

**Apoiando a gestão do SUS
EM Rio BRANCO - ACRE:
A ESTRATÉGIA DA INCUBADORA DE
INTEGRALIDADE NO DESENVOLVIMENTO
INSTITUCIONAL LOCAL**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Ricardo Vieiralves de Castro
Vice-reitor: Paulo Roberto Volpato Dias

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Cid Manso de Mello Vianna
Vice-diretor: Michael Eduardo Reichenheim

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Coordenadora: Roseni Pinheiro

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Cid Manso de Mello Vianna

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza

Conselho Editorial

Aluisio Gomes da Silva Júnior (UFF)
Andrea Caprara (UECE)
Isabel Brasil Pereira (Fiocruz)
José Ricardo de C. M. Ayres (USP)
Kenneth Rochel de Camargo Jr. (UERJ)
Lilian Koifman (UFF)
Madel Therezinha Luz (UERJ)
Maria Elisabeth Barros de Barros (UFES)
Mary Jane Spink (PUC-SP)
Paulo Henrique Martins (UFPE)
Roseni Pinheiro (UERJ)
Yara Maria de Carvalho (USP)

Série Saúde Participativa

Editora CEPESC

Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar
Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-900
Telefones: (xx-21) 2334-0235 ramal 152
Fax: (xx-21) 2334-0152
URL: www.lappis.org.br / www.ims.uerj.br/cepesc
Endereço eletrônico: lappis.sus@ims.uerj.br

O CEPESC é sócio efetivo do Sindicato Nacional dos Editores de Livros (SNEL).

ROSENI PINHEIRO

RODRIGO SILVEIRA

JULIANA LOFEGO

OSVALDO LEAL

FRANCINI GUIZARDI

(ORGANIZADORES)

**Apoiando a gestão do SUS
EM RIO BRANCO - ACRE:
A ESTRATÉGIA DA INCUBADORA DE
INTEGRALIDADE NO DESENVOLVIMENTO
INSTITUCIONAL LOCAL**

1ª. Edição

CEPESC • IMS-UERJ • ABRASCO

Rio de Janeiro - 2013

Apoiando a gestão do SUS em Rio Branco – Acre: a estratégia da incubadora de integralidade no desenvolvimento institucional

Roseni Pinheiro, Rodrigo Silveira, Juliana Lofego, Osvaldo Leal e Francini Guizardi
(organizadores)

1ª edição / outubro 2013

Copyright © 2013 dos organizadores

Projeto da capa e editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho

Revisão, preparação de originais e supervisão editorial: Ana Silvia Gesteira

Indexação na base de dados LILACS

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

CATALOGAÇÃO NA FONTE UERJ/REDE SIRIUS/CB-C

A 643 Apoiando a gestão do SUS em Rio Branco – Acre: a estratégia da incubadora de integralidade no desenvolvimento institucional / Roseni Pinheiro, Rodrigo Silveira, Juliana Lofego, Osvaldo Leal, Francini Guizardi, organizadores. – Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/ UERJ/ABRASCO, 2013.

340p.

ISBN 978-85-89737-81-4

1. Assistência Integral à saúde. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Gestão em Saúde. 4. Desenvolvimento Institucional. 5. Rio Branco (AC). I. Pinheiro, Roseni. II. Silveira, Rodrigo. III. Lofego, Juliana. IV. Leal, Osvaldo. V. Guizardi, Francisco. VI. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde.

CDU 614.2

Impresso no Brasil

Direitos exclusivos para esta edição dos organizadores. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa dos organizadores.

APRESENTAÇÃO 9

INTRODUÇÃO

Construção da pesquisa, noções fundantes e percurso metodológico 15

ROSENI PINHEIRO E JULIANA LOFEGO

PARTE I – TRAJETÓRIAS DE CUIDADO EM SAÚDE: CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NA LUTA POR DIREITOS

As políticas específicas no SUS e o desafio de construção da integralidade: uma análise das relações institucionais no desenvolvimento do trabalho das áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, Acre 43

FRANCINI LUBE GUIZARDI, FELIPE RANGEL DE SOUZA MACHADO E ALDA LACERDA

Trajetos, trajetórias e caminhos para a garantia de direitos na saúde no município de Rio Branco, Acre 69

FELIPE RANGEL DE SOUZA MACHADO, FRANCINI LUBE GUIZARDI E ALDA LACERDA

O trabalho como mediação na constituição de redes no cenário das áreas programáticas em saúde do município de Rio Branco 93

ALDA LACERDA, FRANCINI LUBE GUIZARDI E FELIPE RANGEL DE SOUZA MACHADO

**PARTE II – TRAJETÓRIA DO SUS EM RIO BRANCO:
EDUCAÇÃO PERMANENTE NO DESENVOLVIMENTO GERENCIAL**

O percurso da saúde pública em Rio Branco: de sede do Departamento do Alto Acre à capital do Estado do Acre 113
OSVALDO LEAL, EUFRÁSIA CADORIN, DOUGLAS J. ANGEL, MAURÍCIO REBOUÇAS E ADÔNIDAS FEITOSA

CDG-SUS Rio Branco: uma experiência compartilhada de educação permanente centrada na gestão do cuidado em saúde 137
OSVALDO LEAL, RODRIGO SILVEIRA, JULIANA LOFEGO, ELISAMA LIMA E EMELYM DANIELA TONELLY

Tutoria no CDG-SUS: exercitando metodologias ativas com os atores do SUS 149
VALÉRIA MATOS, VALGERLÂNGELA SILVA, ÉRICA FARIA, DOUGLAS ANGEL, ANALDEMYRA MOREIRA, AMANDA AMORIM E ADÔNIDAS RODRIGUES JR.

Agenda em redes: construindo planejamento participativo responsável 161
RODRIGO SILVEIRA, DOMISY VIEIRA ANUTE, HIGNÊS SENA, TUIANNE CAMBOIM MORAIS, EMELYM DANIELA TONELLY

As ações da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco a partir das redes explicativas do CDG-SUS 179
EUFRÁSIA CADORIN, ÉRICA ARAÚJO, VALGERLÂNGELA SOUZA, ANALDEMYRA MOREIRA E THÂMIRES ALBUQUERQUE

Avanços e desafios da Política Nacional de Humanização no contexto local: uma história construída coletivamente 191
ANA FLÁVIA DA COSTA NOBRE ANGEL, MAURÍCIO REBOUÇAS, EMELYM DANIELA TONELY, TUIANNI CAMBOIM MORAIS E VIVIANE PAZA

Avaliação do CDG-SUS Rio Branco: a devolutiva dos participantes 207
DOUGLAS J. ANGEL, EUFRÁSIA CADORIN, DOMISY VIEIRA ANUTE, RODRIGO SILVEIRA E HIGNÊS SENA

Renovação, compromisso e necessidade de diálogo: a avaliação do curso nos relatos dos participantes 221
RODRIGO SILVEIRA, VALERIA MATOS, VALGERLÂNGELA SOUZA, JAUANE VILELA E SUZIANY DANTAS

Participação social no Acre e em Rio Branco 233
ELISAMA LIMA, ROSEMARA WERNER, VERÔNICA LOUREIRO E SELMA NEVES

**PARTE III – OLHARES CONSTITUTIVOS DO
DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL NO SUS**

Desenvolvimento gerencial como práxis de educação permanente: construindo agendas e coletivos de saúde 251
SONIA MARIA DE SOUZA CORREA E JULIO S. MÜLLER NETO

Educação Permanente no cenário da Estratégia de Saúde da Família no município de Rio Branco 265
AMANDA CAROLINE MACIEL AMORIM, ALDERLÂNDIA DA SILVA MACIEL E ROSANA APARECIDA SALVADOR ROSSIT

Formulação e implementação de modelos de atenção à saúde para as populações indígenas: contribuições para o fortalecimento da sensibilidade cultural e da diferenciação das ações de saúde 281
ANA LUCIA DE MOURA PONTES, SÉRGIO REGO E LUIZA GARNELO

O apoio institucional: mediação social na atenção primária à saúde 297
MIRNA TEIXEIRA E ANGELA CASANOVA

ANEXOS 315

SOBRE OS AUTORES 335

APRESENTAÇÃO

Apoiando a gestão do SUS em Rio Branco - Acre: a estratégia da incubadora da integralidade

A confiança na realidade da vida, ao contrário, depende quase exclusivamente da intensidade com que a vida é experimentada, do impacto com que ela se faz sentir.

Hanna Arendt, A condição humana

As Incubadoras da Integralidade constituem um importante movimento que tem nas atividades do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis) um caminho profícuo de cooperação técnico-científica, junto e articulado com instituições parceiras de diferentes regiões do país que atuam na implementação de experiências efetivas de integralidade em saúde. Referem-se, assim, a dispositivos interinstitucionais que possibilitam a reflexão e o compartilhamento de ideias, práticas, experiências e saberes voltados para a afirmação do direito humano à saúde, envolvendo trabalhadores(as), gestores(as) e usuários(as).

Potencializar experiências inovadoras que o Sistema Único de Saúde (SUS) cotidianamente constrói faz parte um aprendizado coletivo, fruto da integração de esforços que buscamos com as Incubadoras da Integralidade. Reconhecemos que temos experiências que não são frágeis, mas fortes, e que a universidade tem papel fundamental ao vivenciá-las (e não deve se esquivar), pois agregam valores ético-políticos propensos a criar e integrar redes de saúde, trabalho e educação, para lutar em defesa dos princípios do SUS. Diferem da visão economicista

das ditas “incubadora de empresas”, que adquirem as empresas que nascem fragilizadas e precisam receber ajuda na medida certa para se fortalecerem e saírem para o mercado, ou seja, para a disputa.

As atividades locais das Incubadoras da Integralidade seguem três diretrizes: fortalecimento da gestão de saúde no aspecto técnico-gerencial; fortalecimento dos movimentos sociais e participação na saúde em geral; e estudo da gestão dos processos de trabalho no sentido de fortalecer a participação dos trabalhadores do SUS na construção do sistema.

Neste livro, apresentamos ações desenvolvidas pela Incubadora da Integralidade Lappis Norte, sediada em Rio Branco-Acre, cujas principais perspectivas têm sido a formação e o trabalho em equipe, com vistas a promover reflexão sobre as práticas cotidianas no SUS. Desta forma, descrevem-se a pesquisa-extensão sobre áreas programáticas, intitulada “Apoio ao desenvolvimento institucional do SUS em Rio Branco” e do Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS, atividades integradas que proporcionaram o fortalecimento dos processos de sistematização, documentação e expansão das experiências locais.

A ideia de pesquisa-extensão configura-se no esforço de promover e garantir maior solidariedade do conhecimento entre o pesquisado e o pesquisador, entre universidade serviço, entre o Estado e sociedade. Nesse sentido, temos desenvolvido o dispositivo de validação dialógica nomeado de “devolutiva”, que exerce importante ação em “dobra” entre as ações de pesquisa-extensão-ensino, criando dependência recíproca e sinérgica, reflexiva e crítica, coerente com as práticas investigativas do campo da Saúde Coletiva. A equipe multiprofissional é composta por pesquisadores com prática teórica interdisciplinar cujos objetos se transversalizam, possibilitando nortear e compartilhar o planejamento de ações futuras. Essas devolutivas constituíram-se em oficinas metodológicas sempre realizadas no local onde o estudo se passa, neste caso em Rio Branco, alternando entre os espaços da universidade (UFAC) e de educação permanente dos serviços de saúde (SEMSA). Com esse dispositivo, foi possível compartilhar apontamentos e fazer reflexões sobre os referenciais de análise das categorias elencadas na pesquisa. Isso auxilia processos formativos e, ao mesmo tempo, faz circular saberes.

A devolutiva dos resultados da pesquisa sobre as áreas programáticas da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco-Acre foi realizada com profissionais, gestores, movimentos sociais e participantes da pesquisa. A apresentação e os debates partiram de experiências cotidianas relatadas nos depoimentos, articuladas em três eixos de análise: dos processos e relações institucionais; do trabalho em saúde como mediação na constituição das redes sociais; e da construção social do Direito à saúde. A pesquisa apontou o que foi bom e o que precisa ser melhorado, como uma avaliação da própria gestão, e entre as estratégias e desafios propostos pela pesquisa para a Secretaria Municipal estão o fortalecimento da gestão conjunta com a comunidade e os movimentos sociais e a melhora na articulação dos programas nas Unidades de Referência da Atenção Primária e destas com as unidades de saúde da família, com a proposta de atuação na linha de trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

A ideia de criar Incubadoras da Integralidade surgiu com a demanda por maior compromisso das produções técnico-científicas em desenvolvimento no Lappis, no que concerne à efetiva apropriação pela sociedade que as mantém. A ciência é um empreendimento humano e, como ação pública, por isso política, há de buscar a promoção do bem comum, para todos e não para poucos. Quando falamos disso, estamos pensando nas funções essenciais da universidade e agindo na direção de tornar as ações de ensino, pesquisa e extensão concretamente indissociáveis. Isso tem uma implicação ético-político-educativa para a saúde. A formação em saúde não pode ser pensada como mercadoria, e nem os alunos contabilizados como “números”, como observamos em discussões sobre educação em saúde que vêm reunindo instituições públicas e privadas.

A premissa da Incubadora da Integralidade foi gerada de uma “incubação”, que se deu no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, internacionalmente reconhecido por suas práticas cuidadoras na saúde da mulher e do recém-nascido. No âmbito de suas atividades de ensino, pesquisa e extensão, foi inaugurado o projeto-piloto da incubadora, com a realização de seminário em setembro de 2008, com o objetivo de proporcionar uma troca de saberes e potencializar as pesquisas no âmbito do tratamento do recém-nascido e da gestante.

Considerada por nós o “berço da integralidade”, trata-se de uma instituição que é campo de formação em várias áreas da saúde e oferece um ambiente humanizado com alternativas de parto natural; possui um conselho gestor eminentemente de usuários; é filantrópica, sem fins lucrativos e 100% SUS. Isso não quer dizer que as instituições públicas não possam ter o mesmo desempenho; várias outras têm e se unem a esse empreendimento público. Afinal, os recursos são públicos e a participação da comunidade na gestão é condição *sine qua non*.

Vivenciamos atualmente um processo de planejamento e sistematização das ações no Acre, com vistas a oficializar a Incubadora da Integralidade junto a instituições locais de ensino. Efetivamente, a parceria com o Lappis nasceu em 2006, quando foi implantado o Ateliê do Lappis - Sítio Avançado Norte, embrião da incubadora que, entre outros frutos, tem dois projetos aprovados no edital Pesquisa para o SUS – PPSUS/CNPq/2006. Desde então, grupos formados por professores, estudantes, trabalhadores da saúde e representantes de movimentos sociais participam de pesquisas multicêntricas desenvolvidas localmente. Nesse período, contamos com a valiosa solidariedade de referenciais epistemológicos e operacionais de outra pesquisa em curso sendo desenvolvida pelo Lappis em sua Rede Multicêntrica de Pesquisa Incubadoras da Integralidade, intitulada “Áreas Programáticas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional”, com o apoio da Organização Pan-americana da Saúde, o que possibilitou a fecundação do seu estudo piloto no SUS de Rio Branco e potencializar as estratégias e ferramentas de pesquisa de forma consistente e rigorosa em todas suas etapas.

Ao longo dos dois anos de desenvolvimento da pesquisa, foram criadas estratégias coletivas de avaliação das práticas institucionais, a partir do princípio da integralidade, entendido como eixo paradigmático da efetivação do direito à saúde como direito de cidadania. O resultado são os textos inéditos aqui apresentados, divididos em três partes, precedidas pela introdução, a qual apresenta a construção da pesquisa, suas noções fundantes e o percurso metodológico adotado pelos pesquisadores.

A primeira, intitulada “Trajetórias programáticas em saúde: leituras reflexivas sobre a construção da integralidade na luta por direitos”, traz textos teóricos e metodológicos que relatam a construção da pesquisa realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, articuladas em três eixos de análise: dos processos e relações institucionais; do trabalho em saúde como mediação na constituição das redes sociais; e da construção social do direito à saúde.

A segunda parte traz a experiência de formação desenvolvida no Curso de Desenvolvimento Gerencial para o SUS, com o título de “Trajetória da Incubadora da Integralidade na Amazônia Legal: memórias de educação permanente no desenvolvimento institucional no SUS de Rio Branco, Acre”. O primeiro texto, de autoria de Osvaldo Leal e colaboradores, faz um resgate histórico da saúde pública em Rio Branco a partir de documentos e depoimentos de gestores e profissionais, fundamental para a literatura científica regional, que não possui muitos registros de vivências e memórias. O texto seguinte contextualiza essa experiência de educação permanente, fazendo um histórico do CDG-SUS e explicando o modelo pedagógico proposto. Os tutores do curso relatam os desafios na aplicação de metodologias ativas no texto de Valéria Matos e colaboradores.

A terceira parte traz “outros olhares constituintes sobre desenvolvimento institucional no SUS”, cuja ideia de gerência como práxis de educação permanente permite revisitar os modelos de atenção para atender à demanda de populações específicas, tendo o apoio institucional como ferramenta mediadora na atenção básica na saúde, conjugando os nexos constituintes de práticas eficazes de integralidade como direito humano ao cuidado.

Para finalizar, gostaríamos de expressar nosso sentimento de alegria pelo sucesso de mais uma parceria bem-sucedida da Incubadora da Integralidade Norte, em lograr os objetivos ético-político-educativos do Lappis, consolidando a importância estratégica de articular de modo transdisciplinar a sistematização da práxis dos trabalhadores do SUS e docentes, residentes e estudantes com a Saúde Coletiva, assim como buscar superar os riscos do academicismo, mediante o esforço

de articular a pesquisa científica com as práticas de transformação das realidades sociais e culturais. Tais esforços, quando construídos a partir de uma pesquisa compartilhável, participativa e responsável, envolvendo diversidades territoriais e culturais, como neste caso da Amazônia Legal, permitem um entendimento diferenciado e complexo do cotidiano da saúde no Brasil hoje. Esperamos que o resultado final agrade aos leitores.

Os organizadores

INTRODUÇÃO

Construção da pesquisa, noções fundantes e percurso metodológico

ROSENI PINHEIRO
JULIANA LOFEGO

No momento que completamos 25 anos do Direito à Saúde no Brasil, fundado com a promulgação da Constituição Brasileira, se faz urgente afirmar o imperativo categórico dos valores cultivados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Diante dessa afirmação, elegemos como pressuposto que a descentralização, a participação e a integralidade da atenção constituem uma tríade de princípios que expressam em grande medida o processo de consolidação de conquistas do direito à saúde como um direito de cidadania (Pinheiro, 2001; Pinheiro; Mattos, 2001, 2003; Pinheiro et al., 2004, 2002). Esse processo foi marcado por mudanças jurídicas, legais e institucionais nunca antes observadas na história das políticas de saúde no país. Com a descentralização, novos atores se incorporaram ao cenário nacional, e esse fato, juntamente com a universalidade do acesso aos serviços de saúde e a participação da sociedade civil, possibilitou o aparecimento de ricas e diferentes experiências centradas na integralidade da atenção em saúde (Brasil, 2001; Ferla et al., 2002).

Com efeito, conhecer essas experiências implica repensar os aspectos mais importantes do agir em saúde, que estão circunscritos nos processos de trabalho, de gestão, de planejamento e, sobretudo, no reconhecimento de novos saberes e práticas em saúde. Isto porque defendemos que é justamente no campo das práticas o solo fértil para o surgimento de inovações na gestão e a incorporação de novas tecnologias na atenção aos usuários. Com tais inovações, buscar-se-ia a melhoria de atenção à saúde,

a partir da constatação de evidências práticas, fruto do inconformismo dos atores sociais no cotidiano das instituições de saúde, o que nos exige realizar releituras acerca das ideias e concepções sobre saúde, em particular, do seu principal axioma, as práticas, pelas quais os modelos de atenção à saúde ganham concretude e eficácia social. Com isso, é possível observar inúmeras evidências da ação criativa desses novos atores no cenário sanitário, que lutam pela construção de um sistema universal, democrático, acessível e de qualidade.

Apesar da histórica insuficiência de recursos financeiros no setor saúde e da cultura institucional normativa de gestão das políticas de saúde, presenciamos o desenvolvimento de diversas experiências inovadoras e exitosas nos últimos anos, em diferentes estados e municípios do país (Brasil, 2002; Levcovitz et al., 2001; Pinheiro, 2000). Essas experiências demonstram que é possível a efetiva construção do SUS, também no cotidiano de usuários e trabalhadores, oferecendo diferentes padrões de equidade e integralidade, que vêm sendo forjados por práticas de gestão, de cuidados e controle social (Pinheiro, 2001). Em decorrência, a integralidade é apreendida como eixo paradigmático para repensar os padrões institucionais na saúde, com a perspectiva de superar as trajetórias e práticas de fragmentação e desarticulação do cuidado, com vistas a fortalecer os processos de transformações jurídico-político-institucionais em curso na experiência de reforma do Estado brasileiro.

Isto implica, indubitavelmente, reconhecer a existência de desafios, obstáculos e dificuldades para sua concretização no cotidiano dos atores em suas práticas nas instituições de saúde, ao mesmo tempo em que nos exige construir estratégias para compreender os efeitos e repercussões no exercício do direito à saúde como direito humano ao cuidado. Nesse sentido, refletir de maneira crítica a integralidade do cuidado, tanto no plano discursivo como no prático, na operacionalização dos modelos de atenção adotados, traz à tona repensar o agir em saúde como direito e como serviço, como condição *sine qua non* para compreender os nexos constitutivos e constituintes desse mesmo exercício.

Ressaltamos que diferentes autores vêm desenvolvendo estudos que apresentam definições sobre os modelos de atenção (Silva Junior, 1998; Paim, 1993; Teixeira, 2001). Invariavelmente, todas elas destinam-se

a ampliar o universo de referências acerca do que se denominou de “modelos assistenciais”. Considerando a temática em questão nesta coletânea, adotaremos a definição elaborada por Jairnilson Paim (2002), segundo a qual “os modelos de atenção à saúde são formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas” (Paim, 2002).

Nessa definição, o autor destaca a dimensão tecnoassistencial dos modelos de atenção, como sendo o “lugar” da oferta organizada de serviços destinada a suplantiar as ações dirigidas ao atendimento da chamada demanda espontânea, ao mesmo tempo em que possibilitaria a realização de ações a partir da implantação dos chamados programas especiais dirigidos a grupo populacionais. Acrescenta-se que a “organização da oferta” ou “oferta programada” seria o espaço de articulação do enfoque epidemiológico, na medida em que a programação e a execução das ações e serviços deveriam partir da identificação dos problemas e necessidades da população em territórios delimitados (Teixeira; Paim; Vilasboas, 1998).

Pareceu-nos evidente que essa oferta programada ganha contornos precisos nos documentos oficiais, como as ações programáticas, que visam propor e organizar a oferta de políticas públicas de modo a garantir a atenção integral às populações estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Acrescenta-se que essas ações devem ser transversais à atenção em seus diferentes níveis, ou seja, na atenção básica, média e alta complexidade (Brasil, 2011). No primeiro nível, se constituiria o principal locus do real exercício da integralidade, como princípio e como ação, pois torna visíveis as responsabilidades sanitárias a cerca das políticas públicas, no que concerne a garantia do acesso da população ao SUS, com atenção integral e formulação de programas e instrumentos que reorientam as ações em saúde nos estados e municípios de forma humanizada e em rede.

Cabe destacar que o debate em torno das ações programáticas teve como cenário de referência as políticas de extensão de cobertura de serviços de saúde implementadas na década de 1980, sendo

elaboradas como resposta ao desafio de ampliação e diversificação da assistência médica individual no setor público. Nesse contexto, as ações programáticas representam um modelo de práticas sanitárias alternativo àquele historicamente consolidado no Brasil por meio das ações hegemônicas de Saúde Pública, identificadas ao modelo campanhista de intervenção.

Carece enfatizar que a ideia de ação programática em saúde como proposta de integração sanitária nasce da conjuntura de um movimento de crítica severa ao sistema de saúde brasileiro à época, décadas 70 e 80 do século passado, cuja força política no Brasil se pautava pela luta da redemocratização do Estado Brasileiro, em uma grande reforma do aparato estatal, denominada “Reforma Sanitária” (Teixeira, 2001). Ancorada no princípio ético-político “Saúde: Direito de todos e dever do Estado”, a Reforma Sanitária brasileira proclamava alterações no arcabouço-jurídico-institucional do sistema de saúde, de modo a garantir seus princípios doutrinários, a universalidade da atenção à saúde, gratuita e com participação social. Suas principais propostas ganharam contornos inovadores na 8ª Conferência Nacional de Saúde e fundamentaram a formulação do SUS, promulgado na Constituição brasileira. Parece-nos evidente que essas propostas pavimentaram um solo fértil, não menos contraditório, para abertura dos caminhos do direito à saúde. De acordo com Noronha e Levcovitz (1994), as Ações Integradas de Saúde como estratégia do Ministério da Previdência Social, no governo da Nova República, ganha expressão nacional no esforço de implementação do paradoxal e conflituoso programa social de transição democrática, no qual a universalização do acesso aos serviços de saúde e a integralidade das ações são potentes princípios para superar a clássica dicotomia entre prevenção e cura, assim como promover a unificação dos serviços, os quais seriam os vetores da ação estratégica para lograr os legado constitucional do direito à saúde (Cordeiro, 1991).

A implantação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) viabilizou a inclusão de novos atores (partidos políticos, organismos sindicais e comunitários) no cenário político em que se organizava a Assembleia Nacional Constituinte, de modo a sustentar um leque de forças políticas da proposta reformista. Destaca Fiori (1991) que

“foi nesse tempo, certamente a reforma do sistema previdenciário e sobretudo de sua organização da assistência médica, a que mais avançou no plano das reformas sociais: de tal maneira que o nascimento de uma nova configuração institucional, o SUDS, implementado a partir do Ministério da Previdência Social em 1987 e 1988, encontrou perfeita continuidade e a devida consolidação no reconhecimento constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado”. Destarte, a ideia de programação em saúde tem se constituído, desde anos 70, particularmente em São Paulo, como modelo tecnológico de saúde pública, que de acordo com Nemes (1996), se apoiava em duas vertentes: a primeira, na medicina comunitária, que mais tarde se tornaria fundamento da Atenção Primária em Saúde, e a segunda no planejamento em saúde, que impunha a racionalidade política vigente, fortemente ancorada na economia.

Desse modo, as ações programáticas constituem as bases de um modelo tecnológico de assistência à saúde que é operado por ferramentas que visam organização do trabalho como resposta imediata às necessidades sociais que o fundamenta, de tal modo que ao ofertar tais ações, já se delimitam os objetos da própria intervenção. Para Schraiber (1994, p. 20), a “melhor qualificação a ser atribuída à programação está em ser uma política de saúde que aponta para os princípios doutrinários de um planejamento ascendente, de base local, na formulação de um plano nacional”. Sua marca específica é sua dimensão diagnóstica que imputa uma metodologia de apreensão das necessidades sociais capazes de influenciar a elaboração das ações que irão respondê-las. Trata-se da maior e mais frequente técnica de planejamento que, até os dias de hoje, tem sido amplamente utilizada para operacionalizar os modelos de atenção à saúde.

Interessa-nos aqui essa dimensão tecnológica da programação na medida em que, ao se configurar como prática de saúde, impõe-se a incorporação de seus fundamentos tanto ao princípio da integração sanitária, quanto ao princípio da hierarquização do cuidado. De acordo com Schraiber, “nessa dimensão, a programação passa não só a articular proteção e promoção da saúde como a recuperação do doente, desfazendo a tradicional dicotomia prevenção x cura, como também desfaz as fragmentações e a independência das ações de planos

assistenciais similares, paralelos e verticalizados tais como os programas de hanseníase e tuberculose (Schraiber, 1994, p. 21). Segundo a autora, a incorporação desses princípios no discurso da programação-modelo assistencial tem fomentado a construção de um saber técnico que pretende ser um fiel apreendedor da problemática social, que na saúde refere-se à universalidade e à equidade da universalização da atenção e do cuidado em saúde no Brasil. Analisando as ações programáticas como operadoras dos modelos technoassistenciais de atenção à saúde, acaba por se constituir uma tecnologia no cotidiano dos atores nos serviços de saúde, o âmbito próprio do lugar da prática, sendo um espaço de aplicação e da validação do que foi planejado, mas também do próprio saber que a sustenta. Isto é, o modelo concretamente operado evidenciaria a capacidade que têm ambos os discursos de objetivamente se efetivarem.

Parece-nos evidente que, não por acaso, as ações programáticas constituíram a principal modalidade de ampliação da cobertura de serviços, sobretudo da própria da assistência médica individual, na medida em que foi amplamente utilizada como principal estratégia de extensão de dos serviços propostos pela Reforma Sanitária, mediante a aplicação do modelo do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Com essa estratégia, poder-se-ia não somente aplacar as demandas por ações de saúde, como atenuar a crise financeira da Previdência Social, na primeira metade da década de 1980, dada a falência de seu modelo privatista de organização da produção de serviços (Schraiber, 1994, p. 23).

No que tange à efetivação do princípio da integralidade das ações, é inegável a apropriação das ações programáticas como modelos de atenção technoassistenciais que buscam conformar as práticas na organização da oferta dos serviços de saúde para materializá-lo como direito ao cuidado. Essa conformação se mescla social e historicamente com a configuração do próprio campo da Saúde Coletiva no Brasil, no esforço de superação do projeto de medicina preventiva em sua subordinação ao objeto da clínica. Para tanto, impõe-se uma reorientação possível do coletivo, não mais reduzido, necessariamente ao conjunto de influências sociais que incidem sobre o indivíduo. O deslocamento da ênfase posta na

questão saúde/doença para a questão da prática de saúde se dá sob distintas perspectivas, que vão da administração de serviços à análise das práticas sanitárias em suas articulações políticas e ideológicas (Donangelo; Campos apud Silva Junior, 1998).

Para aprofundar essa questão devemos reconhecer o intenso debate travado no campo da Saúde Coletiva nos anos 1990, quando especialistas no campo, principalmente do Estado de São Paulo, explicitavam um conjunto de tensões, dilemas e contradições acerca das possibilidades concretas de integração sanitária conforme definição de Mendes-Gonçalves (1994). Merhy (1997), em seu texto sobre a “rede básica como construção da saúde pública e seus dilemas”, destaca que o modelo de rede da perspectiva médico-sanitária trazia referência da incorporação da assistência médica como mero instrumento de um programa de saúde pública. Kehrig (2001) nos auxilia na compreensão dessa questão, quando aponta para as mudanças exigidas nos modelos de atenção em serem coerentes com as necessidades sociais, que prescindiam de uma articulação mais efetiva com as bases epidemiológicas. Segundo a autora, tal situação situa o processo dicotômico das práticas médico-sanitárias como sendo construído em parte pela medicina em sua forma de intervenção sobre doenças e riscos manifestos, e em parte pela saúde pública, em sua atuação por meio de tecnologias para impactar os processos de exposição e/ou articulações entre as práticas de saúde, enquanto serviços. E complementa com a afirmação de Merhy (1997), “o modelo vive seu dilema e facilmente acaba por reproduzir ou a dicotomia, ou o predomínio e subordinação entre estas distintas, mas necessariamente articulada, racionalidades tecnológicas” (Kehrig, 2001, p. 111).

Podemos considerar que a dimensão tecnológica das ações programáticas guardam em seus nexos constitutivos a indissociabilidade entre técnica, saber e política, o que pode tornar evidente seu caráter normalizador da realidade e do comportamento dos indivíduos. Talvez um dos maiores desafios seja “evitar a redução dos agentes a à competência técnica e os usuários a passivos objetos de intervenção”, como nos ensina Nemes (1996), e daí a autora faz a pergunta: como articular esta finalidade a um trabalho necessariamente saturado de regras científicas como o trabalho em saúde? Ayres (1994, p. 63) “propõe uma

alternativa, que é permear o trabalho com avaliações que incorporem valores abertos, positividade de caminhos antes de resultados”.

Em meio ao conjunto de desafios concernentes aos objetos específicos de programação, a materialização da integralidade como condição de efetivação do direito à saúde traz interrogações sobre os elementos transversais que permitem aproximar as diferentes áreas programáticas. Esse questionamento se justifica em razão dos problemas inerentes à histórica fragmentação institucional das políticas de saúde, na medida em que a integralidade das ações nos exige muito mais que os olhos fixos nos “modelos” ideais (Pinheiro; Luz, 2003), que sempre requererão condições ideais para sua concretização, mas a ação transformadora das práticas eficazes no cotidiano dos atores na efetivação do direito humano ao cuidado como o cerne substantivo de uma política específica.

Percurso metodológico e operacional da pesquisa-extensão. Rede Multicêntrica Incubadora da Integralidade

Intitulada “Apoio ao desenvolvimento institucional do SUS em Rio Branco”,¹ a pesquisa-extensão que é base desta coletânea foi orientada pelas possibilidades de articulação e formas de potencializar as intervenções das ações programáticas estratégicas, reconhecendo-as como um modelo de organização tecnológica do trabalho que se orienta para a integralidade. A partir da necessidade de uma visão abrangente de seu público, bem como de suas necessidades de saúde, a pesquisa destacou como objetivos:

- a) realização da pesquisa empírica “Direito à saúde e a construção da integralidade no contexto das áreas programáticas estratégicas”,² com o intuito de analisar, avaliar, desenvolver e disseminar a articulação de processos transversais às políticas específicas,

tendo em vista os desafios que a construção da integralidade do cuidado coloca à gestão das políticas de saúde;

- b) a qualificação extensionista de trabalhadores, representantes de usuários e gerentes, mediante a oferta de um curso presencial destinado ao desenvolvimento gerencial no SUS em Rio Branco, utilizando metodologias pedagógicas participativas, que foram construídas a partir da memória dos atores no cotidiano de construção do SUS local.

O objetivo foi gerar produtos e resultados que fossem capazes de afetar o planejamento, organização da atenção e de mecanismos institucionais de gestão das referidas áreas programáticas, propiciando estratégias coletivas de avaliação das práticas institucionais, a partir do princípio da integralidade, entendido como eixo paradigmático da efetivação do direito à saúde como direito de cidadania.

A transversalidade dos problemas abordados e a triangulação dos métodos utilizados configuraram o escopo da atividade de pesquisa do projeto, sendo que nos objetivos múltiplos apresentados, somam-se ainda a proposta de identificar elementos e questões que fomentem e subsidiem a articulação de processos transversais às políticas específicas e a identificação de experiências locais inovadoras. Nesse sentido, foram formuladas algumas perguntas norteadoras da pesquisa empírica, com repercussão e efeitos nas demais atividades do projeto: a primeira consistiu em identificar os obstáculos e possibilidades de articulação entre as diferentes áreas técnicas de programação da Secretaria de Saúde de Rio Branco-AC. A segunda: existiria uma potencialidade de identificar e analisar as experiências de caráter inovador no contexto local, de modo a possibilitar circulação de saberes e práticas potencializadores dessa articulação institucional (percepção do comum do campo)?

A meta principal da pesquisa foi inaugurar um dispositivo germinador de estudos voltados para a relação entre Áreas Programáticas Estratégicas e a construção de práticas de integralidade no SUS, reconhecendo que os campos da gestão em saúde, assim como a formação dos trabalhadores com seus conhecimentos e práticas, e a participação social, são fontes capazes de produzir conhecimento,

¹ O projeto contou com apoio financeiro proveniente do convênio de cooperação técnico-científico n. 02/2011, firmado entre a Secretaria Municipal de Rio Branco e o Centro de Estudos de Pesquisa em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), por meio da dotação orçamentária de aplicação programada Gestão da Educação na Saúde e Humanização.

² A pesquisa foi apresentada ao CEP-IMS/UERJ, registrada com o CAAE n. 0050.0.259.000-11, sendo aprovada em 22/11/2011.

novos saberes e práticas coletivas e institucionais (Pinheiro; Ferla; Silva Junior, 2004). O segundo movimento, de caráter formativo, consistiu na construção coletiva de uma proposta político-pedagógica de desenvolvimento gerencial do SUS, denominado CDG-SUS,³ que se fundamenta na integralidade em saúde, como direito humano ao cuidado, na centralidade no usuário, na gestão participativa e no planejamento em saúde. O conhecimento é construído a partir da vivência das pessoas e baseado na problematização de situações.

Como projeto-movimento, sua realização se insere no escopo de atividades de pesquisa-extensão da Rede Multicêntrica de Pesquisa Incubadoras da Integralidade, que tem como direção ético-político-educativa de *pensar agindo e agir pensado na luta em defesa dos princípios* do SUS, subdivididos em “sítios” avançados nas cinco regiões do país. A Incubadora da Integralidade do Sítio Avançado Norte foi a segunda experiência de Incubadora da Integralidade e tem como espaços de encontros a Faculdade de Medicina e de Comunicação da Universidade Federal do Acre (UFAC), em Rio Branco. Criada em 2004, a atuação da Incubadora nessa região é estratégica a partir de parceria entre o grupo de pesquisa e a instituição de ensino, na medida em que vem possibilitando, por meio de articulação com Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, neste caos a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e o Estado do Acre, a promoção de reflexão sobre a prática, saberes e experiências entre gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde. Neste sentido, a Incubadora vem desenvolvendo atividades de formação e pesquisa, com a participação e cooperação técnico-científica de pesquisadores do Lappis, com o objetivo de colaborar para o aprimoramento do cotidiano neste campo.

³ O CDG-SUS foi inicialmente elaborado pelo Núcleo de Desenvolvimento em Saúde, que integra o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, à luz da Política Nacional de Educação Permanente e com o apoio financeiro do Ministério da Saúde. Em um processo de transferência de tecnologia, o curso foi desenvolvido em municípios do Rio de Janeiro em 2011 e 2012, em convênio do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ) com o Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, cujos executores foram o Lappis, em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (ISC-UFF). O curso tem enfoque em temas como política de gestão da saúde do município; informação e planejamento em saúde; o trabalho em equipe e a educação permanente para o fortalecimento gerencial.

Do primeiro movimento: Pesquisa em Extensão – Integralidade

O desenvolvimento da pesquisa teve como compromisso ético-político o estabelecimento de relações dialógicas com os sujeitos e coletivos participantes, em especial aqueles envolvidos no trabalho de campo, visando, entre outros aspectos, validar, socializar e propiciar a apropriação dos conhecimentos produzidos.

A abordagem metodológica desenhada foi baseada na compreensão de que é fundamental produzir visibilidade para as relações estabelecidas no cotidiano dos espaços institucionais, identificando as dificuldades e obstáculos impostos à institucionalização da avaliação no SUS, e utilizando como referência ético-política a integralidade das ações em saúde (Pinheiro, 2001; Pinheiro; Mattos, 2001, 2003; Pinheiro et al., 2004). Assim, como estratégia de operacionalização da referida abordagem, a Central de Articulação das Entidades de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde, movimentos sociais e diferentes trabalhadores da rede também foram incluídos na pesquisa.

A pesquisa teve como eixo metodológico a discussão sobre a integralidade da atenção e do cuidado à saúde no trabalho em equipe, e também a compreensão do sistema de saúde vigente no município de Rio Branco. A integralidade foi definida como conceito estrutural e constituinte de ações que devem nortear as práticas na produção do cuidado, sobretudo no desenvolvimento do trabalho e da educação na saúde, tendo em vista um sistema de saúde centrado no usuário. Diante dessa compreensão, a rede de serviços e os saberes e práticas que são produzidos e reproduzidos no cotidiano das instituições de saúde do município foram analisados como espaços de construção da integralidade, na medida em que a integração (presente no interior das concepções de integralidade) é compreendida como ideia-força desse conceito estruturante. Buscou-se, com isso, mapear e produzir visibilidade para espaços que propiciassem a integração das áreas programáticas estratégicas, potencializando a construção de novos sentidos e significados aos agires em saúde.

A partir desse entendimento, foi construída uma matriz analítica, com o objetivo de articular conceitualmente os aspectos centrais ao problema de estudo. Este instrumento orientou a revisão bibliográfica realizada, a delimitação e a articulação dos conceitos centrais ao estudo.

Dimensões de Análise Planos temáticos	Macro: Contexto Político Institucional Local e Nacional	Micro: Questões da organização do cuidado (“Dispositivos institucionais”).	Molecular: Como os atores refletem/ vivenciam /reproduzem / criam suas práticas;
Processos/Relações institucionais e interinstitucionais	A institucionalização do Sistema Único de Saúde e de Modelos Tecnoassistenciais Inovadores/ transformadores.	Articulação e correlação de forças nas e entre as instituições envolvidas na consolidação do SUS.	Evidências de novos projetos de cuidado que contribuam para o fortalecimento técnico e ético-político das práticas de saúde.
Estratégias/ Táticas e Processos Decisórios/ Lideranças	Democratização dos processos institucionais de gestão e constituição de espaços públicos.	Negociação, pactuação e mediação em espaços institucionais de decisão sobre a organização do cuidado.	Mapeamento dos diversos saberes/poderes que orientam/ condicionam as práticas de cuidado em saúde.
Objetos do Cuidado nas áreas técnicas	Relação entre as demandas sociais e respostas governamentais por políticas específicas.	Relação entre dinâmicas socioculturais (sentidos, significados, valores e saberes populares) e os modelos tecnoassistenciais em saúde.	A produção de saberes e práticas nas áreas programáticas orientada para a resposta das necessidades e demandas dos usuários e para a continuidade do cuidado nos diversos níveis de atenção à saúde.

Dimensões de Análise Planos temáticos	Macro: Contexto Político Institucional Local e Nacional	Micro: Questões da organização do cuidado (“Dispositivos institucionais”).	Molecular: Como os atores refletem/ vivenciam /reproduzem / criam suas práticas;
Redes e mediações sociais	Mobilização das redes sociais na configuração das redes de cuidado.	Mapeamento dos mediadores sociais na configuração de redes de cuidado transversais às áreas programáticas.	Atuação dos mediadores sociais na configuração das redes de cuidado transversais às áreas programáticas.
Atenção à Saúde	Articulação entre as políticas específicas de saúde e outras políticas públicas na construção da integralidade da atenção e do cuidado em saúde.	Mecanismos de avaliação da organização do cuidado. Construção de ações intersetoriais voltadas para integralidade do cuidado na articulação das áreas programáticas. Construção e gestão participativa de projetos terapêuticos.	A valorização das múltiplas dimensões do adoecimento e sofrimento humano (econômica, social, histórica, cultural, etc.); Acolhimento, vínculo e responsabilização com os usuários; Itinerários terapêuticos e trajetória assistencial entre as áreas programáticas; Integralidade como organizadora do trabalho em equipe.

O aprofundamento da pesquisa bibliográfica em torno aos planos temáticos da matriz analítica permitiu delimitar três eixos analíticos, que guiaram a organização do trabalho de campo, o refinamento e tratamento analítico dos dados. São eles: 1) processos e relações institucionais; 2) atenção à saúde (organização do cuidado); 3) construção social do direito à saúde. Esses eixos foram subdivididos em um conjunto de categorias operatórias, cujo objetivo foi sistematizar e orientar a codificação dos dados empíricos produzidos, conforme o quadro abaixo.

Referência para codificação dos dados empíricos

EIXOS DE ANÁLISE	CATEGORIAS OPERATÓRIAS
Processos e relações institucionais	História da organização institucional
	Interfaces na gestão das Áreas Técnicas
	Fluxo e uso das informações na organização da gestão
	Organização institucional da gestão (mecanismos, estratégias formais e informais, dificuldades).
Atenção à Saúde (organização do cuidado)	Formação em saúde
	Fluxos e uso das informações na organização do cuidado
	Ações das Áreas Técnicas
	Táticas informais na organização do cuidado
	Mecanismos de avaliação na organização do cuidado
Construção social do direito à saúde	Ementa: busca e ampliação de acesso; construção de demandas, lutas políticas e sociais; novas práticas de saúde.
Outros	Observações e categorias emergentes

O trabalho de campo foi dividido em quatro etapas. Na primeira foi realizada uma oficina, da qual participaram o secretário municipal de Saúde, coordenadores de departamentos e divisões da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (SEMSA) - Assistência à Saúde, Educação Permanente, Atenção Primária, Planejamento, Controle e Avaliação, Humanização, Áreas Técnicas; os gerentes das áreas técnicas e das divisões incluídas na pesquisa; representantes do movimento

social; e a equipe de pesquisadores do Lappis. Nesta etapa do trabalho de campo, os pesquisadores participaram de uma Feira de Saúde e da Pré-Conferência Municipal de Saúde, eventos que constituíam o calendário de mobilização e convocação para a Conferência Municipal de Saúde, articulado e descentralizado para as sete regiões de saúde, e dos quais participaram diferentes entidades da sociedade civil, trabalhadores e usuários. Na oficina foram apresentados a pesquisa e outros projetos do Lappis, com a intenção de debater e acordar as possibilidades de parceria; as demandas e necessidades no cotidiano da gestão da SEMSA; e discutir possíveis encontros das expectativas das instituições. Como produto foi criado um grupo de trabalho na SEMSA para viabilizar a parceria institucional.

Na segunda etapa do trabalho de campo, ocorreu a primeira oficina de pesquisa com profissionais representantes de 13 áreas técnicas da SEMSA e dois conselheiros de saúde. A oficina foi desenvolvida com a apresentação do trabalho das áreas técnicas no primeiro dia, conforme roteiro orientador elaborado pela equipe de pesquisa, com os seguintes pontos: apresentação de sua estrutura organizacional, dos projetos em andamento, da operacionalização de suas ações na rede de saúde e das interfaces existentes com outras áreas (Anexo 1). No segundo dia, os participantes foram divididos em três grupos de trabalho, com a finalidade de discutir e preencher um instrumento de pesquisa. Os grupos tiveram duração de seis horas, organizados com a mediação característica de grupos focais, a partir dos quais se buscou identificar interseções, avanços e obstáculos para a integração do trabalho entre as áreas técnicas. A discussão foi gravada e posteriormente integralmente transcrita.

As questões de discussão propostas no instrumento de pesquisa encontram-se listadas a seguir. Ao final, cada grupo apresentou um breve relato dos trabalhos de grupo e procedeu-se à avaliação coletiva da oficina. As planilhas respondidas pelos grupos encontram-se no Anexo 2.

1. Qual a importância das áreas técnicas para o SUS?
2. O que há de bom e de ruim em dividir a organização do cuidado em áreas técnicas?
3. Que demandas sociais justificam a existência de áreas técnicas?

4. Quais são as ações que as áreas técnicas fazem?
5. Como essas ações estão presentes na rede?
6. Como a área técnica pensa a continuidade do cuidado?
7. Que instituições estão envolvidas no trabalho das áreas técnicas?
8. Existem experiências que tenham sido marcantes no trabalho das áreas técnicas?
9. Que dificuldades são encontradas no trabalho de cada área técnica?
10. Quando é necessário negociar com outros atores para realizar o trabalho da área técnica? Quais são esses outros atores?
11. Os usuários e os trabalhadores da saúde participam da construção ou da gestão das ações?
12. Que interfaces são necessárias para cada área técnica desenvolver suas ações? (Outros trabalhadores da saúde, outros setores, movimentos sociais, conselhos de saúde...)
13. Existe diálogo entre as áreas técnicas?
14. Vocês fazem articulações com outras políticas públicas?
15. Existem articulações intersetoriais no desenvolvimento das ações das áreas técnicas?
16. Que conhecimentos orientam as ações e intervenções da área técnica?
17. A área técnica dialoga com a cultura popular?
18. Para desenvolver o trabalho das áreas técnicas é importante mobilizar a comunidade, as famílias ou outros grupos sociais?
19. Caso sim, como é feita essa mobilização?
20. Como essa mobilização influencia o trabalho da área técnica?
21. Existem estratégias para avaliar as ações das áreas técnicas?

A terceira etapa consistiu na realização de entrevistas com gerentes das áreas técnicas e trabalhadores da rede pública de saúde do município, realizadas entre 23 e 28 de outubro de 2011. A equipe de pesquisadores analisou as apresentações de todas as áreas técnicas, realizadas na primeira etapa do trabalho de campo, fez o planejamento dos procedimentos de entrevistas semiestruturadas e a observação. Nessa etapa, a equipe realizou uma reunião com o grupo de trabalho da SEMSA responsável pela cooperação para pactuar a entrada no campo, quando foi iniciado o agendamento das entrevistas.

Nessa etapa de coleta de dados, estavam sendo realizadas diversas atividades em homenagem ao servidor público municipal, como programação da Semana do Servidor, quando houve intensa participação das áreas técnicas, que organizaram os eventos a pedido da Secretaria de Administração. As atividades foram observadas pela equipe e incluíam acolhimento, atividades como vacinação, aconselhamento, teste de dependência de nicotina, avaliação nutricional e agendamento do exame preventivo e distribuição de materiais educativos. Nesse período foram feitas reuniões com os dirigentes dos departamentos envolvidos e observação da Primeira Mostra de Experiências Exitosas na Atenção Primária, organizada pela SEMSA, com a participação de trabalhadores da rede que apresentaram diferentes projetos e experiências de intervenção. Foram também realizadas visitas às unidades de saúde em conjunto com responsáveis por algumas áreas técnicas, como estratégia de observação da relação estabelecida com as equipes de assistência. Foram realizadas nessa etapa 17 entrevistas semiestruturadas (Anexo 3), sendo 13 com os gerentes das áreas técnicas e quatro com dirigentes da SEMSA.

A quarta etapa de trabalho de campo ocorreu entre 15 e 21 de janeiro de 2012. As atividades desenvolvidas foram: planejamento e organização do trabalho de campo, agendamento e realização de entrevistas e dois grupos focais. O primeiro contou com a participação de nove trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, de Centros de Saúde e Unidades de Referência da Atenção Primária (URAP). O grupo envolveu agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. O outro grupo focal contou com a participação de dez representantes de entidades de saúde vinculadas à CADES.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dez trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, de Centros de Saúde e das URAP, e também com movimentos sociais, com representantes do Ministério Público e de Conselho Gestor Local. Esta etapa permitiu conhecer as ações de diversos atores que atuam no campo da Saúde em Rio Branco e suas percepções no que concerne à organização da atenção e do cuidado nas áreas programáticas.

Tratamento dos dados empíricos produzidos

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP-IMS), sob protocolo CAAE: 0050.0.259.000-11, aprovado em 22 de novembro de 2011 (Anexo 4). Encontra-se em anexo o modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo referido CEP e utilizado como procedimento de concordância dos sujeitos para participação na pesquisa (Anexo 5).

Os dados produzidos na pesquisa foram gravados em arquivo digital e integralmente transcritos por profissionais especializados. Em seguida, os arquivos foram codificados por meio do software *AtlasTi*, com base na tabela de referência para codificação dos dados empíricos, anteriormente apresentada, conforme o andamento da transcrição dos arquivos de som, concluída em 23 de junho de 2012. Após a finalização desse processo, foram gerados relatórios por categoria operatória, a partir dos quais empreenderam-se a análise, o cruzamento, a confrontação e a síntese das informações levantadas.

Durante esse período, a equipe de pesquisa aprofundou o estudo dos conceitos estruturantes da matriz analítica em diversas atividades organizadas com este fim. Foram investigadas, em particular, as perspectivas teóricas acerca da temática da mediação e redes sociais.⁴ Em seguida, as hipóteses e análises referentes aos eixos estabelecidos foram sistematizadas pelos pesquisadores e compartilhadas no grupo, gerando resultados que subsidiaram a elaboração de um conjunto de textos acadêmicos e apresentações em eventos científicos, que passamos a descrever a seguir.

Os resultados preliminares da pesquisa foram apresentados no XII Seminário Nacional do Projeto Integralidade, que tratou do tema “Integralidade sem fronteiras: itinerários formativos, de justiça e de gestão na busca por cuidado”. A equipe participou com duas apresentações orais na área sobre “Áreas programáticas estratégicas em saúde e integralidade do cuidado” e uma exposição na mesa-redonda “Cuidado, Direito e Multiculturalidade: os itinerários da justiça na busca por cuidado”. No evento houve o lançamento do livro

⁴ Vide descrição detalhada no tópico seguinte

Integralidade sem fronteiras: itinerários formativos, de justiça e de gestão na busca por cuidado, que contou com um capítulo de fundamentação teórica dos problemas de pesquisa trabalhados no projeto.

Em 26 de novembro de 2012, foi realizada a devolutiva e validação dos resultados de pesquisa, com a participação de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (gestores e trabalhadores) e representantes de movimentos sociais que integraram as etapas de trabalho de campo do projeto. A atividade permitiu trocar experiências sobre o desenvolvimento da pesquisa e seus resultados, com ênfase na discussão sobre o trabalho em saúde como mediação na constituição de redes sociais e nas estratégias e desafios para integração das áreas programáticas na organização da atenção e do cuidado no município de Rio Branco. A avaliação feita ao final da devolutiva indicou que a atividade foi bastante produtiva e alcançou os objetivos traçados.

Do segundo movimento: Extensão da Pesquisa – CDGSUS Rio Branco

O movimento de aproximação do Curso de Desenvolvimento Gerencial do Sistema Único de Saúde (CDG-SUS) junto à Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco começou em agosto de 2011, com a realização de uma oficina metodológica na Gerência de Ensino do Hospital das Clínicas do Acre, na cidade de Rio Branco. Na ocasião foi feita a apresentação da proposta do CDG-SUS para os gerentes da Secretaria Municipal de Saúde, com a participação da coordenação do Lappis, do Secretário Municipal de Saúde e técnicos dos Departamentos de Gestão de Pessoas e de Assistência à Saúde. Nessa oficina foram detalhados os passos de planejamento e execução do CDG-SUS, discutidos e apresentados o material didático dos cursos e os critérios de seleção de tutores. Naquele momento, foram estabelecidos os elementos considerados fundamentais no apoio logístico às oficinas e aos cursos, sendo constituído o Núcleo Gestor local da proposta, composto por oito pessoas.

O planejamento do CDG-SUS Acre aconteceu na última semana de outubro de 2011, numa reunião que contou com o apoio e participação de professores e especialistas do Núcleo de Desenvolvimento em Saúde, que integra o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal

de Mato Grosso (NDS-ISC/UFMT), que foram os validadores do curso. Identificou-se naquele momento um dos principais desafios do CDG SUS em Rio Branco, que consistiu na discussão de estratégia para a integração das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, visando potencializar esta relação mediante a participação dos tutores na sua formulação, de modo a aprofundar os debates em torno da metodologia didático-pedagógica do curso.

Cabe reiterar que o CDG-SUS foi uma experiência exitosa de formação em saúde em Mato Grosso, sendo desenvolvido com base na política nacional de educação permanente e elaborado pelo NDS-ISC/UFMT, com o apoio financeiro do Ministério da Saúde. Com a experiência do curso em Mato Grosso, buscou-se um processo de transferência de tecnologia para a realização do curso em dez municípios do Estado do Rio de Janeiro, em convênio do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ) com o Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. O Lappis e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (ISC-UFF) foram responsáveis pela execução do projeto.

Para preparação do material didático dos cursos, foram necessários ajustes à nova realidade desta metodologia nos cursos em Rio Branco, o que incluiu a confecção de um caderno de indicadores sócio-sanitários detalhados do município de Rio Branco para subsidiar as etapas do curso. Para a seleção de tutores para o CDG-SUS, foi construída uma convocatória, especificamente para este fim, divulgada no site da Secretaria Municipal de Saúde. Foi realizada a análise da documentação e dos currículos dos candidatos, sendo selecionadas 15 pessoas, entre 18 inscrições, para a participação nas oficinas juntamente com outras dez convidadas pelo Núcleo Gestor.

Foram realizadas duas oficinas de formação de tutores, nos períodos de 28 a 30 de novembro e 12 a 14 de dezembro, nas salas da Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Acre (UFAC). Cada uma das oficinas foi coordenada por uma tutora do CDG-SUS de Mato Grosso, local onde se iniciou o processo, em 2008, já havendo experiência de formação em mais de 40 cursos e 800 participantes em diversos municípios do estado. As

oficinas contaram com um representante do Lappis, sendo então deslocadas duas pessoas para cada oficina até o Acre (uma pessoa de Mato Grosso e outra do Rio de Janeiro). No total, 25 pessoas participaram das oficinas de formação de tutores. Para as oficinas foram confeccionados 25 kits de material didático do CDG-SUS, composto por um caderno de atividades, uma coletânea de textos, um caderno de indicadores, um caderno de anotações, uma bolsa, uma camisa, um pen-drive com conteúdo do curso e dois CDs com filmes que são exibidos durante os cursos.

Após a realização das oficinas, a equipe do Lappis reuniu-se na sede do Rio de Janeiro, com o objetivo de avaliar o processo ocorrido e definir as alterações no material e os próximos passos do desenvolvimento do projeto. O núcleo gestor local do CDG-SUS se reuniu no final de janeiro de 2012 para montar o calendário das dez turmas, definir os participantes e planejar um novo encontro dos tutores com o objetivo reforçar a metodologia do CDG-SUS. Este foi realizado nos dias 16 e 17 de fevereiro, com a participação de 17 pessoas, as mesmas que participaram das oficinas anteriores.

A experiência piloto seria realizada em março, mas precisou ser adiada. Na segunda quinzena de fevereiro, o Rio Acre alagou grande parte do município de Rio Branco, resultando em milhares de desabrigados e o decreto de estado de calamidade pública pela prefeitura de Rio Branco. O calendário foi refeito e os cursos aconteceram a partir de abril. Foram oferecidas dez turmas até outubro de 2012, formando um total de 242 pessoas, entre profissionais de saúde, usuários, conselheiros de saúde e gestores.

Em meio ao processo formativo e de pesquisa, aconteceu de 13 a 17 de agosto de 2012, em Rio Branco, a décima segunda edição do Seminário do Projeto Integralidade: Saberes e Práticas no Cotidiano das Instituições de Saúde, com o tema “Integralidade sem fronteiras: itinerários formativos, de justiça e de gestão na busca por cuidado”. Foram mais de 500 inscritos, com uma média de 200 participantes diários, sendo 38% trabalhadores e 41% estudantes, além de gestores e representantes de movimentos sociais.

O evento mobilizou os participantes do CDG-SUS e promoveu a troca de experiências e conhecimentos entre participantes e

pesquisadores de todas as regiões do país e de países vizinhos (Argentina e Bolívia). As discussões sobre a efetivação do direito humano à saúde no ambiente intercultural da Região Amazônica ocidental; o processo de democratização da comunicação na saúde; a educação médica nas fronteiras, buscando identificar novos arranjos formativos frente às especificidades de fixação desses profissionais na região amazônica permearam os debates, palestras e mesas-redondas durante a semana. Dois momentos de destaque foram o Encontro Regional Norte de Humanização e Apoio Institucional, que buscou fomentar a interação entre diversas esferas de administração e gestores, potencializando a capacidade de integração e de gestão dos programas de saúde, e a Ágora intitulada “Áreas Programáticas estratégicas em saúde e integralidade do cuidado: as fronteiras das políticas específicas na efetivação do direito humano a saúde”, realizada com o objetivo de refletir sobre o desenvolvimento de políticas específicas, face à necessidade de considerar as questões identitárias na construção da integralidade do cuidado e do direito à saúde, que se colocam à gestão das políticas de saúde.

A pesquisa sobre áreas programáticas, a formação de pessoas para o SUS e o Seminário da Integralidade fizeram parte de uma estratégia de investimento na reorganização do sistema de saúde de Rio Branco, a partir da identificação pelos gestores de saúde de um cenário profissionais desestimulados, com dificuldade de integração nas equipes de saúde e percepção dos serviços como excessivamente burocráticos e cartoriais. As iniciativas realizadas representaram um primeiro passo na possibilidade de mudanças nos processos de trabalho, ao mobilizar profissionais, proporcionar o diálogo e a troca de experiências, estimular o comprometimento e a responsabilidade com o cuidado. Conforme o depoimento dos tutores e participantes, houve um compartilhamento não só de conhecimentos, mas também de sentimentos e emoções. Participantes do Curso de Desenvolvimento Gerencial para o SUS em Rio Branco-AC sugeriram que a formação continue como ação permanente da Secretaria Municipal de Saúde, mas existem expectativas quanto à garantia de continuidade no encaminhamento de propostas; sobre a execução da agenda de planejamento estratégico para a resolução de problemas construídos

pelas turmas do CDGSUS e pactuados entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde.

O convênio que proporcionou as ações descritas neste livro se encerrou em novembro de 2012; a gestão municipal chegou ao fim do mandato em dezembro de 2012.

Referências

- AYRES, J.R. Ação Programática e renovação das práticas médicas sanitárias. *Revista Saúde em Debate*, v. 42, p. 54-8, 1994.
- BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e instituciona a descentralização e as relações entre União, Estados e Municípios com relação à política de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 29 de setembro de 1990(a).
- BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 31 de dezembro de 1990(b).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/01*. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. *Projeto Reforsus*. SUS: o maior Sistema Público de Saúde. Experiências Inovadoras no SUS. Brasília, v. 1, n. 1, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000(a).
- CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e gestão de coletivos*. A constituição do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000(b).
- CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.
- FERLA, A.; CECCIM, R. B.; PELEGRINI, M.L. Atenção integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes, práticas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003. p. 61-88.
- FERLA, A.; JAEGER, M. L.; PELEGRINI, M.L. A gestão da saúde no contexto do SUS: descentralização, integralidade e controle social como desafios para os novos

governos. In: TAVARES, L. (Org.). *Tempos de desafios: política social democrática e popular no governo do estado do Rio Grande do Sul*. Petrópolis: Vozes, 2002.

FIORI, J.L. Democracia e reformas: equívocos, obstáculos e disjuntivas. Rio de Janeiro: UFRJ, 1991 (Textos para Discussão n. 262).

KEHRIG, R. T. *Integralidade da atenção à saúde: suas expressões na organização tecnológica em saúde*. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

LEVCOVITZ, E. et al. Política de saúde os anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

MARTINS, P.H. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.

MARTINS, P.H. Usuários, redes de mediadores e associações políticas híbridas na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008, p. 115-142.

MARTINS, P.H. Usuários, redes de mediadores e associações públicas híbridas da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 115-142.

MENDES-GONÇALVES, R.B.; SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B. Seis teses sobre ação programática em saúde In: SCHRAIBER, L.B. et al. (Orgs.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1993.

MERHY, E.E. A rede básica como construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E.; ONOKO, R. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

NEMES, M.I.B. Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. *Saúde do adulto: programas e ações na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.

NORONHA, J.C.; LEVCOVITZ, E. *AIDS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z. (Org.). *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p. 455-466.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E.V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993, p. 187-220.

PAIM, J.S. 2002. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: CEPS/ ISC, 2002.

PINHEIRO, R. *Da defesa do aço à defesa da vida*. O cotidiano dos atores em suas práticas nos serviços de saúde: o caso de Volta Redonda. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

PINHEIRO, R. et al. Novas práticas de gestão especializada e a construção da integralidade no SUS: notas sobre a experiência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. (Orgs.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Casa da Palavra, 2002.

PINHEIRO, R., As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; SILVA JUNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J.J.N. et al. (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 269-284.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011. 312 p.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 17-42.

SCHRAIBER, L.B., NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde*. O debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

TEIXEIRA, C. Promoção e vigilância no contexto da regionalização da assistência à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 153-162, 2002.

TEIXEIRA, C.F. Planejamento municipal em saúde. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2001.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILLASBÔAS, A.L. SUS, *modelos assistenciais e vigilância da saúde*. Texto elaborado para a Oficina de Vigilância em Saúde, IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 1998 (mimeo).

PARTE I

**Trajetórias de cuidado em saúde:
construção da Integralidade
na luta por direitos**

As políticas específicas no SUS e o desafio de construção da integralidade: uma análise das relações institucionais no desenvolvimento do trabalho das áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, Acre

FRANCINI LUBE GUIZARDI
FELIPE RANGEL DE SOUZA MACHADO
ALDA LACERDA

Introdução

Quando retomamos a trajetória das políticas de saúde após o Sistema Único de Saúde (SUS), podemos observar um conjunto de políticas específicas que ganharam importância crescente na organização da atenção à saúde, e que possuem como elemento comum a intenção de responder de modo integral a problemas de saúde e situações de vulnerabilidade de determinados grupos populacionais. Estas políticas, orientadas pelo desafio de superar a fragmentação das intervenções e a histórica separação entre ações preventivas e assistenciais, expressam o reconhecimento de direitos sociais decorrentes da mobilização e atuação política da sociedade civil organizada. Podemos mencionar como exemplos, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e sua histórica relação com o movimento feminista; e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, que embora seja mais recente, também contou com a mobilização de vários movimentos e entidades de saúde.

Tais políticas específicas são herdeiras do debate sobre as ações programáticas, que tem como cenário de referência a extensão de cobertura dos serviços de saúde, implementada na década de 1980 como resposta ao desafio de ampliação e diversificação da assistência médica individual no setor público. Nesse contexto, representaram um modelo de práticas sanitárias alternativo àquele historicamente

consolidado no Brasil, por meio das ações hegemônicas de saúde pública, identificadas ao modelo campanhista de intervenção.

Assim, as ações programáticas são propostas como modelo tecnológico de assistência à saúde concretizado com instrumentos operatórios que visam organizar o trabalho como resposta imediata a necessidades sociais que o justificam e que, desta forma, são apreendidas como objeto/produto da intervenção. A dimensão tecnológica sobressai como elemento central da programação, que procura reorganizar as práticas de saúde segundo os princípios da integração sanitária e da hierarquia do cuidado, que visam, respectivamente, promover a recomposição da promoção, proteção e recuperação da saúde (dada a dicotomia histórica entre ações preventivas e curativas e a fragmentação e independência dos programas verticais), e a correspondência entre os níveis assistenciais e a incorporação tecnológica estimada. Para Schraiber (1993), o foco do olhar volta-se para o modelo assistencial em operação concreta nas instituições, entendido como “dimensão técnica das práticas em saúde na organização social da produção de serviços” (p.12).

[...] para o modelo sanitário a questão é aquela da cobertura da rede, e não necessariamente só extensão; é aquela da porta de entrada, e não apenas do acesso; e é, enfim, aquela da atenção primária, e não de um pronto-atendimento. E a diferença entre os primeiros termos e os segundos termos não é só dada pela distância que vai da demanda espontânea para a demanda potencial estimulada, mas também aquela que vai de uma prática com larga dose de autonomia de desempenho, para aquela das ações planejadas e normatizadas da programação (Schraiber, 1993, p.30).

A concepção da dimensão tecnológica das ações programáticas tem como ponto fundamental a indissociação entre saber, técnica e política, apontando para as implicações práticas das intervenções em seu potencial de normalização da realidade e do comportamento dos sujeitos sociais. Nessa perspectiva, pretendem ser uma alternativa ao processo de elaboração ideológica que resulta na criação de um discurso atemporal e anistórico sobre a saúde e a doença, em que o normal e o patológico se encontram individualizados nos limites do corpo biológico.

Neste quadro de referência teórica, as ações programáticas são pensadas como um modelo de organização tecnológica do trabalho estruturado a partir de uma concepção coletiva de seu objeto, a saber, o processo saúde-doença. Gonçalves (1994) relaciona três aspectos que caracterizam a programação em saúde: 1) a expressão das necessidades de saúde; 2) a apresentação de possibilidade de intervenções (o que não descarta o reconhecimento da saúde e doença individual, entendidas, contudo, como expressão particular de um fenômeno coletivo); 3) a adequação dos instrumentos de trabalho à dimensão coletiva que caracteriza o objeto, como por exemplo, as estatísticas populacionais.

No âmbito da organização institucional do Ministério da Saúde, a programação em saúde encontra-se particularmente localizada no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), que tem como atribuição articular, entre outros, os programas de Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde do Jovem e Adolescente, Saúde da Criança, Saúde do Idoso, Saúde no Sistema Penitenciário, Saúde do Homem, Saúde da Pessoa com Deficiência e Política Nacional de Humanização, orientando estados, municípios e o Distrito Federal na execução dos mesmos. Em meio ao conjunto de desafios concernentes aos objetos específicos de programação, a materialização da integralidade como condição de efetivação do direito à saúde traz interrogações sobre os elementos transversais que permitem aproximar as diferentes áreas programáticas nas três esferas de governo, superando o histórico padrão institucional de fragmentação. Este questionamento se justifica em razão dos problemas inerentes à fragmentação institucional das políticas de saúde, na medida em que

[...] um sentido de integralidade aplicável a certas propostas de respostas governamentais aos problemas de saúde, se configura fundamentalmente pela recusa em objetivar e recortar os sujeitos sobre os quais a política de saúde incide, e que, portanto, amplia o horizonte de problemas a serem tratados pela política (Mattos, 2006, p. 59).

Além disso, a construção local das ações demanda também a aproximação dos arranjos e intervenções institucionais às realidades locais, fator determinante para a eficácia do sistema de saúde. Desta forma, ao reconhecer a importância das ações programáticas estratégicas

como um modelo de organização tecnológica do trabalho que se orienta para a integralidade, é necessário também discutir as possibilidades de articulação entre os programas definidos, de modo que os mesmos tenham suas intervenções potencializadas, a partir de uma visão abrangente de seu público, bem como de suas necessidades de saúde. Analisar este problema tendo como foco as relações institucionais é o propósito deste capítulo, que busca identificar e discutir quais são os obstáculos e as possibilidades de articulação entre as diferentes áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, Acre.

Os padrões institucionais como elementos de contextualização do problema

O processo de organização e consolidação do SUS tem evidenciado diferentes aspectos problemáticos em sua gestão, os quais são diretamente atinentes ao arcabouço institucional que o conforma e sua inserção em um conjunto de relações de poder característico do Estado brasileiro. Como destacaram Paim e Teixeira (2007), além dos recorrentes problemas de financiamento público e da consequente pressão pela minimização de seus custos (Trevisan, 2007, p. 1.820), o sistema de saúde enfrenta um conjunto de problemas de gestão, como “a falta de profissionalização de gestores, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento dos serviços”, que incidem negativamente na sustentabilidade política e social de seus projetos e iniciativas. Consideramos que os problemas que têm marcado esse cenário são potencializados pela significativa dificuldade que as relações institucionais que configuram o SUS têm revelado em romper com duas características historicamente hegemônicas da política de saúde: a fragmentação e a centralização normativa.

Herança de longa data, a fragmentação foi um dos principais problemas que a reforma do setor instituída com a Constituição de 1988 buscava superar, notoriamente a divisão entre assistência e prevenção, materializada na separação institucional da política de saúde, antes vigente, entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde. A noção de atenção integral foi então evocada como referência e horizonte dessa superação, ganhando posteriormente muitos outros signos, incorporados no termo “integralidade”.

A fragmentação, que se apresentava claramente na estrutura do poder executivo em sua divisão nos dois Ministérios mencionados, possuía muitas outras facetas, com as quais o SUS precisou e todavia precisa lidar. Desde os meandros das relações interfederativas, passando pelo financiamento, pela diversidade de formas de contratação de seus profissionais, pelos mecanismos de registro e produção da informação em saúde, e chegando ao processo de trabalho das equipes na atenção e na gestão do sistema, a fragmentação pode ser observada como uma obstinada sombra, a acompanhar a implementação das políticas e programas de saúde.

A centralização normativa (Guizardi, 2008), por sua vez, é expressão da tendência de concentração na gestão federal da capacidade de definição e condução normativa da política pública, aspecto característico do Estado brasileiro, que desde a década de 30 do século XX implementou uma série de medidas e reformas administrativas orientadas pelo objetivo de fortalecimento do governo central. Essa tendência encontrou seu período culminante nos longos anos da ditadura militar, entre 1964 e 1985, quando sua dimensão autoritária revelou-se de forma clara e contundente. Assim, a restrita experiência de descentralização iniciada pelos governos populistas da década de 1950 e início de 1960 foi rapidamente reconduzida nos governos militares, “que fortaleceram ainda mais as estruturas centrais, ‘criando uma autonomia sem precedentes, na história da burocracia do continente’ no nível federal da administração pública” (Marsiglia, 1993).

Desta forma, retomando a história do Poder Executivo no Brasil, podemos observar o extenso recurso à decisão tecnocrática e autoritária, que possibilitou a concentração em sua esfera de atuação de grande parte das decisões políticas relevantes. Estas características lhe valeram a alcunha de Executivo Imperial, já que, em virtude de sua imensa força política, pouco mudou entre os períodos autoritários e democráticos da história recente do Brasil (Avritzer, 1994).

Por um lado, durante os períodos democráticos houve um reduzidíssimo controle da opinião pública sobre as decisões do Executivo. Por outro, a existência de uma enorme tradição de concentração do poder nas mãos do Executivo, assim como a utilização do clientelismo como mecanismo de substituição do debate público, permitiu a forma

As atribuições específicas das gerências de áreas técnicas, que no organograma se encontram localizadas no departamento de assistência à saúde, são enunciadas como:

1) assessorar as Unidades Básicas de Saúde para implantação/ implementação das ações e programas; 2) propor e participar da formulação de políticas de saúde, voltadas para a atenção básica, no âmbito do Município, em consonância com o Plano Municipal de Saúde e demais Instrumentos de Gestão; 3) assessorar o processo de planejamento, monitoramento e avaliação das Unidades Básicas de Saúde; 4) elaborar, implantar e manter atualizado os manuais de rotinas e protocolos das atividades inerentes a cada área; 5) analisar, aprovar e encaminhar propostas para a elaboração de material de informação, educação e comunicação, formuladas pelas Unidades subordinadas; 6) articular com órgãos governamentais e não governamentais, visando a implementação de ações de saúde; 7) promover e participar de eventos e fóruns de discussão da Atenção Básica nos níveis Municipal, Estadual e Federal; 8) acompanhar e avaliar, em conjunto com o DRCA [Departamento de Regulação, Controle e Avaliação], as Ações e Serviços de Atenção Básica; 9) elaborar junto ao setor de Planejamento projetos para ampliar as fontes de recursos; 10) propor e executar diretrizes de educação permanente, capacitação em áreas específicas, aperfeiçoamento e pesquisa; 11) elaborar material de informação, comunicação e educação em saúde (SEMSA, 2013).¹

Como podemos observar, em todas as atribuições há uma significativa orientação de articulação institucional, seja com as unidades e equipes de saúde da atenção básica, com a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde, com entidades e órgãos, governamentais ou não, além das articulações institucionais internas à SEMSA.

Para compreendermos esse contexto, é importante situar que o município de Rio Branco possui 67 unidades públicas de saúde (IBGE, 2010).² Destas, 52 são unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), das quais 22 contavam com equipe completa no período de realização

da pesquisa. Na organização da rede de saúde local, os gerentes dos 13 Centros de Saúde (CS) coordenam também as unidades da ESF da área de abrangência e o Programa Agente Comunitário de Saúde, em alguns deles em concomitância com a ESF, havendo duas equipes de PACS atuando isoladamente. Além disso, as gerências de áreas técnicas reportaram promover articulações intersetoriais com o Conselho Regional de Assistência Social, com o setor de educação, com o Ministério Público e do Trabalho, com o Conselho da Criança, associações de moradores, empresas e entidades de saúde.

No desenvolvimento da pesquisa, com exceção da área técnica de controle da tuberculose e da área técnica de hanseníase, deslocada em caráter experimental para o Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, foram pesquisadas as demais áreas técnicas do Departamento de Assistência à Saúde da Secretaria Municipal de Rio Branco.³ Além destas, foram incluídas na pesquisa a Divisão de Educação na Saúde e a Divisão de Humanização, pertencentes ao Departamento de Gestão de Pessoas, conselheiros municipais de saúde e várias entidades de saúde atuantes no município.

Apresentaremos, a seguir, os resultados concernentes a organização dos processos de gestão e relações institucionais estabelecidas no trabalho das áreas técnicas, apontando para as principais dificuldades, os avanços e as perspectivas de integração.

Relações institucionais no contexto de trabalho das áreas técnicas em Rio Branco

Este tópico se encontra dividido em quatro itens, que abordam aspectos específicos das relações institucionais estabelecidas pelas áreas técnicas. Por meio deste mapeamento, esperamos problematizar a permanência dos padrões vigentes antes identificados a respeito da estruturação do Estado brasileiro e, em particular, seus entrelaçamentos com a consolidação do SUS no contexto local de Rio Branco. Por outro lado, interessam-nos também os avanços

¹ la.riobranco.ac.gov.br/...Saude/ATRIBUIÇÕES_DA_SEMSA_PARTE_I

² <http://www.riobranco.ac.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

³ Saúde da Mulher, da criança e do adolescente; Saúde Mental; Saúde do Trabalhador; Leishmaniose; Saúde do Idoso; Saúde da Comunidade; Controle do Tabagismo; Hipertensão e diabetes; Núcleo de Educação em Saúde.

conquistados e as inovações que apontam para novas possibilidades de constituição e desenvolvimento da política de saúde.

a) Relações institucionais das áreas técnicas com o Ministério da Saúde

Os modos de comunicação entre áreas técnicas dos municípios e as equipes da gestão federal são baseados na definição de pessoas de referência para os diferentes assuntos específicos. Nesse sentido, a organização institucional da Secretaria Municipal de Saúde em parte deriva da demanda pela definição das pessoas de referência, espelhando, em certa medida, a configuração institucional do Ministério da Saúde (MS).

A relação das áreas com o nível central é bastante diversa. Enquanto algumas áreas não relatam dificuldade nesta relação, outras indicam haver. Contudo, os resultados indicam que o papel do Ministério da Saúde com frequência se estabelece como uma relação de hierarquia, com pouca formalização e registro de demandas do município.

Pergunta: E que canais que você tem pra fazer isso [comunicação com a Área Programática do MS]?

Resposta: A internet e ligação direta. Quando eu ligo, “gostaria de falar com fulano!” Aí, vai, fala, é que a gente identifica e tal, é mais por telefone mesmo. Por documentação é mais quando tem alguma coisa de lá pra cá. A nossa demanda, se eu precisar, por exemplo, eu vi que saiu um material novo, aí eu ligo lá e pergunto se a gente não tem condições, ou então mando um e-mail, eles respondem, é isso, assim. Não sinto dificuldade...

Entrevistadora: De acessar?

Resposta: De acessar. Mas eu acho que dificuldade de está sendo de ser atendido. Talvez eu tenha!

As áreas programáticas demonstram baixa capacidade de formulação ascendente, sendo mantido o padrão histórico que caracterizou a centralização normativa no MS, na relação com os demais entes federados: *“Porque geralmente é assim, o Ministério define, o Estado adere e o Município executa”*. Importante indício disto é a centralidade

que a execução do calendário de ações pontuais do MS possui na organização do trabalho das ATs municipais.

Na verdade assim, a nossa relação ela é... eu digo nem boa nem ruim. (risos) Porque o Ministério, ele manda as atualizações, os programas, e a gente tenta seguir na verdade. Na verdade eu acho que é meio que uma imposição. [...] Então a gente tem o contato com o Ministério, mas não é aquele contato tão amigável assim, como a gente gostaria que fosse. É mais, a gente percebe que eles querem que a gente siga uma hierarquia.

E em resumo com o meu olhar eu vejo um pouco assim, que as áreas técnicas elas são pautadas pelo Ministério da Saúde. E não pela gestão, e não pelo serviço, e não pelo cotidiano da comunidade local: “O Ministério diz isso eu vou fazer isso.” E muitas vezes é colocado assim: “Não, mas o Ministério diz isso. Isso é norma do Ministério, é norma do Ministério.” Sim. Mas como que a gente vai colocar isso no dia a dia, no saber do nosso usuário, na forma de nós conduzirmos o nosso serviço e o trabalho, e nós vamos estar dando a resposta que o Ministério quer, só que nós vamos adequar às vezes necessidades.

Em direção oposta a esta análise, foram destacados no cenário nacional como iniciativas de formulação e avaliação conjunta das políticas em pauta o encontro de coordenadores das Áreas Técnicas da Criança de todo o Brasil, e o encontro das referências técnicas de humanização, das secretarias estaduais e das capitais.

Então juntos, a gente montou um plano, pra gente estar fazendo até dezembro. Em dezembro a gente vai se encontrar de novo. Então tudo que a gente... Nesses dois dias, o que a gente resolveu, foi todo mundo. Então foi uma coisa bacana. Mas não é uma realidade de todas as Áreas.

Os gerentes de áreas técnicas relataram relação estreita com a secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação e Saúde do Ministério da Saúde; com os apoiadores da Política Nacional de Humanização; com a equipe de Saúde da Criança e a equipe de saúde do Adolescente e do Idoso do MS. Foi interessante perceber, em especial, a existência de circuito de dívida nas relações com a equipe técnica de Saúde do Idoso do Ministério, verificada em trocas baseadas na produção

local da área técnica. Um instrumento por ela elaborado interessou à equipe técnica do MS, que procura estabelecer uma troca de experiência e aprendizagem. Ao mesmo tempo, há o reconhecimento de que enfrentam dificuldades e problemas semelhantes em relação à necessidade de ampliação da equipe de trabalho, o que resulta em laços de solidariedade.

[...] Mas a gente sabe que a equipe lá também é mínima, não tem nem condições; se aqui a nossa é mínima, imagine lá, que é pra tomar de conta do Brasil todo.

Só acharam interessante, a folha espelho, ficaram interessados em melhorar mais um pouco, e tanto que agora esse últimos meses, veio convite pra gente participar desse lançamento desse sistema. [...] Porque esse sistema, ele é mais aprofundado, a nossa caderneta, ela é um tanto superficial, o sistema já é mais aprofundado, porque eles apresentaram uma idéia do sistema. Aí a troca é assim, “Ô, o que é que você tá fazendo lá no Acre?” “Ah, eu tô fazendo isso” “Mas eu não consigo fazer no meu, como é que você faz?” Aí já...

Há indicativos de mudança da relação hierárquica, com a preocupação de estabelecer um planejamento ascendente. Porém, como podemos observar na relação do nível central com a ponta do sistema de saúde municipal, em parte o problema do planejamento normativo permanece, na medida em que há a institucionalização de práticas de centralização normativa também neste nível, havendo pouco planejamento ascendente desde os territórios.

Não, na verdade o ministério mudou alguns anos, acho que já dois anos que é a programação ascendente, que antes era de cima pra baixo. Agora não, o município se planeja, o estado faz planejamento e chega até o ministério. Então com isso melhorou bastante e muita coisa já mudou [...]

b) Relações institucionais das áreas técnicas com a secretaria estadual de saúde

A relação entre áreas técnicas das secretarias estadual e municipal depende muito das características pessoais e profissionais das diversas coordenações, que determinam o modo de condução do processo de trabalho.

O meu contato é mais fácil com a pessoa do [fala de um setor da SES] do que com a própria coordenadora [da respectiva área técnica na SES]. Eu tenho uma abertura muito maior com ela do que com..... eu acho que é pelo próprio dinamismo de gestão, de conduzir mesmo o processo. Eu me sinto mais a vontade com [...], a gente tem uma condução do processo mais sedimentado. É mais fácil de trabalhar, até pelo conhecimento que ela tem, pelas estratégias, eu acho que a gente tem essa afinidade maior. Eu tenho essa afinidade maior. Não é pessoal, eu acho que é mais de afinidade de processo de trabalho.

Algumas áreas relataram dificuldade em estabelecer um processo conjunto de trabalho e planejamento das ações em interface com a SES.

[Em relação à articulação com as AT do estado] É muito mal, essa interface não existe, é muito fragmentado.

Mas é isso. Essa questão mais do ... da relação mesmo de fazer a interface com o estado. Por exemplo, eu vou fazer um dia nacional... Não se envolve, não tem envolvimento. A gente convida... num tem aquele envolvimento que eu gostaria que tivesse. Que hoje esse trabalho é pra isso, pra ver qual é a interação com as áreas, com as outras áreas, com o estado, a gente não sente isso. Eu sinto muita falta disso, eu tentei muito fazer isso, mas eu até tenho... não vou dizer que num existe, existe sim. Mas eu acho que poderia ser ampliado. Ser uma coisa mais dinâmica, ter um envolvimento maior do estado nas nossas ações, eu digo de ação mesmo. Não só de ações de reuniões, mas das ações pontuais mesmo.

As relações institucionais são facilitadas pela existência de redes de relações pessoais e profissionais entre os técnicos. Entretanto, as aproximações decorrentes destas relações não configuram e sustentam uma ação institucional conjunta e convergente, funcionando mais como elemento de facilitação na mediação comunicacional, ou em ações pontuais.

A gente, como a gente tem essa proximidade e a gente está participando de reuniões juntas, discutindo juntas, está havendo uma troca, que eu acho que ainda não tinha que talvez precisasse: ela saber o que é que está acontecendo a nível municipal e eu saber o que está acontecendo a nível estadual. Porque assim é muito complicado você ficar nessa relação esquizofrênica. A gente está aqui, mas a

gente não está? Eu estou virada pra cá e você está virada pra lá. Então hoje, por exemplo, quando o Ministério ligou pra ela, que fez o contato com ela, e queria saber sobre [nome do projeto] - porque eles tem um projeto e a gente tem um também - ela soube dizer pra ela: “Olha, o nosso aqui ainda não está tramitando, mas o do município está. Liga pra [nome da técnica].” Deu o meu celular, o Ministério ligou direto pro meu celular.

Em alguns casos, as dificuldades estão relacionadas a concepções distintas sobre aspectos centrais que embasam o trabalho e a compreensão das prioridades das áreas técnicas. Há também um conjunto de problemas relacionados à fragmentação institucional dentro da Secretaria de Saúde do Estado. Em geral foi reportada dificuldade de interação e diálogo entre as equipes que trabalham tanto no mesmo nível de governo e entre estado e município. Uma hipótese explicativa para esta dificuldade no caso da relação do município com o estado seria a priorização dos municípios menores, por parte das equipes da SES, em razão de sua menor capacidade técnico-administrativa.

Um elemento que dificulta a construção compartilhada entre SEMSA e SES nos casos em que há maior abertura para o trabalho conjunto entre as respectivas áreas técnicas é a sobrecarga no processo de trabalho e a falta de tempo resultante. As dificuldades de comunicação também demonstram interferir nesta relação, estando em parte associadas a sobrecarga das equipes e dificuldade de priorização de frentes comuns de trabalho.

Eu acho que assim, se eu tivesse mais tempo, porque elas também são muito, são profissionais são muito abertas, você chega lá, com propostas e quiser apoio, quiser a parceria, elas vão lhe dar. Mas eu acho que está faltando também é eu ter esse tempo para estar também buscando esse apoio.

c) Relações institucionais das áreas técnicas com os profissionais da assistência e com a rede de serviços municipais de saúde

Observa-se a tendência de atualização em nível local do padrão institucional de centralização normativa na relação com profissionais da assistência e com a rede de serviços municipais de saúde. O planejamento das ações das áreas usualmente é realizado

pela área técnica e posteriormente comunicado e transmitido aos profissionais, em particular gerentes e enfermeiros, pelo fato de que eles também desempenham muitas vezes papel de organização do trabalho nas unidades.

É realizado um plano. Começo do ano. E aí esse plano, ele é o que vai nortear as áreas, a estar fazendo suas ações, em cima desse plano. E quando a gente faz esse plano, aí a gente reúne com as Unidades para estar passando.

Nos casos em que foi relatado que as informações do plano foram passadas para o conjunto dos profissionais, as hierarquias e divisões de categorias tendem a ser mantidas, de modo que a relação é estabelecida mais com determinados profissionais e categorias do que com as equipes de trabalho.

A principal estratégia para estabelecer a relação com os profissionais da ponta do sistema de saúde é o desenvolvimento de capacitações. Estas são realizadas de modo paralelo entre as diferentes áreas, mesmo quando destinadas ao mesmo público, gerando demandas simultâneas e por vezes fragmentadas. As estratégias de capacitação costumam ser organizadas em torno da premissa da necessidade de atualização de conhecimentos técnicos e transmissão de informações administrativas (metas, indicadores) para os profissionais. Tal relação demonstra a pressuposição de que o saber necessário ao desenvolvimento das ações programáticas concentra-se nas áreas técnicas, devendo ser transmitido aos profissionais das unidades de saúde.

Alguns gestores das áreas observam o distanciamento das áreas técnicas com as unidades de saúde e suas realidades, destacando que muitas vezes a informação e a comunicação ocorrem a partir de memorandos, sem a construção de processos de apoio às unidades em suas dificuldades e sem o conhecimento e consideração de sua realidade. Nesse sentido, foi relatada a necessidade de aproximação com os serviços de saúde para uma avaliação mais adequada de todo o processo, para além da mensuração dos indicadores de produtividade. Além disto, foi destacada a percepção dos limites das estratégias de capacitação, quando não são associadas a um acompanhamento / monitoramento rotineiro. Contudo, mesmo esta avaliação não coloca

em questão a pressuposição de que a atribuição normativa concentra-se na gerência da área técnica, uma vez que o conhecimento da realidade das equipes e unidades, bem como o monitoramento associado às capacitações, é entendido como um modo de efetivar o plano e a direção estabelecidos desde a coordenação do programa.

Assim, na realidade, eu acho assim, que pra mim, no meu ponto de vista, capacitação, ela seria a gente descentralizar o que a gente sabe, para passar para o pessoal, para o pessoal que está na ponta, na rede, eles estarem levando essas ideias novas, essa nova forma de pensar e agir.

Frente a este conjunto de questões, a aproximação com os profissionais e unidades de saúde é identificada como um grande desafio, que expressa e traduz o padrão institucional de dissociação entre atenção e gestão na organização do SUS. Esta questão deve ser situada historicamente nas implicações políticas e sociais da emergência da função de gerência na organização do trabalho capitalista, que demarca a divisão entre concepção e execução, sendo o controle a principal atribuição das funções de gestão.

Mas o que é que é o nosso grande desafio? É aproximação com a comunidade executora, aí estou falando aí dos profissionais da assistência. Que a gente está no Departamento de Assistência, mas não realizamos assistência, nós estamos na organização, na avaliação, no monitoramento tentando assessorar e, às vezes, eu digo assim: “Até que ponto estamos assessorando mesmo?” Aí o desafio que no ponto de vista eu falo, é ouvir mais o profissional, e vivenciar mais lá a prática, porque aí eu consigo entender o anseio do profissional, estando lá, olhando, participando.

O tamanho restrito das equipes é indicado como elemento que dificulta ou mesmo inviabiliza a aproximação desejada.

Mas tem aquele outro lado que a gente às vezes escuta a unidade falar “Ah, que a gente nunca vai lá”. Porque é uma pessoa que às vezes não dá conta. Eu te confesso, tem unidade que eu vou uma vez e eu vou voltar acho que daqui a 2 ou 3 meses, quando eu consigo ir. Então tem essa dificuldade. É uma relação boa, mas infelizmente ela não é tão assídua, eu não consigo estar sempre nas unidades como eu gostaria e deveria.

Por outro lado, a desarticulação e a falta de comunicação entre a coordenação da Unidade de Referência para Atenção Primária (URAP) e das áreas técnicas foram indicadas como fatores que dificultam a relação com profissionais e unidades de saúde. Interessante notar que o problema da comunicação parece estar presente também na relação entre as coordenações de URAP e os profissionais das unidades, indicando ser transversal nas relações institucionais do sistema.

As dificuldades em torno da comunicação nas relações institucionais demonstram o desencontro entre os “mundos e lógicas distintas”, entre gestão central e o cotidiano da gestão e do trabalho na “ponta”, o que indica a necessidade de construir fluxos e estratégias de mediação, para garantir a comunicação, principalmente em relação à necessidade de respostas e movimentos de articulação.

As estratégias focadas no acompanhamento de determinados indicadores de produtividade, como no caso das reuniões trimestrais de avaliação dos segmentos e unidades, não têm conseguido suprir essa necessidade, ressaltando, sobretudo, a dimensão instrumental do vínculo entre gestão e trabalho. Conforme sinaliza um profissional de saúde entrevistado:

Olha, uma das formas que a Secretaria fica sabendo que a gente está fazendo, é uma reunião que eles fazem trimestral, que é passado os números da unidade, do segmento. Quantos diabéticos acompanhados? Quantos Hipertensos? Vocês tinham uma capacidade tanta e foi só tanta, vocês tinham uma capacidade para 30 consultas e alcançaram 20.

Algumas estratégias cotidianas são experimentadas, com o intuito de fortalecer e facilitar a comunicação, como por exemplo, a divulgação do telefone do gerente de área para os profissionais das unidades. Essas estratégias representam a constituição de redes de relações pessoais, que aumentam de modo significativo o fluxo comunicacional, mas que apresentam baixo grau de institucionalização.

Destacam-se, em particular, as tentativas de estabelecer uma rede intersetorial, que apoie os profissionais no enfrentamento da complexidade dos determinantes sociais das questões de saúde que chegam às unidades. Os problemas relacionados à violência são

exemplos de fatores que transversalizam as divisões estabelecidas pelos objetos específicos das áreas programáticas, demandando elevado grau de articulação institucional e intersetorial para seu enfrentamento: ao mesmo passo em que estão associados a certas patologias, como no caso da hipertensão, também se apresentam como questão relevante para os diferentes ciclos de vida (infância, adolescência, idade adulta e idosos) ou divisões de gênero (violência contra mulher), extrapolando o campo de intervenção das políticas de saúde e fazendo claras interfaces com a Assistência Social, a Segurança Pública, a Educação, os respectivos conselhos de políticas, bem como instituições jurídicas (Ministério Público, Justiça, Defensoria).

Porque a gente divulgou o nosso telefone para qualquer denúncia e para qualquer dificuldade que o profissional tivesse. Então eles já ligam: “eu estou com uma dificuldade assim, assim, assim, o que é que tú pode estar me ajudando?” Quando eu vejo que tem uma rede próximo dele, eu digo: “Olhe, você procure o CRAS, procure o Ministério Público, procure o Núcleo de Violência, que aí você pode estar resolvendo.”

Em certos contextos, a atuação da área técnica torna-se de execução direta, dados os limites encontrados pelos profissionais de saúde para atuar em intervenções com estas características, ou pela inexistência de vínculo territorial que garanta a cobertura longitudinal dos usuários. Um dos desdobramentos indicados pela pesquisa seria explorar as dimensões e efeitos pedagógicos deste apoio e atuação conjunta, que podem fornecer elementos para reflexão sobre as estratégias hegemônicas de capacitação centradas em processos de transmissão de conhecimentos técnicos e informações.

Um aspecto importante a ser ressaltado é que nas falas de alguns trabalhadores entrevistados as relações de poder hierárquicas não foram apontadas como aspecto problemático, apesar da tendência observada de centralização normativa na gestão das áreas técnicas. Antes, a falta de planejamento de médio e longo prazo foi associada às dificuldades relatadas, contribuindo para permanência de modelos assistenciais hegemônicos, centrados no aspecto individual e curativo. Os problemas de rotatividade de profissionais e continuidade de iniciativas e experiências inovadoras também surgiram como fator importante.

Pergunta: É... Como é que você vê a relação aqui, do trabalho dentro da... dentro da Secretaria? Você acha que é muito hierarquizado em geral? Tem uma questão de status muito forte? De... de... de poder? Enfim...

Resposta: Não, acho que não. Eu acho que não tem. Eu, pelo menos, eu não noto isso. O que eu noto é uma desorganização no planejamento. Então não há um planejamento de médio, longo prazo, existe uma coisa muito pontual. Esqueceu a questão da prevenção, da educação popular e... e se instalou lá o sentimento do curativo, do medicamento... há algum tempo. Mas não há, eu acho que não há ... um discurso ditatorial, ou coisa parecida. Eu acho que não se usa muito isso pra... pra impor. Porque há uma desorganização mesmo, uma falta... uma falta de orientação do cuidado, da gerência das áreas, de conhecimento dos problemas, que cada área tem sua particularidade e precisava dessa... dessa sensibilidade pra entender aquele trabalho, e não aquela coisa é... engessada para todas as unidades, que é o que acontece. Então são os protocolos vencendo a regionalização, a cultura do atendimento, enfim.

É destacado também que o planejamento realizado nas áreas usualmente não integra usuários e trabalhadores, seguindo a tradição centralizadora das práticas normativas de planejamento institucional. Os mecanismos de participação instituídos, assentados na representação de interesses, são questionados como dispositivos de garantia da participação da comunidade no planejamento das ações, sendo evidenciada a necessidade de ampliação da participação direta, a partir das unidades de saúde.

O nosso planejamento, ele é muito cartorial.

Eu acho o seguinte, que a gestão, ela acha que como nós temos as conferências municipais, saúde tem o relatório da conferência, então as Áreas Técnicas pegam o relatório da conferência, e monta sua programação. Então assim, eu acho que a gestão pensa que a comunidade já está participando como um todo através das conferências e do relatório. Porque se você for pensar bem, hoje, as conferências, elas nem sempre elas tão representadas ... a comunidade está representada ali. Hoje a gente sabe que existe alguns mecanismos de camuflagem, né? Nesse sentido. Então assim, a gente não pode contar com isso. Então tem que resgatar mesmo lá da ponta.

Foi relatada por um profissional entrevistado uma produção local de informações e conhecimentos nas unidades de saúde que não é compartilhada com a gestão das áreas técnicas, sendo utilizada principalmente para recolher informações úteis para o trabalho cotidiano, e para o componente da remuneração que é definido por produtividade.

Aqui eu pego aqui aquele... aquele mecanismo de informação que eles usam e conseqüentemente lá tem um aumento ou diminuição de salário, uso aquele... aquela... aquele método aqui.

Pergunta: Você faz um levantamento?

Resposta: Um levantamento do prontuário.

Pergunta: Entendi. Você faz sistematicamente isso?

Resposta: Sistematicamente.

Pergunta: Quer dizer, isso também não tem nenhum... esse dado não vai para a Secretaria?

Resposta: Não vai porque não tem como.

Pergunta: Fica só pra você?

Resposta: É. Não tem como. A gente avalia nosso... tem diagnóstico da nossa comunidade na mão.

Por outro lado, indicam que o fluxo inverso da informação também não ocorre, sinalizando que os dados não retornam para as unidades. As indicações e orientações dos programas, que foram mencionadas, não são entendidas como um retorno, aspecto que pode indicar uma reflexão sobre o quanto a comunicação realizada instaura condições dialógicas de troca, inclusive para observar e identificar o desencontro entre a prática comunicacional estabelecida e aquela esperada. Esta queixa chama-nos atenção também quando consideramos a realização de reunião de avaliação trimestral, na qual são divulgados os indicadores de produtividade analisados.

Pergunta: E tem algum dado da Secretaria que venha pra você?

Resposta: Não.

Pergunta: Assim, uma orientação de uma área específica?

Resposta: Nada.

Pergunta: De orientação, nada?

Resposta: Nada. Mas daí o que vem é... são... são as... os programas né, você tem que fazer isso agora, você tem que fazer isso amanhã enfim... mas nada... nada assim.

Uma possível explicação para o descompasso entre as percepções relatadas acima é a natureza da relação institucional estabelecida, com frequência de caráter pontual, de modo que as intervenções desenhadas não tendem a gerar movimentos, desdobramentos e/ou outros modos de articulação institucional. Isto demonstra estar refletido na dificuldade em produzir maior dinâmica no trânsito da informação entre os segmentos na ponta da rede de saúde e a gerência dos programas, situadas centralmente no Departamento de Assistência à Saúde.

d) Relações institucionais das áreas técnicas com movimentos e representações de usuários

Há uma avaliação geral, por parte das lideranças de movimentos sociais entrevistadas e também de técnicos, de que a relação das áreas com movimentos e usuários é distante, não havendo o efetivo reconhecimento da importância da participação popular na construção compartilhada das ações. Relatam que a parceria realizada é organizada como divisão de atividades, mas com pouca construção conjunta.

Técnico: Muito distante. Isso eles ainda não percebem, você não tem essa concepção da participação popular...

Entrevistadora: Porque eles falam muito de parceria...

Resposta: É, mas assim... É aquela parceria, eu faço isso, você faz aquilo, sabe? Mas não é troca de construir juntos.

Encontram-se em desenvolvimento iniciativas de aproximação, por meio de oficinas realizadas com lideranças comunitárias, com o objetivo de informar sobre direitos e serviços disponíveis. O relato das mesmas, se por um lado destaca a importância do conhecimento sobre os direitos, apresenta também a expectativa de que a ação destes atores estratégicos possa contribuir para os objetivos já definidos para política de saúde, não tendo sido referida a construção compartilhada dos objetivos e estratégias.

A aproximação dos movimentos organizados foi reportada como avanço, fundamental ao êxito obtido com as sete pré-conferências municipais de saúde realizadas em 2011. A parceira encontra-se focada na realização de determinadas ações, na divulgação de informações e abrange também o financiamento. Os movimentos atuam também sinalizando as dificuldades de acesso e de desenvolvimento das ações, utilizando principalmente o canal de comunicação estabelecido diretamente com a direção da secretaria municipal de saúde.

Algumas articulações são realizadas com movimentos de expressão nacional, que atuam com temas afins às políticas específicas. Observamos baixa articulação direta das áreas técnicas com as entidades atuantes no município.

Então a gente faz parceria agora com essa rede, que eu acho que é extremamente importante, uma ONG que tem uma liderança nacional. Nacional. Tem uma liderança muito grande, a gente sentiu isso lá nesse evento que a gente participou, e a gente está em contato direto. Tudo que a gente realiza, a gente mostra a eles, eles divulgam... Diariamente eu recebo informações nessa rede de todos os estados que estão trabalhando no [tema específica da área técnica], municípios, e a gente manda as nossas informações também. Então é uma ONG que tem um poder bem grande de mobilização. Então essa é uma parceria que a gente estabeleceu há pouco tempo.

O Programa de Saúde na Comunidade foi o que apresentou maior grau de integração interna (entre áreas técnicas) e com as comunidades atendidas. Destacaram-se nele também o processo de planejamento e a articulação intersetorial. Interessante salientar que, juntamente com a AT Leishmaniose, a AT Saúde da Comunidade diferencia-se por partir de demandas e especificidades locais, não sendo expressão de uma política nacional. Este aspecto pode ser o sinalizador de um processo de constituição diferenciado, que produz efeitos posteriores no desenvolvimento do trabalho, talvez justamente por não haver correspondência institucional com os demais níveis da federação.

De janeiro a fevereiro é muito alagado, os rios transbordam a mais do esperado, e aí a gente senta, em Fevereiro a gente faz as visitas, com os presidentes das associações, as lideranças comunitárias, discute qual o problema de saúde, o que é que deveria melhorar, mas sempre colocando eles como principal autor da situação. Porque

tanta divulgação, como quem vai dizer o que precisa, realmente são eles, que é eles que tão precisando do serviço. A gente passa uma semana planejando junto.

Mas geralmente, assim, muda o coordenador de um Centro de Saúde, aí o que é que eu faço? Eu reúno, faço uma reunião com os presidentes da associação local e aqueles moradores antigos, levo o coordenador, apresento ele, ele passa uma manhã pra conversar, como é que é, ele vai conhecer aquele local, e juntos vão planejar o atendimento. Mas nenhum atendimento é planejado sem os principais atores que são a comunidade.

Em relação à integração institucional entre as áreas técnicas, observamos que existem ações conjuntas, mas que elas não constituem efetivamente um processo compartilhado de planejamento e execução. Nesse sentido, foram relatadas resistências das gerências de área técnica para integração, em razão de tensionamentos relacionados às competências de cada área e entre aquelas relativas às ações do estado e do município.

É uma coisa assim que eu até fiquei meio assim quando eu entrei. Porque o pessoal fala muito de integração, mas assim, aqui não existe integração. Entendeu? Assim, é cada um por si, eu acho assim, que você ajudar a participar de uma ação, não é você estar lá só de corpo, é você participar desde a construção até a execução e é uma coisa que aqui não existe. Não existe, entendeu? Assim, existe uma área que ajuda a outra, mas assim, ajudar de alguma coisa ... mas não existe. E assim, eu acho que a gente tem que quebrar isso, entendeu? Tanto é que a maioria das ações que eu estou fazendo agora, depois que eu entrei, eu sempre envolvo as outras áreas.

Um exemplo informado a respeito da possibilidade de maior integração foram as estratégias de capacitação realizadas pelas áreas técnicas, que em diferentes momentos geraram agendas superpostas e/ou fragmentadas para o mesmo público.

E quando a gente foi detalhar isso, a gente percebeu que isso era de cada área, que aí entrava todas as áreas programáticas, e cada uma dizia assim: “nós vamos fazer a capacitação na [temática específica], capacitar nisso, capacitar naquilo...” Então, a gente percebeu que tinha um mundo de propostas, de formação... de capacitação, pensado com o mesmo público, que às vezes inclusive, no mesmo horário.

Considerações finais

Os resultados apresentados confirmam a existência de um conjunto de dificuldades de integração associados à lógica de centralização normativa discutida anteriormente, que demonstra assentar-se na diferenciação entre atenção e gestão; entre processos de trabalho destinados à formulação e aqueles voltados para a execução das ações planejadas em outra instância. É oportuno evidenciar que, antes de produzir posições estáveis, essa distinção é relativa, na medida em que varia conforme as áreas técnicas estejam se relacionando com o nível estadual e central ou com as unidades e equipes de saúde para quem são referência em âmbito municipal. Este aspecto remonta ao caráter transversal das instituições, cuja eficácia opera justamente pela conformação de determinados modos de relação, o que explica a possibilidade de sua extensão e permanência em distintos contextos, e nos ajuda a compreender como os variados arranjos locais do SUS encontram óbices e problemas semelhantes na implementação de suas políticas e programas. Assim, a presença marcante dessa forma de relação das áreas técnicas com as equipes de saúde foi um dado significativo, bem como a identificação das dificuldades de planejamento ascendente e comunicação que decorrem de tal fator.

A temática do reconhecimento social parece permear os problemas de comunicação mapeados, indicando um campo profícuo para intervenções que almejem deslocar os sujeitos de suas posições relativas no âmbito institucional. Os depoimentos obtidos permitiram-nos aventar que, em certa medida, a fragmentação entre os processos de trabalho dos departamentos e das áreas técnicas da SEMSA pode ser derivada do receio de perder o reconhecimento pelas ações desenvolvidas. Desta forma, este seria um elemento importante a ser trabalhado, na perspectiva de construção de modos de trabalho em equipe colaborativo, indicando a necessidade de revisão da lógica de estabelecimento de referências técnicas exclusivas por área programática. Se esta lógica, por um lado, produz mecanismos de responsabilização e facilitam a comunicação entre planos de gestão distintos; por outro lado, as evidências reunidas sugerem que induzem, simultaneamente, dinâmicas de isolamento, dificultando a construção coletiva de processos de trabalho com base na comunicação lateral.

Tais problemas demonstraram ser agravados pelo número reduzido das equipes, que juntamente com a tendência de isolamento apontada, diminui a amplitude dos efeitos e a convergência das ações entre as diferentes áreas programáticas.

Outro aspecto a ser salientado é a singularidade do Programa Saúde na Comunidade, que demonstra efetuar modos distintos de relação com as comunidades atendidas e com os profissionais nele engajados. Além da característica intensiva que marca as ações realizadas pelo programa, este se distingue dos demais por não possuir equivalente nas outras esferas de gestão, e por depender da articulação com as demais áreas para garantir sua viabilidade. Consideramos que esses fatores influenciaram de modo significativo a configuração do programa, principalmente em relação à sua proximidade com as demandas e realidades locais e também no que condiz à elevada articulação interna que mobiliza na SEMSA.

Por fim, cumpre destacar que a experiência estudada é marcada pela atuação de entidades e movimentos de saúde, que apoiaram discussões e mobilizações importantes, como no caso das pré-conferências municipais de saúde. Apontamos, nesse sentido, para a relevância na produção de visibilidade para estes espaços de interseção, profícuos por permitirem aos dois polos da relação se colocarem em análise, desde a intervenção propiciada pelo encontro com outra posição institucional e discursiva. Quanto a isso, a duração destes movimentos de interseção (que poderiam dilatar-se para além de eventos delimitados e circunscritos, assumindo extensão processual) pode ser elemento-chave para potencializar seus efeitos e para os deslocamentos que estes encontros são capazes de produzir em ambos os polos da relação.

Referências

- AVRITZER, L. Modelos de Sociedade Civil: uma análise da especificidade do caso brasileiro. In: AVRITZER, L. (coord.) *Sociedade civil e democratização*, Belo Horizonte: Del Rey, 1994.
- BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992. 204p.
- GONÇALVES, R.B.M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994. 278p.

GUIZARDI, F.L. *Do controle social à gestão participativa: perspectivas (pós-soberanas) da participação política no SUS*. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2008.

IBANEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. *Ciênc. saúde coletiva*, v.12, supl., p. 1831-1840, 2007.

MARSIGLIA, R.M.G. Funcionários Públicos, Estado e Saúde no Brasil. *Saúde e Soc.*, São Paulo, v.2, n.1, p.93-118, 1993.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. 180p

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*, v.12, supl., p. 1819-1829, 2007.

SCHRAIBER, L.B. Programação hoje: *a força do debate*. In: SCHRAIBER, L.B. (org.) *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 11-35.

TREVISAN, L. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede. *RAP*, Rio de Janeiro, v.41, n.2, p.237-54, mar./abr. 2007.

Trajetos, trajetórias e caminhos para a garantia de direitos na saúde no município de Rio Branco, Acre

FELIPE RANGEL DE SOUZA MACHADO

FRANCINI LUBE GUIZARDI

ALDA LACERDA

Introdução

A saúde pública brasileira tem se desenvolvido desde a Constituição Federal de 1988 a partir de diferentes abordagens e propostas. A perspectiva da “saúde como direito de todos e dever do Estado” tem se materializado de formas diferentes nos diversos contextos locais de saúde no Brasil. Assim, é objetivo deste texto discutir alguns aspectos dos processos de garantia do direito no nível da prática dos serviços de saúde.

Em primeiro lugar, é importante ressaltar uma compreensão específica sobre a construção dos direitos. Tal processo implica uma espécie de homogeneização da sociedade, a partir da seleção de demandas consideradas mais relevantes que outras. Isto significa dizer que o direito formal se constitui a partir de um olhar indiferenciado sobre a sociedade; um olhar que elimina as diferenças e especificidades individuais. Isto porque, como destaca Abreu (2008), “por obra de um artifício racional, os indivíduos são pensados fora do lugar” em que vivem, em que trabalham e em que se divertem. Assim, a formalização de direitos na letra da lei implica dissociar estes indivíduos da variedade de suas carências sociais e dos meios de enfrentá-las, restando, portanto, a ilusão de que todos são “senhores de si e de suas ações”. Desta forma, “tornou-se possível construir ideologicamente, como valor positivo e, posteriormente, como norma jurídica e visão hegemônica, a imagem de que todos os indivíduos são igualmente

livres para usar, gozar e dispor de suas capacidades, como atributo natural”. Como efeito desse processo de homogeneização, o momento de formulação dos direitos analisa apenas aquilo que é pertinente para o campo do direito, selecionando as questões sociais consideradas mais importantes e passíveis de intervenção.

Mesmo existindo formalmente direitos na área da saúde é no nível da prática que se constituem de fato tais direitos. Mais que isso, entendemos que a responsabilidade pelos processos de ampliação ou restrição dos direitos ocorre a partir dos diversos processos hermenêuticos realizados pelos profissionais e pelos gestores de saúde. Neste sentido, é possível afirmar que a análise do direito não deve se restringir apenas ao seu conteúdo, mas, sobretudo, deve compreender as diversas formas do direito se materializar. Assim, pode-se questionar o porquê de um direito ser mais “fácil” de se garantir do que outros, e por que alguns direitos estão inscritos na letra da lei enquanto outros não.

A partir desta consideração, é possível fazermos uma primeira distinção importante entre a “forma jurídica do direito”, ou seja, a inscrição normativa do direito na lei, e outro tipo de direito útil na análise das práticas de saúde. O primeiro tipo de direito seria a conformação jurídica de relações sociais já estabelecidas, portanto um direito formal já normatizado. O segundo, ao contrário, deve ser entendido como anseio, ou seja, àquilo a que se deseja, se aspira. Este direito busca questionar a eternização das formas jurídicas. Trata-se aqui da constituição de direito que olha para o futuro, estritamente ligado à política. Diferentemente daquele direito que se volta para o passado para conservar as relações sociais já existentes, supostamente asséptico em termos políticos.

Essa assepsia se apresenta também nas atuações profissionais que se vestem de uma suposta imparcialidade e objetividade (vocabulário típico da burocracia e do direito). No Brasil, esta lógica de atuação tem funcionado muito mais como uma forma de opressão dos sujeitos que necessitam de atenção à saúde do que garantia efetiva de direitos.

Assim, não devemos perder de vista que o direito só existe mediante a atuação do Estado, e se os trabalhadores da saúde são o Estado no momento de atendimento da população, são os próprios

trabalhadores que, buscando uma atuação normativa, transformam o direito em ficção, ao mesmo tempo em que discursivamente buscam sua materialização. Trata-se aqui de uma mediação inibidora da construção e garantia dos Direitos Sociais. O burocratismo muitas vezes apresentado pelos serviços só é rompido pela atuação mais subjetiva dos profissionais, que buscam caminhos alternativos que podem se basear em critérios igualmente subjetivos. Assim, alguns usuários (mais queridos) são prontamente atendidos enquanto outros continuam encontrando no SUS diversas barreiras de atendimento. Este tipo de atuação voltada para alguns indivíduos deve ser rechaçada de toda prestação de serviço no Brasil. A questão que se coloca aqui é de privilégio e não de direito.

Neste sentido, é possível nos apropriarmos do pensamento do Nonet e Selznick (2010, p. 133), quando defendem uma atuação consequencialista, diversa daquela em que os profissionais se escondem atrás das regras e se esquivam de suas responsabilidades. Esta postura “estimula uma visão restritiva da obrigação oficial”. Essa visão induz os profissionais a “se esquivarem de questões políticas específicas, a se esconderem atrás de um véu de neutralidade, e a furtar-se da iniciativa em questões políticas”. Essa postura tende a apresentar as decisões sobre a forma de atendimento e de encaminhamento como simplesmente decisões técnicas. Ao contrário disto, deve-se evidenciar o caráter político das decisões, tal como a busca por alcançar metas e indicadores.

É preciso reforçar o papel dos trabalhadores na condução das políticas de saúde. Cada trabalhador é responsável por suas atitudes e decisões, mas nem todo trabalhador reconhece-se assim. A crítica que Arendt procede à “teoria do dente da engrenagem” tenta desconstruir esta ideia de que os indivíduos nada mais são do que peças substituíveis que mantêm a administração em andamento, de forma que não existem responsabilidades individuais na medida em que qualquer outra pessoa naquele lugar desempenharia a função da mesma forma (2005, p.91). A utilização desta referência aqui tem caráter puramente metafórico, já que a análise desta autora volta-se para a discussão de regimes políticos totalitários. Nossa apropriação reforça apenas o caráter da responsabilidade individual e não do sistema na

condução das decisões políticas. Pensar os trabalhadores como dentes de engrenagens reforça o ideal de uma burocracia sem sujeitos, em que todos os funcionários têm suas tarefas definidas e apenas uma única forma de executá-las. Ao contrário disto, é importante reconhecer que ao mesmo tempo em que as decisões políticas tomadas pelas lideranças têm consequências diretas sobre a população, também as decisões tomadas pelos trabalhadores no momento do contato com a população (ou do não contato) também têm consequências diretas. Assim, é fundamental analisar-se os efeitos dessas decisões sobre a materialização dos direitos ou, ao contrário, sobre a imposição de barreiras à afirmação desses direitos. Nossa apropriação do pensamento de Arendt busca evidenciar as responsabilidades individuais em função do apego estrito às normas ou das tomadas de decisões que proporcionam a garantia e ampliação dos direitos sociais.

O direito como caminho para a mediação

Pode-se afirmar que existem inúmeras experiências desenvolvidas no nível da prática dos serviços que expressam a ampliação da noção de direitos. A pesquisa realizada apresenta aspectos que nos levaram a pensar o direito como elemento de mediação de transformações sociais, a partir da ideia do profissional de saúde como um mediador facilitador.¹ Assim, é fundamental compreendermos os processos de conversão do direito em prática operados pelos profissionais de saúde.

É importante deixar claro que não estamos depositando nos profissionais toda a responsabilidade pela garantia do direito à saúde no Brasil. Certamente outros elementos como recursos financeiros suficientes para infraestrutura e salários são igualmente fundamentais; no entanto deve-se reconhecer que mesmo numa situação de plenos recursos, o trabalho profissional é fundamental para o funcionamento dos serviços. Em muitos casos no cotidiano dos serviços de saúde, o trabalhador tem o poder de definir se um direito será garantido ou não, se será um novo direito, ou se será uma negação ao atendimento de demandas sociais.

¹ Para melhor compreensão desta questão, ver o artigo nesta coletânea intitulado “A mediação social no contexto das áreas programáticas estratégicas em saúde”.

Neste texto, apresentaremos algumas experiências que consideramos serem exemplares na construção de direitos na saúde. Tais experiências têm relação com a superação de estigmas sociais, sejam eles de maior ou menor evidência no cenário público nacional. Neste sentido, o trecho de um dos entrevistados congrega diferentes elementos que buscamos destacar.

Não basta só o profissionalismo, tem que ter junto o ser humano, tem que ter sensibilidade, eu sempre busco desenvolver na equipe a sensibilidade; ser sensível à dor do outro.

A fala apresenta alguns aspectos importantes para discutirmos a condução das políticas no Brasil. Marilena Chauí, ao tratar da sociedade brasileira, evidenciou que diversos traços autoritários na forma de se relacionar no Brasil permanecem atuais. Para ela, o Brasil

[...] é uma sociedade autoritária na qual as diferenças e assimetrias sociais e pessoais são imediatamente transformadas em desigualdades, e estas, em relações de hierarquia, mando e obediência (situação que vai da família ao Estado, atravessa as instituições públicas e privadas, permeia a cultura e as relações interpessoais). Os indivíduos se distribuem imediatamente em superiores e inferiores, ainda que alguém superior numa relação possa tornar-se inferior em outra, dependendo dos códigos de hierarquização que regem as relações sociais e pessoais. Todas as relações tomam a forma de dependência, da tutela, da concessão, da autoridade e do favor. Fazendo da violência simbólica a regra da vida social e cultural. Violência tanto maior porque invisível sob o paternalismo e o clientelismo, considerados naturais e, por vezes, exaltados como qualidades positivas do caráter nacional (Chauí, 1993, p.54 apud Mascaro, 2008, p.93).

Assim, o que medeia as relações sociais, inclusive aquelas no âmbito do Estado, são as diversas violências simbólicas, pautadas em preconceitos, hierarquizações, autoritarismos e clientelismos. Ao contrário disto, as práticas de saúde ao adotarem o referencial do *direito como mediação* constroem a possibilidade de transformação das situações de iniquidade social. O direito passa, assim, de um rigoroso agente subjugador para um referencial de atuação política. Afinal, a atuação no âmbito das práticas em saúde também é uma

ação política, que pode tanto contribuir com a criação de práticas excludentes, quanto criar uma esfera pública inclusiva que se pautar pelo respeito ao outro (ou, nos dizeres da entrevistada, que tenha sensibilidade em relação ao outro).

Neste sentido, a compreensão do direito deve ir além da compreensão de sua legalidade. O direito tal qual concebido hoje, como “técnico”, “neutro” e “apolítico” desempenha importante papel de mediar todo um complexo sistema de exploração e dominação. Nesta compreensão não importa o conteúdo do direito, na medida em que sua produção é fruto de uma técnica neutra, ou seja, o direito postulado seria o melhor resultado da aplicação correta de um conjunto de procedimentos legais. Ao contrário disto, defendemos que não é apenas a legalidade do direito que deve ser buscada, ou seja, não basta a justificativa normativa de sua criação; importa, sobretudo, a legitimidade do direito no cotidiano dos cidadãos.

As práticas de saúde evidenciam aspectos dessa legitimidade do direito que nos levam a reconhecer o valor do humano como referência de atuação política. Ao invés de neutro, esta forma de compreensão do direito deve ser interessada na transformação das iniquidades e das injustiças, reconhecendo o papel político dos atores sociais. Conforme afirmamos, o direito deve ser compreendido como anseio, e não como algo já dado.

O direito como mediação para a justiça

É importante neste momento fazer uma distinção entre direito e justiça. Compreender a justiça como mera aplicação do direito constitui uma leitura fundamentalista. Ao contrário disto, a prática de saúde mediada pelo direito deve buscar promover a justiça. A justiça efetiva é inventada a partir da ação dos profissionais de saúde. Uma determinada política pode visar a justiça, mas a justiça só se materializa na prática. Além disso, como ressalta Sen (2011, p.117), “perguntar como as coisas estão indo e se elas podem ser melhoradas é um elemento constante e imprescindível da busca da justiça”. Esta postura é fundamental e imprescindível na garantia dos direitos; ela parte do reconhecimento das diferenças e especificidades das pessoas.

No livro *A ideia de justiça*, Sen (2011) chama a atenção para a importância da “posicionalidade da observação e do conhecimento”. O autor ilustra seu pensamento a partir da seguinte declaração “*o Sol e a Lua parecem semelhantes em tamanho*” (p.188), o que significa dizer que à distância achamos que coisas completamente diferentes são iguais. No caso da política isso é muito evidente, a distância que se habituou ter entre os formuladores das políticas que visam garantir direitos e seus destinatários é tão grande, que muitas vezes parece que o destinatário era outro. Em sociedades como a nossa, num país de extensão continental com grande diversidade de problemas sociais, as políticas tendem a homogeneizar a população. Isto faz lembrar a famosa máxima de Mark Twain: “quem só tem martelo pensa que tudo é prego”. Buscar a justiça efetiva requer ocupar outros lugares de olhar e construir junto com a população políticas próximas às suas necessidades. Sem eximir de críticas os formuladores de políticas, defendemos que os profissionais de saúde têm grande responsabilidade nessa mudança de perspectiva do olhar, sua proximidade com os cidadãos tem que ser utilizada como garantia de realização de uma boa política.

No artigo intitulado “Democratização e sociabilidade na saúde: uma proposta de investigação científica” (2012), defendemos a necessidade de “analisar de que forma e em que grau os Direitos são garantidos e como os processos de interpretação dos Direitos, mediados por trabalhadores, gestores e cidadãos, auxiliam ou dificultam a materialização destes Direitos”. Um dos locais possíveis de visualizarmos a garantia desses direitos é no “nível do cotidiano das práticas dos serviços de saúde” (Machado; Lacerda; Guizardi, 2012). Assim, este texto dialogará com elementos da prática de saúde de Rio Branco para refletir sobre as possibilidades de garantia de direitos na saúde e da busca por uma justiça sanitária.

Itinerários do direito

Reconhecemos que o atual estágio de desenvolvimento das políticas públicas no Brasil implica a não garantia do conjunto dos direitos sociais para toda a população. Esta premissa tem pautado

a definição de prioridades dos governos. No entanto, grande parte dessas prioridades não é compartilhada pelo conjunto dos sujeitos que seriam destinatários das políticas. Este é um tema que recebe bastante atenção pelos analistas sociais. Amartya Sen ressalta que o sucesso de alguns países, como o Japão, por exemplo, se deve ao fato de ter se buscado “comparativamente mais cedo a expansão em massa da educação e, mais tarde, também dos serviços de saúde, e o fizeram, em muitos casos, *antes* de romper os grilhões da pobreza generalizada” (p.62). Ao contrário disto, destaca o autor, países como o Brasil tiveram grande crescimento econômico, mas não conseguiram resolver problemas estruturais de saúde e educação. Estamos diante de uma questão clara de definição de prioridades! O Brasil optou por crescer economicamente à custa dos direitos sociais. Não se deve esquecer que os últimos governos têm sistematicamente produzido um *superávit* primário, baseado nas contribuições sociais, para pagamento da dívida pública. Apontar para esta questão estrutural é fundamental para compreendermos os limites da garantia dos direitos no Brasil. Se existem experiências positivas, elas se devem a uma mudança de lógica (e de perspectiva de olhar o problema) que prioriza a busca pela justiça.

Tem-se, portanto, uma situação que exige a criação de novas formas de garantia de direitos: tanto no sentido do cidadão que busca arrancar do Estado seus direitos, quanto no sentido inverso, do Estado que busca criar condições de alcançar sujeitos que há muito tempo se encontram à margem dos direitos. Estamos diante de dois itinerários com sentidos opostos, mas que podem se encontrar de forma positiva, criadora. Conforme vimos defendendo, a garantia dos direitos na prática dos serviços ocorre a partir de processos de interpretação desses direitos. Todos interpretam e todos têm expectativas: cidadãos, profissionais e gestores. Há, desta forma, diversos cenários possíveis, e o melhor deles é a sintonia entre as interpretações sobre o direito entre os cidadãos, os profissionais e os gestores.

A referência à ideia de itinerário ganha materialidade quando o compreendemos como um processo de deslocamento, como a criação de caminhos e trajetos que levam de um lugar a outro. Assim, os dois itinerários mencionados dizem respeito aos diversos caminhos

que devem ser percorridos para se alcançar o direito à saúde na perspectiva da integralidade; e aos mecanismos políticos desenvolvidos pelo Estado para proposição de uma política pública de saúde que efetivamente vise à garantia do direito dos cidadãos.

Alguns autores têm demonstrado (Amartya Sen, por exemplo) que o investimento nas áreas dos direitos sociais, como a educação e a saúde, podem gerar uma liberdade substantiva de o indivíduo viver melhor. Essas áreas são importantes não só para a condução da vida privada, mas também para uma participação mais efetiva em atividades econômicas e políticas. Nonet e Selznick (2010) também afirmam a necessidade de um patamar mínimo de igualdade e desenvolvimento social, tais como saúde, e educação universal de qualidade, para que o direito passe a dar respostas efetivas às questões sociais. Grande parte da sociedade brasileira ainda carece de condições para exigir a legalidade dos fundamentos constitucionais presentes na Carta de 1988. O Estado brasileiro tem uma imensa dívida social a ser paga com os setores mais desfavorecidos da sociedade.

Deve-se recorrer ao texto constitucional para enfatizar os princípios da chamada Constituição Cidadã. A Constituição recebeu este apelido porque visava garantir o pleno exercício da cidadania e também uma série de direitos – tais como educação, saúde, previdências, lazer e moradia – que permitiram aos indivíduos exercerem plenamente essa cidadania. No entanto, o Estado brasileiro não vem garantindo essa gama de direitos a seus cidadãos. Certamente tivemos muitos avanços, seria ingênuo e cego negar isso. No entanto, ao mesmo tempo, ainda é possível vislumbrarmos um longo caminho pela frente, que pode ou não ser percorrido. Além disso, devemos olhar para frente sempre com um dos olhos no retrovisor, não abandonando ou esquecendo as lutas e conquistas do passado. Não só do passado recente do Brasil, mas da própria história de construção dos direitos sociais. Se alguns “benefícios” existem hoje, isso se deve ao fato de que os cidadãos se organizaram *politicamente*, e os arrancaram do Estado. Não foram o direito ou o Estado os responsáveis por essas conquistas, mas os próprios sujeitos atuando coletivamente. Fazer hoje uma apologia do direito à saúde sem considerar todo o seu processo de construção é uma postura conservadora.

Assim, colocar a norma como centro do objeto de estudo não é produtivo. A norma gira em torno das relações sociais, e não o contrário. O sujeito de direito é um sujeito construído historicamente na base da luta, da mobilização e da ação coletiva dos trabalhadores. Esse sujeito de direito é a coroação do homem capitalista abstrato, possuidor “natural” de propriedade privada, liberdades e igualdades formais. Entretanto, a maioria esmagadora dos homens reais, concretos e históricos não vive a igualdade e muito menos a liberdade. Devemos reconhecer, amparados no pensamento de Abreu (2008), que a cidadania não é uma entidade naturalmente dada. Ele existe a partir das correlações de força existentes no seio da sociedade. Mais que isso, “a cidadania apreendida a partir de suas condições de existência não pode ser reduzida a uma forma superestrutural de reconhecimento jurídico, moral, simbólico e político da participação do indivíduo na sociedade por meio de práticas reguladas por direitos e deveres instituídos” (Abreu, 2008, p.13). Assim como o direito, a cidadania existe a partir do seu efetivo exercício e, para tanto, são necessárias algumas condições, conforme vimos afirmando.

Sen (2011, p. 99-100) destaca alguns fatores que contribuem para a criação de desigualdades nas sociedades sobre as quais o Estado deve atuar com bastante vigor visando ampliar a possibilidade de participação política e econômica. Dentre eles destacamos três:

- 1) *heterogeneidades pessoais*: “as pessoas apresentam características físicas díspares [...] e isso faz com que suas necessidades difiram”;
- 2) *Diversidades ambientais*: “variações nas condições ambientais [...] podem influenciar o que uma pessoa obtém de determinado nível de renda”;
- 3) *Variações no clima social*: influência das condições sociais como serviços públicos de educação, pela previdência, ausência de crimes e violências.

Esses fatores têm fundamental importância sobre a vivência cidadã, e devem ser o norte das políticas públicas que visem a garantia efetiva do direito no nosso atual estágio de desenvolvimento social. No caso da pesquisa realizada no município de Rio Branco, identificamos elementos que permitem discutir criticamente a questão do direito à saúde, à luz dos fatores acima destacados.

Experiências locais de construção e garantia de direitos

A partir do estudo das experiências realizado no município de Rio Branco, selecionamos para discussão neste momento cinco diferentes situações que expressam possibilidades de construção do direito na saúde. As experiências relatadas apresentam elementos emancipatórios, mas que ainda necessitam de capilarização por toda a rede de saúde. Como vimos defendendo neste texto, existe uma imensa possibilidade de construção dos direitos no nível da prática, mas, de fato, a sustentação dessas experiências e sua ampliação para outros contextos dependem, sobretudo, da atuação política da gestão em saúde. Trata-se, portanto, de um duplo movimento: possibilitar a construção dos direitos no nível da prática e estender/garantir essa possibilidade para o conjunto da população. Não se trata de tarefa fácil; ao contrário, as situações que serão relatadas apresentam muitas barreiras a serem transpostas, mas apresentam também a persistência de profissionais de saúde em rompê-las com um sentido de solidariedade e uma percepção ampliada sobre o direito à saúde.

Situação 1: Grupo social marginalizado

O trecho destacado evidencia uma compreensão do Direito que vai além das expectativas que os próprios serviços têm em relação a seus profissionais. A atuação ressaltada nesta entrevista tira o foco da doença a partir da desconstrução de estereótipos e preconceitos e busca uma atuação voltada para os sujeitos, respeitando suas necessidades específicas. Esta atuação é pautada numa compreensão sobre o papel do trabalhador da saúde como agente público de mediação do Direito, o que permite superar o olhar fragmentado que os serviços têm sobre os sujeitos.

Essa é uma comunidade bem populosa e bem de risco. Então a gente convive com assassinos, com pessoas do bem e pessoas do mal. Aqui na nossa área, nós temos um grupo social marginalizado e também trabalhamos com esse grupo. Tento interagir. Existia muita resistência por parte da equipe, uma vez que pessoas são evangélicas, temos muitos ACS evangélicos. Tem pessoas aqui com bloqueio para atuar com este grupo. Infelizmente a prática médica ainda é o que direciona o tipo de atenção, como os outros colegas que vieram, viam com esse

espírito curativo, o trabalho aqui tinha outra direção. Quando eu soube desse grupo tentei começar a interagir. Hoje a gente interage bem, no sentido de prevenir, de redução de danos. No sentido de ficar a par se alguém está doente. Até porque não existe por parte desta unidade nenhum tipo de censura ao que é feito ali. Ninguém prejudica ninguém. Eu consegui trabalhar isso aqui. Partindo dessa ideia a gente consegue vincular com a comunidade (profissional de saúde).

O relato evidencia também a criação de uma rede social a partir do sistema de dádiva que existe entre os profissionais de saúde e o grupo social marginalizado. Martins (2008, p.124) propõe a compreensão das redes como um “sistema de trocas formado por fluxos incessantes de dons, bens materiais e símbolos que organizam os sistemas sociais e as próprias individualidades”. No caso em destaque, o dom dos profissionais é retribuído com a abertura ao diálogo do grupo em questão. A rede que se cria produz laços profundos a partir do reconhecimento e da solidariedade. Supera, portanto, uma posição mais tradicional de exclusão das minorias já excluídas dos serviços de saúde. A postura apresentada pela equipe do serviço possibilita o compartilhamento “de conhecimentos e a porosidade da equipe de saúde às necessidades e demandas da população, potencializando uma solidariedade entre saberes que, não hierarquizados entre si, podem extrapolar a questão da doença e alcançar a compreensão dos modos de andar a vida locais” (Borges; Abrunhosa; Machado, 2010, p. 176).

Situação 2: (Re)inclusão social

A fala abaixo destacada enfatiza a perspectiva de inclusão dos sujeitos levando em conta suas especificidades. A situação expressa a não atuação do Estado brasileiro na atenção à saúde bucal. Esta não atuação tem repercussões sobre uma questão subjetiva associada a um padrão de comportamento de se mostrar no mundo. Não ter dente para sorrir é um traço marcante da sociedade brasileira, é uma marca do descaso da política pública. Assim, restaurar os dentes e permitir o sorriso é uma experiência de construção de um direito de novo tipo, um direito inclusivo.

Eu fiquei emocionada, olha só, nós fomos num lugar bem distante. Uma menina de 14 anos, ela não ria porque os dentes estavam

estragados, ela botava a mão na boca, e olhando desconfiado, e o dentista, aí o dentista percebeu e restaurou todos os dentes. Tu acredita que essa moça passou o dia todinho rindo? O dia todinho sorrindo.

A leitura desse relato nos remete à atual discussão sobre a questão do reconhecimento social, conforme proposta por Alex Honneth (2003). Para esse autor, existe uma dimensão do reconhecimento que se dá no domínio das relações de solidariedade. Para o autor, “para poderem chegar a uma autorrelação infrangível, os sujeitos humanos precisam, além da experiência da dedicação afetiva e do reconhecimento jurídico, de uma estima social que lhes permita referir-se positivamente a suas propriedades e capacidades concretas (Honneth, 2003, p.198). Neste sentido, seria no interior de uma comunidade de valores que partilha dos mesmos referenciais que os sujeitos podem encontrar sua valorização. De acordo com Caillé (2008, p.152), buscar ser reconhecido

[...] é necessariamente ser reconhecido por outros que não si mesmo. Sermos reconhecidos por outros que frequentamos na esfera da intimidade ou do trabalho e pelo “grande outro”, aquele que encarna a cultura e os valores compartilhados. Isso significa agir para fazer sentido a si mesmo e aos outros, ou pelo menos aos olhos dos outros.

Assim como o reconhecimento se pauta em um conjunto de valores comuns e a busca desse reconhecimento é sempre em função do outro, o relato em destaque chama a atenção para a possibilidade de ser reconhecido socialmente também pelo sorriso, que é um dos valores sociais importantes de qualquer sociedade. A possibilidade de falar abertamente e de sorrir introduz uma marca de valorização das pessoas na inserção social, inclusive no que diz respeito a seu acesso aos serviços de saúde.

Situação 3: Criação de oportunidades – acessibilidade

As falas abaixo apresentam uma dimensão da construção do direito à saúde que diz respeito ao acesso das pessoas aos serviços de saúde. Evidencia-se a percepção de necessidades distintas de acesso relacionadas à região de moradia das pessoas. Trata-se de uma preocupação que tem por base a defesa da equidade em saúde. Amartya Sen (2011)

discute a ideia de “capacidades de acesso” para pensar as possibilidades de acesso e utilização de equipamentos públicos que permitam aos indivíduos diminuir suas diferenças. Assim, caberia ao Estado investir nesses equipamentos. Nos casos em destaque, a Secretaria de Saúde busca levar atendimento às regiões mais afastadas e de mais difícil acesso que sofrem duplamente: pela falta de serviços de saúde e pela dificuldade de locomoção. Neste sentido, o Estado provê serviços levando em conta essa dupla carência da população.

A estratégia de levar serviços variados periodicamente à população que vive no interior da floresta e nas zonas rurais mais afastadas constitui uma forma de ampliação da capacidade de utilização dos serviços de saúde. Associado a isto, os serviços da cidade se organizam para atender prioritariamente àqueles que têm mais dificuldade de acesso, os que “sempre chegam atrasados”.

Então o Centro de Saúde, ele se programa a cada 15 dias de levar uma assistência. E nesse intervalo, se alguém daquela comunidade precisar de uma assistência, ele tem prioridade em receber o atendimento aqui na cidade. Então aí nós garantimos isso e todos os Centros de Saúde, se for da Zona Rural, ele tem prioridade, ele é atendido no mesmo dia.

[...] pela necessidade que se tinha de atingir, de levar os serviços de saúde a essa, à população, que mora em difícil acesso, a população rural ou ribeirinha do município. Porque apesar das dificuldades, financeiras e outras, a Zona Urbana, ela tem acesso aos serviços com mais facilidade; e a população rural, tanto a questão da floresta, como dos rios e ramais se torna de difícil acesso.

[...] esse pessoal, que vem da Zona Rural, eles já têm difícil acesso às unidades, porque eles vêm num horário em que[...] já foram distribuídas as vagas para os médicos, o serviço já finalizou. Eles sempre chegam atrasados nas unidades, e aí, de uma certa forma, eles são excluídos. [...] a gente tentou na atenção básica, facilitar o atendimento desse pessoal, a gente lutou por garantia de vagas no atendimento médico...

O estudo da acessibilidade, tal como apresentado por Fekete, nos ajuda a pensar as questões apresentadas. Para a autora, a acessibilidade estaria relacionada à relação existente entre “as necessidades e aspirações

da população em termos de ‘ações de saúde’, e a oferta de recursos para satisfazê-las” (Fekete, 1997, p.116), definindo acessibilidade “como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde” (Idem, p.116). De acordo com Cohn et al. (1991, p.93), a acessibilidade não deveria ser reduzida ao “acesso pela proximidade”, nem deveria se traduzir na “concepção empobrecida de disponibilidade, pela presença física dos recursos nas áreas onde existem”. Ao contrário disto, para esses autores, a acessibilidade buscada pelos cidadãos que utilizam os serviços de saúde corresponderia a uma

[...] relação funcional formulada entre as “resistências” que são oferecidas pelo próprio serviço – que se exprimem nas dificuldades sentidas pelos usuários para efetivarem o atendimento que buscam – e o poder de utilização que se forma através das experiências, percepções e valores – que se expressam nas razões para o bom atendimento – por parte de quem é atendido e conforma seu perfil de demanda (Cohn et al., 1991, p.93).

Temos defendido que a atenção às demandas da população muitas vezes são limitadas pela própria organização dos serviços de saúde, que

[...] autoimpõe-se uma limitação na capacidade de escuta e utilizam indiferenciadamente o mesmo olhar sobre as distintas demandas, fatores estes fundamentais na determinação das impossibilidades de construção de novos direitos. A noção ampla do direito à saúde vai se “apequenando” dentro dos espaços estatais, se limitando à prestação de serviços específicos (Machado, 2006, p.66).

Além disso, outros fatores da organização dos serviços têm trazido profundas implicações para a população, tais como as diretrizes organizacionais, a busca permanente de alcance de metas, a qualificação dos profissionais, etc. Entendemos que a proposta de levar serviços à comunidade apresenta elementos que visem inverter a relação tradicional entre demanda e oferta, em que o usuário, entendido como consumidor, faz o movimento de demanda numa direção, e os serviços de saúde como prestadores de oferta, em direção oposta. É uma análise dicotômica que desqualifica a demanda, baseando-se na crença de que os pacientes desconhecem aquilo de que realmente

precisam e os meios para a obtenção, cabendo aos profissionais de saúde fazer a tradução técnica em termos de necessidades (Pinheiro; Luz, 1999). Observamos nos relatos que existe a preocupação de que os serviços ofertados estejam dentro das necessidades identificadas pelas próprias comunidades. Esse trabalho é feito previamente à ida da equipe à localidade conjuntamente às lideranças comunitárias, o que evidencia a preocupação e o respeito à realidade e especificidades locais. Segundo o relato de uma entrevistada,

De janeiro a fevereiro é muito alagado, os rios transbordam a mais do esperado, e aí a gente senta, em Fevereiro a gente faz as visitas, com os presidentes das associações, as lideranças comunitárias, discute qual o problema de saúde, o que é que deveria melhorar, mas sempre colocando eles como principal autor da situação. Porque tanta divulgação, como quem vai dizer o que precisa, realmente são eles, que é eles que tão precisando do serviço. A gente passa uma semana planejando junto. Os locais, a gente já tem um mapeamento, geralmente a gente faz nas escolas, porque tem uma estrutura melhor.

Outro aspecto importante que diz respeito à acessibilidade é o respeito à cultura local. No entanto, esse respeito não pode se converter em negligência. Neste sentido, têm-se utilizado duas estratégias para que o PCCU seja feito pelas mulheres destas comunidades mais afastadas. Em primeiro lugar, tem-se feito um trabalho com os maridos, de discussão sobre a importância deste exame. Em segundo lugar, o acolhimento feito no consultório não deve ser apenas à mulher que fará o exame, mas a toda família.

Geralmente é comum levar o clínico geral, porque ele consulta por família, vem o marido, vem a mulher, as cinco crianças, seis crianças, tem família que tem até 12 filhos, entra tudo. Então eles são muito, porque pra ficar na fila, é muito difícil. Então a dinâmica é um pouco diferente da cidade, da cidade a mãe entra com um filho, todo mundo num adoce de uma vez, então mais um motivo que o profissional tenha perfil, pra que possa atender a família, e não só uma pessoa. E o aconselhamento é pra a família. Aí se você percebe, por exemplo, o PCCU é pra mulher, então o marido fica com a mãe, ou com as crianças...

Situação 4: Participação social

Um aspecto presente na fala de vários entrevistados é a percepção de que se deve envolver a comunidade na política a partir dos projetos do governo, ao invés de construir junto com a população ou mesmo a partir das demandas desta. Trata-se de uma postura de construção de políticas não como respostas às necessidades de saúde, mas como indutora de soluções com base na percepção dos profissionais. É necessário, portanto, recolocar em debate a questão do espaço público na saúde. O público envolve a coexistência de visões de mundo, suscita conflitos e impele ao diálogo. Assim, a construção de direitos não deve se referir a direitos iguais para todos, mas, ao contrário, como o exercício pleno e diferenciado dos direitos políticos em função da inserção social e conforme as condições materiais de existência de cada um. Onde há exercício de cidadania, há possibilidade de criação de direitos (Machado et al., 2005). Nessa perspectiva, é preciso atribuir um “novo olhar sobre os direitos [...] deslocando-os de uma perspectiva formalista, não histórica, para assentá-los nas condições reais de existência, particularizados em cada formação social” (Idem, p.52). A identificação pelo serviço de necessidades da população é um aspecto essencial na construção de direitos; chamamos atenção, no entanto, para a necessidade de ir para além disto. Esse permanece sendo o desafio para o setor saúde como um todo e, sobretudo, para as áreas técnicas.

Eu acho o seguinte, que a gestão, ela acha que como nós temos as conferências municipais, saúde tem o relatório da conferência, então as Áreas Técnicas pegam o relatório da conferência, e monta sua programação. Então assim, eu acho que a gestão pensa que a comunidade já está participando como um todo através das conferências e do relatório.

Mas na verdade, a gente, enquanto Área Técnica, a gente escolhe aquilo que a gente considera possível ser realizado, e tal. Nem sempre a gente contempla tudo aquilo que tá lá, né? Então assim, nesse aspecto, a gente não discute mesmo com quem tá lá na ponta.

Porque se você for pensar bem, hoje, as conferências, elas nem sempre elas são representadas, a comunidade tá representada ali.

Hoje a gente sabe que existem alguns mecanismos de camuflagem, né? Nesse sentido. Então assim, a gente não pode contar com isso. Então tem que resgatar mesmo lá da ponta”.

O relato abaixo evidencia uma perspectiva que aponta para a inclusão dos sujeitos em todos os processos da política.

Então em todos os anos para começar a trabalhar nas ações a gente faz uma oficina... as oficinas têm representantes da comunidade, os usuários dos serviços, da gestão estadual, municipal, das regiões... Então a gente fala quais foram os problemas identificados, os usuários também pontuam quais foram as dificuldades... por exemplo, ah, eu tive dificuldade de pegar (*o insumo*) porque só entregaram no dia de sexta e eu não podia ir nesse dia... Então a gente faz aquela chuva de ideias no planejamento do ano subsequente. Então sempre em outubro mais ou menos a gente faz essa oficina e vem pessoas do ministério da saúde também para participar dessa oficina e aí a gente faz o planejamento do ano todo, quando chega outubro novamente a gente vê o que foi cumprido daquelas ações estipuladas, o que não foi alcançado, faz outra oficina e aí já faz o planejamento.

Por outro lado, o relato abaixo vai de encontro ao apresentado anteriormente. Aqui, ao contrário, percebe-se claramente uma perspectiva gerencialista voltada para o alcance de metas definidas pela própria gestão. Além disso, a fala constrói-se em função da aceitação de que a partir ideia dos recursos escassos não é possível a participação da sociedade. Ora, não seria a própria sociedade a mais interessada em aplicar da melhor forma possível os poucos recursos existentes? Ou não seria o caso de se discutir mais profundamente o motivo de haver poucos recursos para a saúde?

A gente sabe o quanto é difícil a participação da sociedade sem um planejamento mais enxuto. Porque o dinheiro é finito, você já tem um monte de metas que são jogadas do Ministério até os municípios, e você não tem pra onde fugir, e de repente você ter que abraçar todas as demandas da população. Porque a gente sabe que são inúmeras, desde aquela que realmente é factível até aquela que é mirabolante. Então são coisas que realmente nesse fechamento, nessa consolidação, é impossível você ter a presença de tantas pessoas, principalmente da sociedade civil, que não conhece muito os mecanismos da saúde,

gerenciais, burocráticos, enfim, e também não tem esse conhecimento de indicadores, de metas que você busca, pra tá discutindo um planejamento com um recurso desse tamanho.

A participação da sociedade civil em Rio Branco ocorre muito em função da Central de Articulação das Entidades de Saúde (Cades); no entanto, para alguns entrevistados não é possível haver autonomia na atuação desta central, pelo fato de ela estar vinculada política, financeira e administrativamente ao governo municipal. Por outro lado, é a Cades que viabiliza a garantia de alguns direitos para a população mais carente, prestando um serviço que o Estado não oferece. Aqui reside o maior dilema em relação à Cades, pois, como vimos defendendo, o Estado deve passar a assumir para si as estratégias de garantia de direitos para a população, este é o papel do Estado. Na medida em que ele terceiriza para outros esta prestação, ele se desobriga de criar serviços permanentes com profissionais qualificados e com vínculos regulares de trabalho. A parceria da SMS com a Cades se justificaria na medida em que o objetivo fosse a criação de condições que tornassem essa parceria desnecessária, alcançando novo patamar de relacionamento com os movimentos sociais.

E nós dependemos da direção da Cades pra agir. E aí, é a nossa política erra. Porque parece assim, que aquelas formas de protesto, de luta, de busca, isso não existe mais tanto. Porque nós, nós nos contentamos em buscar o recurso aqui, e aí nós deixamos de ser o grito, quem sabe, pra a sociedade, no sentido assim, de nos articular, e de... como é que eu vou dizer... ter uma mobilização maior da própria população no sentido dos problemas reais da saúde. Então a Cades é uma coisa boa, mas ao mesmo tempo pode tá abafando o grito maior”.

Merece especial atenção nesta análise o investimento feito pela prefeitura de Rio Branco na infraestrutura do Conselho de saúde. Entendemos que este é o principal espaço de participação política na saúde, mas que historicamente tem tido baixa capacidade de vocalizar as demandas sociais. No que diz respeito à construção social do direito à saúde, a qualificação deste espaço é fundamental para possibilitar a participação política. Os entrevistados, ao resgatarem a história de

construção desse conselho, lembram que no passado o Conselho de Saúde e o secretário de Saúde se confundiam para a população. De acordo com a fala de um conselheiro de saúde, a principal dificuldade do Conselho de Saúde é que ele não foi pensado para incluir a população.

O primeiro impacto é quando você percebe que uma instituição não foi feita pra você. Ela, organizacionalmente, tecnicamente, ela não foi feita pra um presidente que não fosse o Secretário de Saúde. Alguns detalhes básicos, como por exemplo, transporte, telefone, acesso a alguns locais... Até alguns eventos que na cidade sempre eram chamados do presidente do Conselho Municipal e Estadual lá de Saúde, a gente ficou fora de alguns eventos, porque o secretário ia por ser secretário, o pessoal ainda não tinha a total importância do Conselho em si. O secretário Municipal e o Conselho se confundiam pra a sociedade, e não pros secretários, tanto é que ele fez essa luta pra essa transição. Então... o secretário de estado tem transporte 24h. O secretário do estado tem telefone móvel 24h, tem computador, tem notebook, tem essas coisas todas que o presidente lá do Conselho..., ele não tinha nem uma mesa. Tinha mesa para a secretária do Conselho, porque não era uma cultura ter um presidente lá. Outro problema, a prefeitura, ela não paga diárias, pra quem não é do quadro, o Conselho Municipal nunca vai ser do quadro lá da prefeitura. O Secretário era. [...] ninguém tinha pensado nisso, entendeu? [...], o telefone lá que era bloqueado pra algumas ligações pra celular, pra telefone fora... A Internet que era muito precária [...]. Então hoje nós temos uma situação de independência muito melhor.

Situação 5: Superação de diferenças

A fala abaixo talvez seja a mais representativa de criação de direitos, pois congrega tanto os elementos do reconhecimento (Honneth, 2003) voltados para a construção de solidariedade, quanto elementos da formação de redes sociais baseadas nesse sentimento de solidariedade. Ressalta-se, neste sentido, a convergência de diversos grupos tradicionalmente cindidos em função de uma discussão comum que os aproxima. Isso gera a constituição de um espaço público de debates, possibilitando a criação coletiva de formas de atuação que sejam congruentes com as necessidades dessa população.

Nós temos aqui um instituto ecumênico de todas as religiões do Acre, pastores batista, da assembleia de Deus, pastores da presbiteriana, mãe de santo de Umbanda, de candomblé, santo daime, católicos, entendeu? Todo mundo junto... Conseguimos juntar todo mundo. Por quê? Porque o nosso processo, essas amizades que a gente vai fazendo nessas lutas, então assim, eu começo a dizer a pessoa o que ela tem haver com outro amigo que eu tenho. Entendeu? Pegar o pessoal indígena e o pessoal de Candomblé, sentar num canto só e perceber assim, rapaz, o nosso terreno aqui é o mesmo. E pegar junto com esse pessoal e botar o pessoal do Santo Daime, tava lá também. Eu tenho a minha especificidade, mas aqui, o problema é o mesmo, se chegar alguém, passando mal no posto de saúde, porque tomou muito Daime, ou tá mirando e caiu, e se bateu, algumas pessoas não vão querer conversa, aquilo ali é... o cara do Candomblé chegar também assim, porque é do candomblé, tá vestido lá de santo, ninguém que num quer nem pegar, e o indígena já tem o preconceito porque ele é índio. Então quer dizer, o quê que nos separa, então?

O trecho destacado a seguir revela um aspecto interessante que auxilia neste processo: a criação de redes no sentido de articular instituições, buscando salientar que apesar das especificidades de cada religião ou de cada pessoa, os problemas nos serviços de saúde são os mesmos e muitas vezes esbarram no que o entrevistado chama de “preconceito institucional”. A análise desse tipo de constituição de redes sociais necessita que se incorporem elementos que vão além das obrigações legais e da ordem prática. Significa, antes de mais nada, reconhecer o caráter emancipatório da proposta, que auxilia na democratização da vida, desempenhando papel extremamente relevante de mobilização social.

Aí eu fui dar aula no interior daqui. No interior eu também fiz várias amizades, eu as utilizo também. Utilizo da boa forma né, a gente se utiliza, se parceiriza, né? Então eu, a gente consegue, a entidade vem, e dentro dela tá a pessoa da saúde, pessoa da religião, pessoa da capoeira, pessoa do *hip hop*, pessoas evangélicas entendeu? A gente conseguiu levar pastor aqui pra coisa de candomblé, pra sair, né?

A superação dos preconceitos, aspecto levantado também no primeiro caso destacado neste texto, deve ser uma das tarefas prioritárias dos serviços de saúde. O preconceito elimina qualquer possibilidade de construção ou garantia de direitos. Ele cria uma barreira inicial intransponível para os sujeitos de determinados grupos ou com determinadas características. O exemplo citado evidencia a necessidade e a possibilidade de superação de determinadas questões no seio mesmo da sociedade. Tal superação permite que os sujeitos acessem o Estado de outra forma.

Trajetória final: a afirmação do direito

Buscamos, ao longo deste texto, discutir teoricamente sobre as diversas formas de construção de direitos na saúde e apresentar empiricamente experiências positivas de materialização desses direitos. Reconhecemos que embora haja ainda um longo caminho para a superação das principais iniquidades presentes na realidade social brasileira, existem no interior desse amplo e complexo sistema de saúde brasileiro experiências que nos apontam a direção correta. O trabalho de campo realizado no município de Rio Branco nos forneceu elementos que reforçaram a perspectiva teórica de que a afirmação dos direitos na saúde depende não somente da condução centralizada dos gestores, mas sobretudo do aceite, por parte dos profissionais, da empreitada diária no sentido de se responsabilizarem pela busca de interpretações do direito e de construção de alternativas que garantam na prática a existência dos direitos.

Ao mesmo tempo, não podemos ignorar a necessária relação que se estabelece entre as práticas cotidianas e as opções políticas (alocação de recursos, contratação de trabalhadores, formação profissional, etc.) dos gestores em saúde. No meio desta relação, encontram-se também em disputa diversos projetos de sociedade (e de sistema de saúde) que podem partir ou não das demandas sociais. O que se deve reforçar é a necessidade de inserção dos sujeitos na proposição das políticas e definição de prioridades. Poder-se-ia dizer que para isto já deveríamos ter atingido certo grau de desenvolvimento educacional e de saúde. No entanto, não devemos almejar este desenvolvimento para incluir

a população, é necessária a coexistência de processos simultâneos. As experiências relatadas nos dão pistas de como isto é possível. Restamos o desafio de aceitar esta empreitada e avançar num sistema de saúde que seja efetivamente democrático, que garanta os velhos e os novos direitos em saúde, que avance na afirmação dos novos direitos a partir da garantia dos direitos já existentes.

Referências

- ABREU, H. *Para além dos direitos: cidadania e hegemonia no mundo moderno*. Rio de Janeiro: EdUFRJ, 2008.
- ARENDT, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. 352p.
- BORGES, C.F.; ABRUNHOSA, M.A.; MACHADO, F.R.S. Cuidado, Acessibilidade e Integralidade: elementos fundamentais para pensar a saúde e o trabalho do ACS. *Estudos de Politécnica*, v.4, p.167-190, 2009.
- CAILLÉ, A. Reconhecimento e sociologia. *Revista Brasileira de Ciência Sociais*, n.23, v.66, p.151-163, 2008.
- COHN, A. et al. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1991.
- FEKETE, M.C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J.P. de (Org.). *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: OPAS, 1997, p. 114-120.
- HONNETH, A. *A luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Editora 34; 2003.
- MACHADO, F.R.S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In: PINHEIRO, R.; MATTTOS, R.A. (Orgs). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e espaços públicos e participação*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005, p. 47-64.
- MACHADO, F.R.S. *Direito à saúde, integralidade e participação: um estudo sobre as relações entre Sociedade e Ministério Público na experiência de Porto Alegre*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- MACHADO, F.R.S.; LACERDA, A.; GUIZARDI, F.L. Democratização e sociabilidade na saúde: uma proposta de investigação científica. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). *Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2012, p.89-110.
- MARTINS, P.H. Usuários, redes de mediadores e ações públicas híbridas na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTTOS, R.A. (Orgs.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p.115-142.

MASCARO, A.L.B. *Crítica da legalidade e do direito brasileiro*. São Paulo: Quartier Latin do Brasil, 2008.

NONET, P.; SELZNICK, P. *Direito e Sociedade: a transição ao sistema jurídico responsivo*. Rio de Janeiro: Revan, 2010.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Modelos ideais & práticas eficazes: o desencontro entre gestores e clientela nos serviços de saúde. *Estudos em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.191, p.1-32, 1999.

SEN, A. *A ideia de justiça*. São Paulo: Cia das Letras, 2011.

O trabalho como mediação na constituição de redes no cenário das áreas programáticas em saúde do município de Rio Branco

ALDA LACERDA
FRANCINI LUBE GUIZARDI
FELIPE RANGEL DE SOUZA MACHADO

Introdução

A atenção à saúde organizada na lógica das áreas programáticas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, busca garantir a atenção integral a populações estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS), com ações voltadas para a saúde da criança e do aleitamento materno; saúde do adolescente e do jovem; saúde da mulher; saúde do homem; saúde do idoso; saúde mental, álcool e outras drogas; saúde da pessoa com deficiência; saúde no sistema penitenciário, entre outras. Se por um lado o objetivo é ampliar o acesso à população mais vulnerável, com ações que devem perpassar a atenção básica, a média e a alta complexidade, por outro, essa forma de organização da atenção pode contribuir para um trabalho pouco articulado, com a fragmentação das práticas de cuidado em saúde.

Para avançarmos na sinergia das ações, as diversas áreas técnicas de programação em saúde devem buscar a construção de estratégias conjuntas que priorizem os sujeitos e seus modos de adoecimento e sofrimento, além de legitimar as necessidades dos diversos grupos populacionais. Tais estratégias apontam para a importância de se fomentar o trabalho em equipe na lógica da rede, com a participação de gestores, profissionais de saúde e usuários na garantia do direito à saúde e da produção do cuidado integral. Em outras palavras, a organização do trabalho em equipe pautada na integralidade da atenção e do cuidado deve ser o eixo norteador das ações dos trabalhadores que

estão em contato direto com os usuários, mas também dos gestores no SUS que têm o desafio de inovar os mecanismos institucionais de planejamento e gestão das áreas programáticas.

A organização do processo de trabalho, com suas múltiplas configurações, nos remete à clássica discussão entre trabalho simples e trabalho complexo (Lima et al., 2009). De fato, sob o ponto de vista teórico, muitos concordam que as ações em saúde na produção do cuidado individual e coletivo implicam um trabalho complexo operado em equipe, mas a prática dos trabalhadores no SUS muitas vezes se distancia dessa concepção teórica e reforça a divisão social e técnica do trabalho.

É preciso compreender e problematizar o trabalho em equipe como um trabalho coletivo e dinâmico, o qual deve se traduzir “como uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos” (Fortuna et al., 2005, p. 264). A constituição das redes no trabalho pode ser favorecida ou impedida por meio de mediações¹ que facilitam ou inibem esse processo (Lacerda, 2010; Pinheiro; Martins, 2011), e é nessa perspectiva que sugerimos que o cotidiano do trabalho, ao retratar as múltiplas experiências vivenciadas pelos gestores, trabalhadores e usuários, pode dar visibilidade às mediações que se processam na construção, reconstrução e rompimento das redes sociais.

Tendo em vista a importância da integração das áreas programáticas e do trabalho em rede com vistas a fortalecer a integralidade do cuidado na efetivação do direito à saúde, partimos do pressuposto de que o trabalho em saúde como mediação na constituição de redes sociais pode ser um dos elementos transversais que permite a articulação entre as diferentes áreas estratégicas de programação em saúde. O objetivo deste texto é analisar, no cenário das áreas programáticas estratégicas, o potencial do trabalho em saúde para atuar como mediação na constituição de redes sociais.

¹ Conforme sinalizado no artigo “A mediação social no contexto das áreas programáticas estratégicas em saúde”, desta coletânea, a mediação é uma categoria sociológica importante para a construção de redes sociais e redes de apoio social no contexto da saúde coletiva.

Trabalho em equipe na produção do cuidado em saúde: a atuação em rede

O trabalho em saúde na produção do cuidado individual e coletivo se processa no encontro entre trabalhadores e usuários, sendo regulado, entre outros aspectos, por dispositivos objetivos e subjetivos, pelas normatizações instituídas e pela dinâmica relacional. É preciso considerar no planejamento e avaliação dos processos de trabalho que há uma diferença entre as tarefas que os trabalhadores devem cumprir – tarefas estas prescritas pelas regulamentações, protocolos, legislações – e as atividades que de fato se concretizam. Isso significa que existe sempre, em qualquer situação laboral, uma defasagem entre o trabalho prescrito e o trabalho real (Schwartz, 2007).

A distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real aponta para a imprevisibilidade presente no cotidiano das práticas e das ações dos sujeitos, haja vista que nem tudo pode ser previsível e controlado pelos gestores e trabalhadores e pelas normas vigentes. Não obstante essa defasagem evidenciada nas situações reais de trabalho, toda a atividade necessita do prescrito para sua execução. É nessa perspectiva que Brito (2006) aponta que o prescrito e o real constituem a dupla face do trabalho e não devem ser vistos como polaridades, mas sim como complementares.

A relação dialética entre trabalho prescrito e trabalho real, analisada em diferentes contextos na saúde coletiva (Telles; Álvares, 2004; Lacerda, 2010), merece também ser abordada na reorganização do processo de trabalho e na articulação das ações no contexto das áreas programáticas. É fundamental que gestores e técnicos da saúde, na organização e planejamento das ações – ou seja, em suas prescrições –, superem a dicotomia entre trabalho simples e trabalho complexo, haja vista que todos os envolvidos no ato de cuidar devem ter como centralidade o usuário e os múltiplos determinantes e condicionantes do processo de adoecimento e sofrimento.

A complexidade do agir em saúde aponta para a importância do trabalho em equipe, tal como preconizado na atenção primária com a composição da equipe multiprofissional (Brasil, 2011) e a implementação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na

Estratégia Saúde da Família (ESF). A equipe, no entanto, não pode ser concebida como mero agrupamento, mas como um grupo de trabalho que favoreça a interação social, a comunicação, a troca e o fortalecimento dos vínculos entre os atores.

Tendo em vista as diversas modalidades que pode assumir o trabalho em equipe, Peduzzi (2001) propõe uma tipologia que nomeia de “equipe agrupamento” e de “equipe integração”. Na “equipe agrupamento”, sinaliza a autora, os trabalhadores estão juntos, mas cada um realiza seu trabalho de forma independente, enquanto que na “equipe integração” o trabalho é compartilhado, com a interação dos trabalhadores e troca de saberes. Essa segunda modalidade de equipe se pauta na integralidade em saúde e amplia a oferta do cuidado.

A mudança da condição de agrupamento para a condição de grupo se dá pela transformação dos “interesses comuns” para “interesses em comum” (Zimmerman et al., 1997), o que, a nosso ver, implica sair do interesse regido pela ação utilitária para o interesse pautado em ações de partilha, alianças e solidariedade. Ao se conceber o trabalho na dimensão utilitarista dos bens e serviços, muitas vezes fomentado por metas e avaliações de produtividade, a saúde passa a ser regida pela lógica mercantil e tratada como mercadoria. Em contrapartida, o trabalho em equipe movido por “interesses em comum”, cujo foco é o usuário, abre espaço para acolher a diversidade, a pluralidade, o respeito pelas diferenças.

O trabalho em equipe grupal, atuando como equipe integração, se abre para um trabalho em rede que minimiza a hierarquia presente nas relações institucionais e fortalece a cooperação no trabalho. Por meio das redes sociais se processam as trocas, com a circulação de bens simbólicos e materiais, denominados de dons ou dádivas (Mauss, 1985), impulsionando os sujeitos a transitarem entre as posições de doadores e donatários. A configuração em rede traz a dimensão da complexidade das práticas de saúde e permite superar a divisão social e técnica do trabalho, haja vista que os gestores, trabalhadores e usuários precisam ter clareza de suas atribuições e devem pactuar suas ações para alcançar os “interesses em comum” na produção do cuidado individual e coletivo.

A atuação da equipe em rede voltada para a integração e cooperação fomenta a articulação das ações dos trabalhadores e se torna porosa à constituição de outras redes sociais, redes estas que se constroem, se reconstróem e se interconectam por meio das ações de cuidado em saúde. A constituição dessas redes no cotidiano de trabalho é favorecida por meio do estabelecimento de vínculos de confiança e do reconhecimento social entre usuários, profissionais da saúde e gestores, entendendo a confiança e o reconhecimento como um dom ou dádiva que circula nas interações sociais (Martins, 2009; Lacerda, 2010). O reconhecimento se produz na dinâmica relacional do encontro entre sujeitos e coletivos através da legitimação do outro e de si próprio como sujeitos de valor (Honneth, 2003), favorecendo assim processos de inclusão social e construção de cidadania.

Entendemos que a integração da equipe nas áreas programáticas em saúde tem o potencial de ser um dispositivo de mediação na constituição de redes, de modo que o conjunto de ações na produção do cuidado seja bem maior que a soma das ações individuais dos trabalhadores. Para tecer essa discussão, vamos nos fundamentar na pesquisa de campo realizada no município de Rio Branco, Acre, no período de 2011 a 2012. O material empírico foi obtido por meio da observação participante, entrevistas e grupos focais com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde, com gerentes das áreas técnicas, profissionais da rede de atenção do município e usuários representantes dos movimentos sociais que atuam na Saúde, tendo como base as experiências vivenciadas pelos sujeitos no seu cotidiano.

A análise do material traz três dimensões do trabalho na mediação das redes, a saber: a parceria, o reconhecimento social e o caráter formativo da mediação. Utilizaremos nas falas dos sujeitos quatro nomenclaturas para indicar o lugar ocupado pelos atores: “gestor”, para os que atuam na gestão da secretaria; “AT”, para se referir aos gestores das áreas técnicas, também denominados de gerentes ou supervisores; “trabalhador” para os profissionais da rede de atenção; e “movimento social”, para os usuários que representam os movimentos sociais que atuam na Saúde.

O trabalho prescrito e o trabalho real das áreas técnicas: as parcerias na constituição das redes sociais

O Departamento de Assistência à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (SEMSA) coordena e assessora 13 Áreas Técnicas de Saúde, a saber: Saúde da mulher, criança e adolescente; Saúde mental; Saúde do idoso; Saúde do homem; Saúde do trabalhador; Saúde na Comunidade; Hanseníase; Hipertensão e Diabetes; Controle de tabagismo; Leishmaniose; DST/Aids; Controle da tuberculose; Núcleo de educação e saúde. Essas áreas técnicas costumam ter apenas um profissional e são responsáveis pelos programas de saúde executados na rede municipal.

Para a execução das ações de saúde na perspectiva de um trabalho em equipe que opere em rede, é preciso ter clareza do trabalho prescrito e do trabalho real, ou seja, das atribuições dos trabalhadores e gestores e das possibilidades e limites de atuação. O trabalho prescrito dos gerentes das áreas programáticas pode ser acessado em diversos documentos, entre os quais o relatório anual de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, que faz o balanço das atividades de planejamento e avaliação da gestão da saúde no SUS (SEMSA, 2011), apresentando os objetivos, estratégia e metas alcançadas no período.

Apesar da prescrição presente nos documentos, faz-se também necessário compreender as percepções dos trabalhadores sobre suas atribuições na gestão. Uma das gerentes entrevistadas se refere a três eixos norteadores do seu trabalho e que estão diretamente relacionados à organização da rede de serviços de saúde do município de Rio Branco. O primeiro trata da implantação de novas unidades de saúde, da oferta de novos serviços, assim como do monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas:

[...] É a primeira coisa que a gente tem que fazer é ver como é que tá organizado o serviço na rede e tentar melhorar os fluxos de atendimento, pra que as coisas possam realmente acontecer (AT).

O segundo diz respeito à referência e contrarreferência, a qual tem se apresentado como um dos entraves à integridade à saúde no SUS nos diferentes níveis de atenção do sistema. Cabe ressaltar que o município de Rio Branco tem a particularidade de prestar

atendimento à atenção primária, com o fortalecimento da ESF, sendo responsável pela gestão dos Centros de Saúde, das Unidades de Saúde da Família e das Unidades de Referência da Atenção Primária (URAP).² Os atendimentos de urgência e emergência e da média e alta complexidade ficam sob responsabilidade do estado:

O outro eixo é a organização da referência e contrarreferência. Porque assim, pelo processo de municipalização, o município, ele tem autonomia pra cuidar dos casos que requer, que tenham menos complexidade de um atendimento. [...] Por vezes, esse mesmo paciente, ele requer cuidados de média e alta complexidade, e aí quem tem responsabilidade por essas ações, é o Estado. E aí, um dos papéis da área técnica, é tá fazendo esse *link* do referenciamento e do contrarreferenciamento, tentando organizar (AT).

A fala de um dos entrevistadas traz outro olhar sobre a discussão, sugerindo que os gestores, ao invés de se preocuparem com a contrarreferência, deveriam focar na referência e na qualidade do atendimento que gera credibilidade ao serviço.

Se você ensina, a pessoa volta. O que é que te faz voltar é a credibilidade. Se você foi bem aceito, se foi um atendimento humanizado, qualificado. [...] Então eu digo, se a referência funcionar, a contrarreferência é automática. Se funcionar o serviço, a referência funcionando de fato, a contrarreferência é automática. É um resultado disso. Não precisa ninguém pedir, vou voltar lá [no profissional ou no serviço que fez o encaminhamento] (gestor).

Para garantir que a referência seja efetiva, o gestor sinaliza a necessidade de outras tecnologias, como o prontuário eletrônico. Esse instrumento permite que o profissional que fez o encaminhamento tenha o retorno que necessita para dar continuidade às ações do cuidado em saúde.

A gente tem que caminhar pro prontuário informatizado. Isso é investir na referência. A referência não é só isso. É o pessoal entender, é funcionar o sistema. [...] isso da referência é um processo

² A URAP conta com os serviços de clínica geral, pediatria, ginecologia-obstetrícia, odontologia, vacina, farmácia e serviços de enfermagem.

muito... não é só indispensável, não é só falar, ir e voltar não. Tem [que ter] os instrumentos, a estrutura necessária pra poder dar credibilidade (gestor).

O terceiro eixo do trabalho das áreas técnicas é a ampliação da oferta de atenção à população urbana e rural, propiciando o atendimento às áreas de difícil acesso.

Além da gente organizar o serviço na rede municipal, na zona urbana, nós também temos como atribuição, a oferta do atendimento às comunidades de difícil acesso [...] como é o caso da área rural e ribeirinha (AT).

Outra atribuição nas prescrições e presente no trabalho real é a capacitação dos profissionais da rede. Em alguns relatos dos trabalhadores, o modo como a capacitação é organizada evidencia a dificuldade de articulação das ações das áreas técnicas e tem sido motivo de crítica:

O problema é esse aí, o problema é ter coordenação para tudo. [...] Às vezes chegam na nossa Unidade 3 atividades diferentes, dentro de um mesmo período. [...] Sabe por quê? Porque se eles se coordenassem entre si, eles não mandariam 3 cronogramas pra 3 atividades distintas, no mesmo período. Então se eles não se interagirem, eu acho que... dispersaram demais. Será que não poderiam juntar 2 ou 3 coisas? (trabalhador).

A falta de integração das áreas programáticas compromete seu desempenho e impacta no cotidiano dos trabalhadores. O depoimento acima reafirma algumas reconfigurações que podem ser feitas no trabalho prescrito, com a articulação das ações, para que o trabalho real seja de fato mais efetivo.

As áreas técnicas têm atuações que são específicas de determinados programas, mas compartilham de um núcleo comum que tem o usuário como foco do cuidado. Não se trata de desconsiderar que os sujeitos são portadores de doenças e que necessitam de tratamentos específicos, mas sim de deslocar o foco da objetividade da doença para a centralidade nos usuários e seus modos de adoecimento e

sofrimento, na perspectiva de construir ações articuladas. Em vez de cada área técnica atuar isoladamente na organização de seus programas de saúde, é importante estabelecer um trabalho em equipe, com parcerias com os trabalhadores, gestores e movimentos sociais, de modo que a atribuição de organizar a rede assistencial seja uma tarefa coletiva e não uma atribuição individual.

O trabalho em equipe, com a inclusão de diversos atores, permite as trocas e as parcerias, tal como relatado por trabalhadores nos grupos focais:

A gente tem grupo, no caso lá, a gente tá implantando um grupo de atividade de educação física pros idosos. [...]. A gente pede [ajuda] a enfermeira e a gente tem um profissional de educação física também, a gente trabalha em parcerias (trabalhador).

Então os idosos que moram só, tem que ir lá. Eu trabalho em parceria com uma colega, então se acontecer algum eventualidade, hoje eu vim pra cá, ela deu uma passadinha naqueles que moram só para mim” (trabalhador).

É por meio do trabalho compartilhado, com a interação dos trabalhadores, que a equipe vai se fortalecendo, (re)construindo parcerias e atuando como uma equipe-integração (Peduzzi, 2001). É importante as parcerias se estenderem para outros setores, com constituição de redes no trabalho que ampliam a garantia da saúde como direito.

Também sou do Conselho. Então... isso é uma coisa recente, foi implantado agora no final do ano, o Conselho Popular de Saúde. Então assim, eu gosto do que faço, principalmente porque a gente também, e no meu caso, eu tenho uma parceria com a delegacia da mulher e outros meios pra conseguir fazer valer os direitos da comunidade” (trabalhador).

A equipe de trabalhadores de saúde, ao atuar de forma mais integrada, seja na ESF, na URAP ou no Centro de Saúde, fortalece as ações das áreas técnicas e o alcance de suas metas. A integração, no entanto, também tem que se dar no interior das áreas técnicas, tanto no planejamento conjunto de suas atribuições como na execução das tarefas.

Evidenciamos no trabalho de campo que algumas áreas técnicas que não têm a centralidade na doença são mais permeáveis ao trabalho conjunto e à construção de parcerias, o que é importante na constituição das redes. A articulação das ações das áreas técnicas e a atuação coletiva potencializam o trabalho de todos, inclusive dos movimentos sociais que atuam na Saúde.

Eu acho que agora é que tá começando a melhorar, elas [as áreas técnicas] trabalhavam muito solto, tava tudo muito separadinho. Cada um fazendo, às vezes repetindo até ações, que antes, né... podia tá todo mundo junto, fazendo a mesma coisa, ou somando (movimento social).

Desse modo, o trabalho das áreas técnicas vai se revelando poroso à entrada dos movimentos sociais e ao estabelecimento de novas parcerias:

A gente tem uma parceria muito sólida com a coordenação municipal de Rio Branco, e agora iniciando com [algumas áreas técnicas]. [...] A coordenadora foi sensibilizada, fez a capacitação (movimento social).

Outra usuária, representante do movimento social, reafirma a importância das ações conjuntas e integradas das áreas técnicas e sua articulação com outros atores, e refere:

Quando você começa a fazer ação conjunta, que você vê qual é a intenção real daquilo ali, e num é interesse meu nem seu, é nosso. E eu acho que aí a gente começa a quebrar essas barreiras (movimento social).

Nessa linha de raciocínio, a lógica do trabalho grupal em equipe traz subsídios para o processo colaborativo e a otimização das ações. A equipe em saúde, ao operar na lógica do “interesse em comum” (Zimmerman, 2007), favorece que as ações sejam compartilhadas e que o trabalho se configure como mediação das redes sociais no cenário das áreas programáticas.

O Dom-reconhecimento na mediação das redes sociais

Uma dimensão fundamental no trabalho como mediação de redes é o tema do reconhecimento social (Honneth, 2003). O autor aponta que o reconhecimento traz a dimensão relacional, pois se

processa na interação entre sujeitos e nas lutas coletivas contra o desprezo, a discriminação, a falta de respeito, a violência material e simbólica, e pode estar presente na esfera do amor, do direito e da solidariedade, fortalecendo, respectivamente, a autoconfiança, o autorrespeito e autoestima social.

Nas entrevistas e grupo focal com os trabalhadores, eles relatam a dimensão do reconhecimento no plano do amor ou afetividade em suas interações com os usuários:

[É importante o] compromisso profissional, ou seja, mais na taxa de amor ao próximo mesmo. Querer fazer o bem pra receber o bem. (trabalhador).

É o compromisso do profissional. É a questão de fazer porque eu gosto de fazer, e não porque eu sou obrigada a fazer (trabalhador).

Evidenciar a dimensão do reconhecimento no plano afetivo é importante no contexto da saúde, haja vista que a dimensão do afeto entre trabalhadores, gestores e usuários tende a ser negligenciada. Caillé (2008) adverte para o fato de que, nos debates atuais, a discussão do reconhecimento tende a desconsiderar a esfera do amor, do que ele denomina “socialidade primária”, e se centrar na esfera jurídico-política do direito a todos serem igualmente reconhecidos por meio do respeito.

As falas acima apontam para a circulação da dádiva quando um dos trabalhadores remete ao “fazer o bem para receber o bem”, o que significa oferecer um dom para permitir que o contra-dom circule. Do mesmo modo, o outro trabalhador, ao relatar que faz porque gosta e não pela obrigação, traz à tona a relação intrincada entre liberdade e obrigatoriedade presente na dádiva e o prazer da doação na relação com os usuários. O reconhecimento social enquanto um dom ou dádiva que circula nas relações fortalece os vínculos e fomenta as redes. Se por um lado, reconhecer e legitimar o outro como sujeito de valor favorece a constituição de redes sociais, por outro essas redes também podem ser promotoras de reconhecimento social (Lacerda, 2010).

Assim como os trabalhadores reconhecem os usuários, eles também se sentem reconhecidos e vão se reconhecendo a partir das interações sociais. A fala a seguir traz a dimensão simbólica do reconhecimento

por parte dos usuários e gestores e reafirma a importância da confiança para instaurar o sistema de dádiva:

Porque todo mundo conhece a gente [usuários] e tem confiança na gente. E a Secretaria de Saúde engrandece muito a gente, “ah, vocês são da ponta, vocês são isso, são aquilo...” (trabalhador).

O envolvimento e comprometimento com o trabalho permitem atribuir um valor ao trabalhador, enquanto a descontinuidade das ações e a falta de monitoramento podem ter efeito contrário, que gera crítica por parte dos profissionais:

[...] A área técnica [deve] se envolver no trabalho. Porque muitas vezes eles [área técnica] chegam na Unidade, “vamos montar o Grupo”. Tudo bem, eles capacitam a gente, faz aquele cursinho, mas aí não voltam mais (trabalhador).

Também é possível evidenciar o reconhecimento dos usuários na esfera do direito se processando por meio das redes sociais. Nas redes circulam bens tangíveis e intangíveis, entre os quais as informações e a comunicação importantes na garantia dos processos de democratização da saúde como direito dos cidadãos. Segundo o relato de uma usuária representante do movimento social, os sujeitos inseridos nas redes sociais são informados sobre o acesso aos serviços e cuidado nas unidades de saúde:

Eles [usuários] têm uma rede social muito intensa; e eles vão compartilhando: “olha, aquela Unidade de Saúde não vai, porque você vai ser mal atendido” (movimento social).

Outra usuária verbalizou no grupo focal com os movimentos sociais o desejo de reconhecimento social por parte das áreas técnicas, e apontou para o trabalho em parceria:

Eu acho que a visão diferenciada que cada uma dessas pessoas que tão aqui presentes. [...]. Ela sabe a dificuldade da questão dos medicamentos, sabe a dificuldade de acesso à Unidade de Saúde, sabe a dificuldade da integração na sociedade, da aceitação da sociedade. [...] Então se eles [áreas técnicas] fizessem esse planejamento estratégico, com as entidades, chamassem pra perto

delas, essas pessoas, [...] eu tenho certeza que eles [áreas técnicas] iam se identificar mais, ter mais uma experiência a mais pra eles viverem e colocar em prática” (movimento social).

A dimensão do reconhecimento social precisa, portanto, ser explorada no contexto das áreas programáticas. O reconhecimento deve se processar entre os gestores das áreas técnicas, para que de fato se configurem como uma equipe em saúde e promovam ações compartilhadas, sendo mediadores de redes. Além disso, é fundamental repensar o reconhecimento no cotidiano de trabalho das áreas técnicas em suas interações com os usuários, os profissionais de saúde e outros parceiros.

Caráter formativo da mediação de redes

A outra categoria de análise do trabalho como mediação na constituição de redes sociais é seu caráter formativo. A mediação tem uma dimensão complexa que não deve ser naturalizada, e os gerentes das áreas técnicas deveriam ser qualificados para atuar como mediadores de rede, fortalecendo a integração das ações e o trabalho em equipe. Ademais, a formação dos trabalhadores e usuários para serem mediadores de redes na saúde deveria ser uma das atividades desenvolvidas pela equipe das áreas técnicas, reconfigurando assim o trabalho prescrito, que prevê a capacitação dos profissionais.

Os trabalhadores relatam que a formação conjunta dos diversos profissionais que atuam na atenção básica, seja na ESF, na URAP ou no Centro de Saúde, favorece a integração no trabalho:

Eu fiz mesmo um treinamento... Quando eu entrei, eu achei muito bom, foi o médico, o enfermeiro, o técnico, toda a equipe... Todo mundo junto... (trabalhador).

A formação dos trabalhadores deve envolver saberes e práticas que perpassem todas as áreas programáticas em saúde. Um dos trabalhadores refere que a “a vigilância abrange todos os programas que tem na unidade de saúde” (trabalhador), mas conforme sinaliza uma das gerentes da área técnica, quando o trabalho se expande para as áreas rurais e outras áreas de difícil acesso, além da vigilância, é

importante qualificar os trabalhadores e outros parceiros nas ações de educação em saúde. A qualidade da formação é importante, pois os parceiros serão os multiplicadores:

A gente conversa mais, a gente pede parceria dos professores também, nas reuniões dos pais pra tá falando também sobre os agravos, é tanto que eu lhe falei, nós tivemos uma capacitação com os professores, porque eles vão ser os nossos multiplicadores em informação e combate de algumas doenças (AT).

A capacitação não deve ser uma atividade pontual, conforme criticado em falas anteriores, mas um processo contínuo de formação que qualifique os sujeitos em suas áreas de atuação e fomente a produção do cuidado. As áreas técnicas têm que atuar de modo articulado para fazerem o acompanhamento e avaliação dos processos de aprendizado, garantindo que os sujeitos se tornem mediadores no trabalho em saúde:

[...] Fazer o monitoramento dessas pessoas capacitadas, porque também não adianta fazer uma capacitação. Aí por exemplo, vocês são convidadas, o trabalho de vocês libera, vocês vão lá, só assina o ponto, nem assiste aquela capacitação, volta pro trabalho do mesmo jeito, aí eu acho que tem que ter um monitoramento (movimento social).

Outros representantes dos usuários concordam com a necessidade de acompanhar os processos formativos e reafirmam a importância de os sujeitos repassarem o aprendizado recebido no treinamento ou na formação, propiciando a troca de informações e conhecimentos com os demais trabalhadores, e até mesmo a circulação da dívida das palavras, como nos lembra Caillé (2002). Nessa perspectiva, a qualificação pode contribuir para formar mediadores nas redes de comunicação e informação em saúde:

[...] Pegando esse gancho aí da capacitação, a dificuldade que as pessoas têm em repassar o que foi capacitado. Então quando a gente é capacitado, a gente automaticamente vira multiplicador, mas só que algumas pessoas não multiplicam nada. Pega o recurso [...] quando volta não passa nada pra ninguém. Então isso aí é uma outra coisa que também tem que ser revisto (movimento social).

A parceria dos movimentos sociais com as áreas técnicas, no que se refere à formação, vem crescendo e pode fortalecer o trabalho em equipe, conforme assinalado nas falas a seguir:

A gente faz em conjunto. A coordenação [da área técnica], ela sempre tá em conjunto com a gente na capacitação. “A gente consegue fazer também [a capacitação], já com outras instituições, através da coordenação [da área técnica]. [...] A gente consegue, capacitar as Unidades de Saúde que são escolhidas pra serem referência para o atendimento dessas populações (movimento social).

O trabalho em equipe das diferentes áreas técnicas – com uma programação conjunta do planejamento, execução e avaliação da qualificação dos trabalhadores – pode ser um dispositivo importante para integrar as ações programáticas e desenvolver um processo formativo que minimize as capacitações pontuais. A formação precisa abordar as especificidades das doenças e dos programas estratégicos, mas também garantir a centralidade nos sujeitos e as dimensões subjetivas e objetivas do adoecimento e sofrimento humano. A perspectiva de se valorizar o caráter formativo da mediação fortalece o trabalho em rede na equipe de saúde. Cabe também ressaltar que a qualificação das áreas técnicas, dos trabalhadores, gestores e usuários revela uma dimensão do reconhecimento social na esfera do direito e legitima a complexidade do trabalho em saúde na produção do cuidado integral.

Considerações finais

A perspectiva de articulação das áreas técnicas do município de Rio Branco foi abordada ao longo deste texto tendo como fundamento o trabalho como mediação na constituição de redes sociais. Algumas estratégias de integração das ações no cenário das áreas programáticas foram apontadas, porém outros desafios nesse processo merecem ser destacados.

O primeiro se refere ao trabalho nas URAPs. É importante que as áreas técnicas promovam a articulação entre os diversos programas nessas unidades e favoreçam a integração das ações de saúde dos trabalhadores. Para tanto, é fundamental qualificar os trabalhadores para que tenham uma compreensão dos diversos programas existentes

e para que sejam capazes de atuar na produção do cuidado individual e coletivo. Ainda nessa unidade, outro desafio é a maior articulação desses serviços com a ESF, de modo a assegurar que os usuários atendidos na URAP retornem a sua equipe de referência.

O segundo desafio é melhorar o fluxo de informações das áreas técnicas com os movimentos sociais. É preciso rever o modo de transmissão das informações e discutir formas mais dinâmicas de circulação das informações produzidas, tanto na direção das áreas técnicas para os movimentos sociais como na direção inversa.

O terceiro desafio é a gestão conjunta com a comunidade, que envolve o processo de mobilização e participação dos usuários, e não apenas dos representantes dos movimentos sociais. Esse desafio impõe um trabalho em rede, com fomento de parcerias e articulação dos trabalhadores.

Por fim, o último desafio trata da relevância do planejamento e da atuação conjunta das áreas técnicas, conforme discutido ao longo do texto. A atuação em equipe integrada fomenta os processos cooperativos, potencializa o trabalho real e o alcance das metas. Trata-se de buscar “interesses em comum” entre as áreas técnicas e outros parceiros, que promovam de fato a integração das ações de cuidado em saúde e fortaleçam a mediação na constituição de redes sociais.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRITO, J.C. Trabalho prescrito. In: EPSJV (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006, p.282-85.
- CAILLÉ, A. A dívida das palavras: o que o dizer pretende dar. In: MARTINS, PH. (Org.). *A dívida entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social*. Petrópolis: Vozes, 2002. p.99-136.
- _____. Reconhecimento e sociologia. *Rev. bras. Ci. Soc.*, v.23, n.66, p.151-163, 2008.
- FORTUNA, C.M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.13, n.2, p.262-8, 2005.
- HONNETH, A. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. 1ª ed. São Paulo: Editora 34, 2003.

LACERDA, A. *Redes de apoio social no sistema da dívida: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde*. 2010. 204p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

LIMS, J.F.; NEVES, L.M.W.; PRONKO, M. In: EPSJV (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

MARTINS, P.H. Fundamentos da cidadania na saúde na perspectiva do reconhecimento: caminhos da pesquisa. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 131-37.

MAUSS, M. Essai sur le don: forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. In: _____. *Sociologie et Anthropologie*. 9ª ed. Paris: Quadrige, 1985. p.145-279.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*, v.35, n.1, p.103-09, 2001.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011. 312p.

RIO BRANCO. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão do Município de Rio Branco*, exercício de 2010. Rio Branco: SEMSA, 2011.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e ergologia. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.). *Trabalho & ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007. p.25-46.

TELLES, A.L.; ALVAREZ, D. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre o trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, M. et al. (Orgs.). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004; p.63-90.

ZIMERMANN, D.; OSÓRIO, L.C. et al. (Orgs.). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

PARTE II

Trajetória do SUS em Rio Branco: educação permanente no desenvolvimento gerencial

O percurso da saúde pública em Rio Branco: de sede do Departamento do Alto Acre à capital do Estado do Acre¹

OSVALDO LEAL
EUFRASIA CADORIN
DOUGLAS ANGEL
MAURÍCIO REBOUÇAS
ADÔNIDAS RODRIGUES JR

As instituições em seu tempo, em acordo com sua compreensão da realidade, das necessidades, dos desafios e do impacto futuro, definem estratégias e criam metodologias para operacionalizá-las. Grande parte deste desenho está documentada em leis, decretos, portarias e registros acadêmicos.

A saúde pública, em particular, possui vasto registro institucional, a partir do qual é possível reconstituir seu percurso analisando o conjunto das decisões tomadas pelas instituições que se seguiram na construção da saúde pública em Rio Branco – capital do Estado do Acre, nos últimos cem anos. Importante reconhecer como instituição pública, não apenas o lugar da construção e vigilância do conjunto de leis, normas, regras, e outros, mas sobretudo um espaço de relação entre pessoas, disputas de projetos e de espaços de poder, que tem como resultante a orientação técnico-política que se materializa nas referidas leis, normas e regras.

Reconhecemos a limitação do recorte, de fundamental importância para atingirmos o objetivo proposto. Esta história é contada a partir da organização e intenção das instituições de responderem aos desafios

¹ Em 1903, o Acre foi anexado ao Brasil, sendo transformado em Território Federal e administrado pelo Governo Federal, dividido em três departamentos jurídico-políticos e administrativos: o Alto Acre, o Alto Purus e o Alto Juruá. Cada departamento tinha um prefeito indicado pelo Presidente da República, à época, Rodrigues Alves. Rio Branco, atual capital do estado, situava-se no Departamento do Alto Acre.

de um tempo, considerando os valores que defendem, os interesses que carregam e os resultados destas decisões, encadeando novas decisões e assim por diante. Queremos, portanto, relatar uma história a partir de um ponto de vista.

História que traz elementos e marcas de movimentos que datam do início do século XX, como: o relato da existência do Serviço Sanitário Municipal da cidade de Rio Branco em 1913 (Acre, 1913); o conjunto de ações desenvolvidas a partir de 1922 com a criação da Diretoria Geral de Higiene e Saúde Pública e seus desdobramentos, que objetivaram ações de controle sanitário e de patologias de interesse público; a criação, a partir da década de 50, das primeiras unidades hospitalares públicas; a implantação do programa de interiorização das ações de saúde e saneamento (PIASS), na década de 70, já sob influência do movimento pela reforma sanitária; e a criação do Conselho Popular Estadual de Saúde – a partir de deliberação do seminário de ações integradas de saúde, nos anos 1980.

História que mergulha, a partir da sua criação, nos primeiros passos do Sistema Único de Saúde (SUS) na definição das atribuições de cada nível de governo e responsabilidades de cada instituição na complementaridade das ações, objetivando a integralidade do cuidado. E que conta, a partir da análise das sucessivas reformas administrativo-gerenciais, e sua concretude na definição das respectivas estruturas organizacionais, espelho do pensamento de uma gestão, fruto do debate político, dos compromissos assumidos, das expectativas criadas, da concepção de saúde, do acúmulo das instituições agonistas e da pressão exercida pela sociedade através dos movimentos sociais e meios de comunicação. Estrutura que, em síntese, declara um posicionamento político, técnico e ético de quem banca e aposta nos seus resultados para legitimação e sustentação política futura.

Esperamos que o breve relato desperte o desejo e a iniciativa de aprofundamento do tema. Desafio posto, vamos percorrer a história da saúde no município de Rio Branco, que mostra uma trajetória de lutas e de conquista de direitos, a partir da leitura dos arranjos político-administrativos, que contam parte da História.

Antecedentes da saúde e do Movimento Sanitário em Rio Branco

Como parte do Plano de Salvação da Borracha, a partir do Decreto Presidencial nº 2.543, de 05 de janeiro de 1912, a Superintendência da Defesa da Borracha assinou contrato com o médico sanitário Oswaldo Cruz, no dia 17 de agosto de 1912, para que fossem realizados estudos sobre as condições médico-sanitárias do Vale do Amazonas. A expedição científica se iniciou no dia 12 de outubro de 1912, partindo do porto de Manaus e chegou à cidade de Rio Branco em meados do mês de dezembro de 1912, à época com cerca de dois mil habitantes, permanecendo na cidade por cerca de dez dias (Silva; Souza, 2013). Relataram os sanitaristas à época:

O principal obstáculo à efetivação de uma assistência médica regular encontrava-se na inexistência da oferta desse serviço de forma gratuita para a população. Rio Branco contava em 1913 com quatro médicos, sendo um deles do quadro da Força Federal. [...]

Estavam convictos os sanitaristas de que o problema estava assente na ausência de uma assistência médica regular e na aplicação das medidas profiláticas necessárias para combater, principalmente, o impaludismo (Brasil, 1913).

Embora documentos assegurassem a existência do Serviço Sanitário Municipal da cidade de Rio Branco,

[...] sem que nos refiramos aos melhoramentos que diariamente vem empreendendo o laborioso Intendente Municipal de Rio Branco, basta sabermos que desses 230:000\$000, somente a importância de 106:000\$000 é distribuído aos empregados municipais, inclusive dois médicos que prestam assistência à pobreza dessa cidade e na vila de Porto Acre. (Silva; Souza, 2013).

O então diretor do Serviço Sanitário Municipal da cidade de Rio Branco solicitou ao próprio intendente, a “fundação urgente de um posto médico, onde possam ser administrados gratuitamente os socorros da ciência” (Acre, 1913), desconstruindo notícia anteriormente veiculada sobre a existência de serviços médicos oferecidos gratuitamente à população. As primeiras ações públicas

na área de saúde desenvolvidas no município de Rio Branco se iniciaram em 1922, com a criação da Diretoria Geral de Higiene e Saúde Pública no ainda Território Federal do Acre, que tinha como atribuições a “prestação de assistência médica, promover a profilaxia geral e específica das moléstias transmissíveis, inspeção sanitária a atividades como comércio, embarcações e outras” (Klein, 2002).

Em 1923, foi inaugurado pelo governador do território, José Thomas de Vasconcelos, o Hospital de Rio Branco, construído em 1919 e permanecendo fechado por quatro anos, quando o então governador, José Thomas de Vasconcelos, repassou a administração para as irmãs Servas de Maria Reparadoras, sendo transformado, no governo Hugo Carneiro, em Santa Casa do Acre. No ano de 1926, o Relatório de Atividades do Território Federal do Acre evidenciou que eram realizados no hospital “serviços clínicos, aviamento de fórmulas médicas, aplicações de injeções, vacinações, consultas, reduções de fraturas, pequenas cirurgias e outros”, por dois médicos do Departamento, com uma ala própria para mulheres, principalmente parturiente (Klein, 2002).

No governo de Hugo Ribeiro Carneiro, em 1928/1929, foram instaladas cinco delegacias de Higiene e Saúde Pública nos municípios, incluindo a capital, Rio Branco. Seu quadro de pessoal era formado pelo delegado e mais cinco auxiliares, um farmacêutico, um encarregado de assistência dentária escolar, três encarregados da higiene e dois guardas sanitários (Klein, 2002). Em 1946, a tuberculose recebeu atenção especial do governo Guiomard dos Santos, por ter sido constatado aumento no número casos no Laboratório de Análises e Pesquisas Clínicas do Serviço de Saúde do Território, sendo iniciada a construção de um pavilhão hospitalar de emergência para os doentes. Em 1949, foi organizada a Colônia Souza Araújo, para abrigar os portadores de hanseníase, que em 1957, com a conclusão das obras, tinha 223 internos. Em 1950, foi inaugurada a Maternidade Bárbara Heliodora (Klein, 2002).

Entre os anos de 1956 e 1957, no governo de Valério Magalhães, foi inaugurado o Pronto-Socorro de Rio Branco e iniciada a construção do Hospital de Clínicas Oswaldo Cruz. Em 30 de maio, foi publicado o Decreto nº 106, que instituiu a Representação do Governo do

Acre no Rio de Janeiro e o Serviço de Assistência Social e Relações Públicas, com a finalidade de receber, encaminhar, hospitalizar e providenciar o regresso de todos os encaminhados à capital do país para tratamento de saúde (Klein, 2002).

O início da estruturação dos serviços de saúde do município data de 1963, com a Lei Municipal nº 2, que definia os serviços e criava o Departamento de Saúde e Assistência Social, com a competência de executar ou orientar os serviços municipais de saúde pública e assistência social, cabendo ao município a responsabilidade de colaborar com o estado e a federação nas questões de saúde, manter o ambulatório médico aos servidores municipais e seus dependentes e realizar a visita domiciliar a estes e prestar assistência médica e dentária (Klein, 2002). Em 1968, foi inaugurado o Hospital Santa Juliana, ampliando a capacidade dos serviços da igreja católica para de 100 leitos, sendo administrado pelas Irmãs Servas de Maria Reparadoras (Klein, 2002).

Em 1974, a população de Rio Branco era de aproximadamente 80 mil habitantes e a rede hospitalar contava com três hospitais oficiais (públicos), com um total de 186 leitos. Em 1975, o Hospital de Clínicas Oswaldo Cruz foi aparelhado para funcionar como Hospital de Base, incluindo o serviço de Pronto-Socorro, sendo iniciada a construção de um novo hospital, junto ao Hospital das Clínicas, com capacidade para 120 leitos (Klein, 2002).

Em 1975, foi priorizado o atendimento rural, com a implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que organizava ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, e foram contratados agentes de saúde para atuar no território. Além disso, foram construídos na área urbana um centro de saúde (CS) e seis postos de saúde, e na zona rural dois postos de saúde, intensificando os programas de Pneumologia Sanitária, Dermatologia Sanitária e Materno-Infantil (Klein, 2002).

Em 1986, foi realizado o Seminário de Ações Integradas de Saúde, no município de Rio Branco, que culminou com a criação do Conselho Popular Estadual de Saúde, fortalecendo no estado a luta pela Reforma Sanitária e a defesa da saúde como direito de todos, através da participação popular na área da saúde (Rio Branco, 1987).

A criação de Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco

A Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (SEMSA) foi criada em 1988, através da Lei nº 770, de 26 de dezembro, que também definiu sua estruturação e atribuições (Rio Branco, 1988). O secretário que assumiu a pasta até o final de 1992 foi o médico Edilberto Parigot da Souza Filho. Essa lei definia as competências da secretaria, abrangendo a execução de programas e projetos, fiscalização da legislação sanitária, articulação com outros níveis de governo, execução das campanhas, atividades de saúde escolar e assistência veterinária, tendo em sua estrutura organizacional os Departamentos de Fiscalização Sanitária, Controle de Zoonoses, Ações Básicas de Saúde e a Seção de Expediente.

É importante salientar que mesmo com a criação da SEMSA, até 1993 não haviam sido desenvolvidas ações assistenciais; o processo de descentralização não se efetivou e as unidades básicas continuaram sendo gerenciadas pela Secretaria de Estado de Saúde. É possível perceber que na estrutura organizacional e competências dos departamentos, as ações básicas priorizavam a assistência médico-odontológica, reproduzindo o modelo biomédico para “pessoas de baixa renda” (Rio Branco, 1988).

As ações desenvolvidas também tinham como foco, além do tratamento de doenças, a participação em campanhas de saúde pública promovidas por outros órgãos. Nesse período, de acordo com a legislação municipal vigente, havia a preocupação com as doenças crônicas, com proposta de execução de medidas de tratamento e controle destas e com a assistência ao trabalhador, através da “emissão de carteiras de saúde” (Rio Branco, 1988). As articulações intersetoriais limitavam-se a cooperação com a Secretaria de Obras e Serviços Urbanos e saneamento e coleta de lixo. Além da inexistência de Unidade Básica de Saúde, outro aspecto importante é que o município não dispunha de serviços de apoio diagnóstico, sendo responsável por “promover a integração dos laboratórios ao sistema municipal de saúde” e “organizar um sistema de coleta e remessa de amostras” (Rio Branco, 1988).

Neste período, na gestão da SEMSA, percebia-se a centralização administrativa na Seção Executiva, que acumulava os processos relativos

à chefia de gabinete e as funções de planejamento, controle de matérias, orçamento e pessoal. Quanto à gestão financeira, a secretaria tinha como atribuição a apresentação de propostas orçamentárias anuais de investimento e a execução e controle do orçamento aprovado para o desenvolvimento das ações. Nesse período não se identificou, na estrutura, setor responsável pelos processos de monitoramento e avaliação das ações.

Na área da gestão de pessoas, à época Recursos Humanos, a seção executiva realizava o controle de frequência e acompanhamento da escala de férias, organizada em outra secretaria. Os processos de formação, denominados “treinamentos”, são de responsabilidade do Departamento de Ações Básicas. Na lei, é prevista a participação social nas discussões e realização dos programas desenvolvidos pela secretaria, mesmo sem a existência do Conselho Municipal de Saúde.

As mudanças na estrutura organizacional da SEMSA

A primeira mudança na estrutura organizacional na SEMSA se deu com a criação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e do Fundo Municipal de Saúde (FMS) em 1991, quase um ano após a Promulgação da Lei nº 8.142/90.

De acordo com a Lei nº 964/91, o CMS é um órgão deliberativo, composto por 16 membros, com caráter permanente e tem como competências a definição das prioridades na área, estabelecer as diretrizes para o Plano Municipal, atuar na formulação de estratégias, controle, avaliação e fiscalização, dentre outras (Rio Branco, 1991a). O Fundo Municipal de Saúde tem por objetivo criar condições financeiras e de gerência dos recursos da saúde, subordinado ao secretário municipal de Saúde (Rio Branco, 1991b). Nesse ano, de acordo com relatório de atividades da Prefeitura de Rio Branco, as ações da Secretaria se resumiram à inspeção de alimentos (Rio Branco, 1991c).

Em 1992, quatro anos após a criação da secretaria, foi publicada a Lei nº 1.028, que reestruturou e definiu competências e atribuições da secretaria, agora SEMSA, acrescentando à estrutura existente novos departamentos e divisões, com destaque para estruturas destinadas às gerências de Unidades Básicas de Saúde, Vigilância Epidemiológica, Ações Assistenciais e Recursos Humanos (Rio Branco, 1992).

A Vigilância Epidemiológica é vinculada ao Departamento de Ações Básicas de Saúde e, paralelamente a essa estrutura, tem-se a criação do Departamento de Assistência à Saúde. Ao Departamento de Ações Básicas de Saúde cabe o planejamento, execução e avaliação das atividades primárias de saúde; o estabelecimento da referência e contrarreferência e a capacitação de pessoal. Para o Departamento de Ações Assistenciais em Saúde, a responsabilidade é organizar, supervisionar e fazer executar os programas; coordenar e fiscalizar as atividades dos profissionais médicos; e promover estudos e pesquisas, e coordenar cursos de reciclagem dos profissionais da área médica da secretaria. Nessa estrutura é possível observar a fragmentação das estruturas, com um departamento responsável pelos profissionais médicos e outro pelos demais profissionais existentes no quadro, além de sobreposição de atribuições nos dois departamentos.

Na estrutura da SEMSA, com essa lei, o Controle de Zoonoses, com as divisões de Captura de Animais e Incineração, vincula-se ao Departamento de Vigilância Sanitária e tem-se a criação da Divisão de Epidemiologia, vinculada ao Departamento de Ações Básicas, com a atribuição de “realizar estudos de comportamento das doenças infecto-contagiosas e parasitárias no seu âmbito de atuação, dando ênfase à notificação; e avaliar programas de combate às doenças transmissíveis redutíveis por imunização” (Rio Branco, 1992b). Nesta reforma administrativa, o Departamento de Controle e Avaliação foi criado e suas atribuições não foram definidas na legislação, diferentemente dos demais setores criados e/ou reestruturados.

Como avanços podem ser destacados: a criação do Departamento de Administração e suas respectivas divisões, com as atribuições relativas à gestão administrativa da secretaria; a ampliação das responsabilidades do setor de recursos humanos; e a preocupação com o conhecimento do território para o desenvolvimento das ações de saúde, ao definir a necessidade de “planejar e promover a execução de visitas domiciliares, para a coleta de informações e observação das necessidades individuais e familiares da população alvo da Secretaria” (Rio Branco, 1992b).

Todo esse movimento de reestruturação da gestão municipal demonstra o interesse da gestão em assumir ações e serviços de saúde e a gerência das unidades básicas de saúde. Porém, o processo de descentralização continua sem avançar. A partir de janeiro de 1993, na gestão do médico Carlos Kawahara, secretário de Saúde, e do prefeito Jorge Viana, foram desenvolvidas as primeiras atividades assistenciais, com a vinda dos fiscais sanitários da agricultura, incorporados à SEMSA para fiscalizar estabelecimentos comerciais nos mercados públicos e ambulantes. A estrutura da secretaria nesse ano contava com 88 servidores, incluídos os cargos comissionados, servidores de nível básico, médio e superior, e ainda, servidores cedidos do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) (Rio Branco, 1993).

De acordo com relatório de atividades da secretaria, nesse ano, como atividades desenvolvidas, destacaram-se: implantação da coleta seletiva do lixo hospitalar em parceria com a secretaria responsável; realização da vacinação antirrábica; implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com a seleção de 31 agentes (ACS); realização do curso de auxiliar de enfermagem para funcionários de nível médio da prefeitura; investigação epidemiológica; coordenação de projeto Saúde do Escolar; a realização da I Conferência Municipal de Saúde; realização de inspeção sanitária; promoção dos cursos de Fiscalização Sanitária, de Políticas de Saúde e Princípios do SUS e a Capacitação Epidemiológica; cooperação mútua entre os governos de Cuba e Rio Branco; encontro de Saúde do Trabalhador e Seguridade Social (Rio Branco, 1993).

No ano de 1994, foi criado o Centro de Saúde Cláudia Vitorino e foi implantado e ampliado o PACS, com os agentes selecionados em 1993 e seleção de novos ACS, além da elaboração do projeto para construção de duas unidades de saúde da família. Além disso, como ações desenvolvidas houve a ampliação do programa Saúde na Escola e de Saúde Bucal, a realização de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, a conclusão dos cursos de auxiliar de enfermagem e técnico em higiene dental e a realização da II Conferência Municipal de Saúde

(Rio Branco, 1994). O relatório de atividades de 1994 da SEMSA refletia a intenção desta em assumir a gestão de dez centros de saúde e 26 postos de saúde, e após discussão e aprovação nas instâncias colegiadas, Conselhos Municipal e Estadual e Comissão Bipartite, o repasse não foi possível, de acordo com o relatório, “por decisão unilateral da Secretaria Estadual de Saúde” (Rio Branco, 1994).

Em 1995, foi construído o Centro de Controle de Zoonoses e foram implantadas seis Unidades de Saúde da Família (USF) nos bairros Taquari, Vila da Amizade, Santa Inês, Belo Jardim, Areal e Triângulo Novo (quadro 1). Em junho de 1996, foi realizada a III Conferência Municipal de Saúde de Rio Branco, e segundo se relatório, o objetivo era definir propostas para as Conferências Estadual e Nacional de Saúde, não sendo encontradas propostas para a gestão municipal (Rio Branco, 1996). Nesse mesmo ano foi realizado concurso público para profissionais da área da saúde, ampliando o quadro de servidores da SEMSA.

Em 1997, eleito o prefeito Mauri Sérgio, assumiu a gestão da saúde o médico Carlos Augusto Beiruth Borges. Em dezembro de 1999, a secretaria passou por um processo de desabilitação da atenção básica, e a gestão estadual se responsabilizou pelo financiamento para continuidade dos serviços na capital, pois o repasse dos recursos da atenção básica ia para o Fundo Estadual de Saúde. Em maio de 2000, por decisão judicial do Tribunal Regional Federal da 1ª Região, os repasses dos recursos financeiros retornaram ao Fundo Municipal de Saúde, sendo o município reabilitado em dezembro do mesmo ano.

Em 1999, foram selecionados 164 ACS para ampliação do programa, além da manutenção dos programas já existentes, com a continuidade das ações desenvolvidas pela gestão municipal (Rio Branco, 2000).

No período compreendido entre 1993 a outubro de 2001, não houve registro de alterações na estrutura organizacional da SEMSA nos arquivos da secretaria ou da Procuradoria Jurídica do Município. Em abril de 1999, foi realizada a IV Conferência Municipal de Saúde, com definição das diretrizes da política municipal de saúde para o biênio 1999/2000.

Após dez anos de regulamentação do SUS, iniciaram-se as discussões sobre o processo de descentralização das Unidades Básicas de Saúde no município. De acordo com Klein (2002), “um processo de polêmicas, disputas jurídicas e negociações pouco produtivas entre as esferas de governo.” As negociações se intensificaram na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), com a participação do então governador, Jorge Viana. No dia 28 de novembro de 2000, foi pactuada a transferência das unidades para a gestão municipal (Klein, 2002).

Quase um ano após a Pactuação na CIB, em 1º de novembro de 2001, foi firmado o Convênio nº 015/2001, entre o Estado do Acre e o município de Rio Branco, para implementar o processo de descentralização da saúde, tendo como secretária estadual Grace Mônica Alvim Coelho de Araújo Rocha, e secretário municipal de Saúde de Rio Branco, José Bestene, administrador, que assumiu a gestão municipal nos anos de 2001 e 2002. Através desse convênio foram repassados sete centros de saúde, conforme demonstrado no quadro 1, além de postos de saúde localizados na zona rural.

Em 2001, a Saúde Bucal foi inserida na Estratégia de Saúde da Família, com uma Equipe de Saúde Bucal (ESB), com referência para duas Equipes de Saúde da Família, conforme demonstrado no quadro 1 (Rio Branco, 2001a). Ainda nesse foram inaugurados pela gestão estadual o Centro Estadual de Formação de Pessoal em Saúde da Família do Tucumã e duas USFs, Mocinha Magalhães e Ruy Lino. Em 2003, foi inaugurada a USF Jardim Primavera, também no território do Tucumã (Brasil, 2013). Essas unidades passam a fazer parte do complexo de Ensino da Fundação Hospital Estadual do Acre, sendo campo de estágio para acadêmicos do curso de medicina da Universidade Federal do Acre e de residentes dos programas de residência médica e multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

No dia 18 de outubro de 2001, foi promulgada a Lei nº 1.443, com nova alteração na estrutura da secretaria e criando os setores de Endemias, de Doenças Imunopreveníveis, de Hepatites, de Imunização e de Doenças de Veiculação Hídrica (Rio Branco, 2001b). E uma nova

mudança aconteceu no ano de 2003, com a Lei Complementar nº 001, de 28 de abril, que “dispõe sobre a organização da Administração do Poder Executivo Municipal, estabelece suas estruturas, princípios e diretrizes e dá outras providências” (Rio Branco, 2003). Essa lei definia as competências dos órgãos da Prefeitura de Rio Branco, e em seu Art. 77, descrevia as atribuições da Secretaria Municipal de Saúde. A mudança aconteceu na gestão do Prefeito Isnard Bastos Leite Barbosa e da secretária municipal de Saúde Rosângela França Maia de Rodriguez, médica veterinária, que respondeu pela pasta de 2002 até dezembro de 2004.

Em seu Art. 78, a lei reestruturava o organograma da SEMSA, considerando os níveis de atuação de cada setor nela existentes:

[...] **nível de decisão colegiada** (ex: Conselho Municipal de Saúde e Fundo Municipal de Saúde), **nível de decisão superior** (Secretário Municipal), **nível de administração sistêmica** (Planejamento, Orçamento e Gestão) e **nível de execução programática** (ex: Vigilância Sanitária, Ações Básicas de Saúde e Coordenação das UBS) (Rio Branco, 2003 – grifos nossos).

A nova lei definia os níveis de atuação dos setores da SEMSA em nível de decisão colegiada, nível superior de decisão, nível de assessoramento superior, nível de administração sistêmica e nível de execução programática, orientando em linhas gerais a área de atuação das estruturas que compõem a secretaria, e vinculava os 11 centros de saúde existentes na capital, alguns ainda gerenciados pelo estado.

O novo organograma trouxe mudanças significativas para a gestão, ampliando a estrutura organizacional, com consequente ampliação de ações e serviços, com gerências vinculadas ao secretário, redefinindo processos de trabalho tanto na gestão quanto na atenção. Este nova legislação define nova estrutura da SEMSA, incluindo o CMS, FMS e Junta Médica vinculados ao gabinete. As estruturas criadas na Secretaria foram: o Sistema Nacional de Auditoria; as Secretarias Administrativas do CMS e do Gabinete; a Gerência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental com a Divisão de Análise de Dados Epidemiológicos; a Divisão de Sistema de Informação e Bases de Dados Nacional e Divisão do Cartão Nacional de Saúde, vinculadas

à Gerência de Acompanhamento, Avaliação e Controle; e a Divisão de Programação Orçamentária e Gestão e Divisão de Convênios e Projetos, na Gerência de Planejamento, Orçamento e Gestão.

Na área da assistência à saúde, foram criadas duas estruturas: a Gerência Médica Hospitalar, com as Divisões Técnica, de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), de Central de Regulação e de Unidades Hospitalares; e a Gerência de Ações Básicas de Saúde, que conta com a Secretaria Administrativa, Coordenação de Saúde Comunitária, Coordenação do Centro de Apoio e Diagnóstico, Coordenação de Saúde Bucal e Coordenação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). O que sugere que a gerência de Unidades Hospitalares e o TFD tenham sido criados na perspectiva de assumir as ações de média complexidade.

Na área administrativa, o Departamento de Administração foi substituído pela Gerência de Planejamento, Orçamento e Gestão, com as divisões descritas anteriormente, além da Divisão de Almoxarifado e Divisão de Transporte, Vigilância e Serviços Gerais. A Divisão de Almoxarifado, Vigilância e Serviços Gerais era vinculada à estrutura da Gerência de Controle de Zoonoses, o que sugere um equívoco na redação. E foram extintos o Departamento Técnico de Assistência à Saúde, o Setor de Hepatites, o Setor de Doenças de Veiculação Hídrica, as Divisões Técnicas de Enfermagem, Médica e Serviço Social e a Divisão Técnica de Recursos Humanos.

A Lei Complementar nº 001/2003 não define as atribuições dos setores, semelhante às anteriores, definindo que cada secretaria elabore ou reformule seu Regimento Interno, no prazo de 90 dias, com as competências de cada setor. Não foram localizados na SEMSA documentos que demonstrem a existência deste Regimento.

Aproximadamente um mês após a promulgação da Lei Complementar nº 001/2003, foi firmado novo Convênio (06/2003) de Descentralização das Unidades Básicas de Saúde, para repasse das unidades básicas que ainda estão sob gestão estadual. As unidades descentralizadas são demonstradas no quadro 1.

No período de 11 a 13 de junho de 2003, foi realizada a V Conferência Municipal de Saúde de Rio Branco e neste mesmo ano a SEMSA adere ao Programa de Expansão da Saúde da Família

(PROESF), do Ministério da Saúde (MS), com meta de ampliação de 29 ESFs existentes em 2003 para 78, até o ano de 2008. Com o projeto, o MS garante financiamento para estruturação das unidades e capacitação de pessoal, em três fases, que são desenvolvidas de 2003 a 2008. Com este projeto, no ano de 2003 foram criadas dez equipes, e no ano de 2004, 13 equipes. Na odontologia foram implantadas, em 2003, cinco equipes de saúde bucal, e em 2004 foram criadas sete equipes de saúde bucal (quadro 1).

Além da ampliação da ESF, foi implantado também o Centro de Apoio Diagnóstico, conforme previsto no PROESF (Rio Branco, 2004a). Para garantir novas equipes, a gestão realizou concurso público com a contratação e capacitação de 645 servidores para a área (Rio Branco, 2004a). Encerrando a gestão municipal, em 2004, foi realizada a I Conferência Municipal de Saúde Bucal (Rio Branco, 2004b).

Em 2005 iniciou-se nova gestão, com o Prefeito Raimundo Angelim e o secretário Francisco Eduardo Saraiva de Farias, médico, que exerceu o cargo de janeiro de 2005 a junho de 2008. A partir de então, um novo arranjo na área da assistência à saúde foi pensado, com a criação de áreas programáticas, denominadas áreas técnicas, que têm como objetivo assessorar as equipes de saúde no desenvolvimento das ações nos serviços de saúde e planejar, monitorar e avaliar as ações das áreas.

As áreas criadas foram: Saúde do Idoso, Controle da Hipertensão e Diabetes, Controle do Tabagismo, Leishmaniose, Controle da Tuberculose, Saúde do Trabalhador, Saúde Mental e Saúde na Comunidade, que se somaram às áreas existentes da gestão anterior, como o Núcleo de Educação em Saúde, Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, e DST/Aids. Com a criação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador e a convocação da III Conferência Nacional, o município realizou a I Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador, em setembro de 2005 (Rio Branco, 2005a).

No mesmo ano foi promulgada a Lei nº 1.551, de 08 de novembro. Nesta, as gerências subordinadas ao gabinete do secretário passaram a ser denominadas de “departamentos” e aconteceram mudanças em todos os setores, com criação, extinção ou reorganização de áreas (Rio Branco, 2005b).

Na área administrativa, foram criadas a Assessoria de Gestão, vinculada ao gabinete com Secretaria Administrativa, e as Divisões de Compras e de Gestão de Pessoas; a Divisão de Almoarifado também passou a responsabilizar-se pelo Patrimônio e a Divisão de Programação Orçamentária e Gestã foi extinta.

Na área assistencial, foi criado o Departamento de Assistência à Saúde, com a Secretaria Administrativa, a Gerência de Saúde Comunitária, a Gerência de Saúde Bucal, a Gerência de Apoio Diagnóstico, a Gerência de Unidades Especializadas e a Gerência de UBS, então com única estrutura na área. Além dos 12 Centros até então existentes no organograma, vinculados à gerência de UBS, foram criados no novo organograma os Centros de Saúde do Calafate, do Universitário, do Tucumã e da Cadeia Velha.

Na área de controle e avaliação, a Divisão de Cartão Nacional de Saúde foi extinta e o Departamento, agora de Regulação, Controle e Avaliação assumiu o papel da regulação dos serviços de saúde. Além das funções definidas na legislação anterior e em sua estrutura tinha as Divisões de Sistemas de Informações de Base de Dados Nacional, de Controle, de Avaliação e de Regulação.

A Vigilância em Saúde foi estruturada por meio de três departamentos: o de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, o de Controle de Zoonoses e o de Vigilância Sanitária. O primeiro contava com as Divisões de Rede de Frios, de Controle de Endemias e Zoonoses, de Doenças Imunopreveníveis, de Informações e Análise de Dados Epidemiológicos, e de Agravos e Doenças Não Transmissíveis. O Controle de Zoonoses é formado pela Divisão Técnica e Seção de Captura. E a Vigilância Sanitária contava com duas divisões: de Produtos e Serviços e de Meio Ambiente.

Aspecto importante, observado na nova estrutura, foi a vinculação do Serviço de Água e Esgoto de Rio Branco, autarquia que passou a compor a estrutura da SEMSA como uma entidade vinculada. Após a promulgação desta lei, foram criadas duas novas unidades de saúde, inseridas no organograma, o CS Rozângela Pimentel Figueira e o CS Universitário, hoje cadastrado como USF Nímio Isfran, inaugurado em fevereiro de 2006.

Quadro 1 – Evolução das Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família no município de Rio Branco, Acre

ANO	UNIDADES
1994/1995	<p>Unidades implantadas pela Gestão Municipal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de Saúde Cláudia Vitorino (1994). • USFs Taquari, Vila da Amizade, Santa Inês, Belo Jardim, Areal e Triângulo Novo (1995).
2001	<p>Unidades descentralizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centros de Saúde: Ary Rodrigues, Augusto Hidalgo de Lima, Barral y Barral, Cidade Nova, Eduardo Assmar, Gentil Perdomo da Rocha e Souza Araújo. • Equipes de Saúde Bucal: USFs Taquari/ e Triângulo Novo, Belo Jardim/ Santa Inês, Benfica/ Vila da Amizade. <p>Unidades implantadas pela Gestão Estadual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de Saúde Tucumã • USFs Mocinha Magalhães e Ruy Lino
2003	<p>Unidades descentralizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centros de Saúde Placas, São Francisco, Francisco Roney Meireles e Vila Ivonete. • USF's: Taquari II, 06 de agosto, Belo Jardim II, Cidade Nova, Mauri Sérgio, Cadeia Velha, Novo Calafate, Calafate/Portal da Amazônia, Bahia Nova, Glória Pista, Boa União, Plácido de Castro/ João Paulo II, Boa Vista/ Sobral, Airton Sena, Vitória I, Vitória II, Jardim Eldorado e Chico Mendes. <p>Unidades implantadas pela Gestão Municipal (PROESF):</p> <ul style="list-style-type: none"> • USFs Mauri Sérgio II, Areal I, Areal II, Comara, Taquari III, Quinze II, Cidade Nova II, Seis de Agosto II, Montanhês e Jorge Lavocat. • Equipes de Saúde Bucal: USFs Montanhês/Jorge Lavocat, Areal I/Areal II, Taquari I/Taquari III, Calafate/Novo Calafate, Bahia Nova/Boa União. <p>Unidade implantada pela Gestão Estadual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • USF Jardim Primavera

ANO	UNIDADES
2004	<p>Unidades implantadas pela Gestão Municipal (PROESF):</p> <ul style="list-style-type: none"> • USFs Airton Sena II, Amapá, Vila Acre, Glória/Pista II, Chico Mendes II, Adalberto Aragão I, Floresta Sul, João Paulo, Preventório, Salgado Filho, Base, Cadeia Velha II e Baixada da Habitasa. • Equipes de Saúde Bucal: USFs Airton Sena I/Airton Sena II, Glória Pista I/Glória Pista II, Chico Mendes I/Chico Mendes II, Cadeia Velha I/Cadeia Velha II, Amapá/Vila Acre, Preventório/Salgado Filho e Adalberto Aragão/Baixada da Habitasa
2006/2009	<p>Unidades criadas pela Gestão Municipal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • USF Nímio Isfran (2006). • Centro de Saúde Rozângela Pimentel Figueira (2009)

Fonte: SEMSA (2013).

No ano de 2006, o município realizou sua VI Conferência Municipal de Saúde, com debates regionais em três pré-conferências regionais (Rio Branco, 2006).

Em 2007, foi realizado concurso público para ampliação do quadro de pessoal, e em 2008 foram contratados 238 profissionais de saúde para atuar no quadro da secretaria. Nesse ano o governo do estado, tendo o professor Binho Marques como governador e o médico Oswaldo Leal como secretário de estado de Saúde, assinou com o município o “Pacto pela Saúde”, acordo de cooperação técnica e apoio financeiro que objetivava reestruturar a atenção primária com previsão de reforma e ampliação de unidades de saúde, aquisição de equipamentos, insumos e medicamentos e contratação de trabalhadores. Ainda em 2008, assumiu a gestão da SEMSA o secretário Pascal Abou Khalil, procurador municipal, que exerceu a função no período de junho de 2008 a dezembro de 2010. Em 2009, foi criado o Departamento de Gestão de Pessoas, por meio de Portaria do Gabinete do Secretário nº 050, de 24 de abril, que

tinha em sua estrutura a Divisão de Gestão do Trabalho, Divisão de Educação na Saúde e Divisão de Humanização (Rio Branco, 2009a). A discussão da criação deste departamento se iniciou em 2007, quando foi incluído na Programação Anual sem execução por indisponibilidade de recursos (Rio Branco, 2007).

No ano de 2009, houve a última alteração na estrutura organizacional da secretaria, por meio de legislação, com a Lei nº 1.790. Esta regulamentou a estrutura do Departamento de Gestão de Pessoas e das Áreas Técnicas vinculadas ao Departamento de Assistência à Saúde, criadas em 2005 e instituiu a Ouvidoria do SUS (Rio Branco, 2009b). Em 2010, foi criada a Área Técnica de Saúde do Homem, vinculada ao Departamento de Assistência à Saúde, a partir da criação da área no Ministério da Saúde, sem regulamentação na estrutura organizacional.

O momento atual: a SEMSA em 2012

Em janeiro de 2011, assumiu a pasta o médico Oswaldo Leal, no segundo mandato do prefeito Raimundo Angelim. No mesmo ano, em junho, o CMS convocou a 7ª Conferência Municipal de Saúde, precedida por sete pré-conferências, contemplando as sete regionais de saúde existentes no município.

Nessa gestão, a concepção é de que a Vigilância Epidemiológica e Ambiental deve se organizar por meio de áreas técnicas, conforme os agravos transmissíveis de notificação compulsória e outros já existentes. Com isso, são remanejadas do Departamento de Assistência à Saúde as áreas correspondentes a esses agravos. As ações de controle de endemias passam a ser organizadas com vinculação dos agentes de endemias a territórios definidos e o consequente controle de doenças como a dengue, evidenciando o acerto da medida.

Este período se caracteriza por intensa movimentação comunitária, a começar pelas pré-conferências de saúde, organizadas a partir das Feiras de Saúde, tecnologia de mobilização comunitária desenvolvida pela Central de Articulação das Entidades da Saúde (CADES) e incorporada pela SEMSA com apoio da própria entidade. Essas feiras, realizadas nas regionais de saúde, movimentaram as plenárias das pré-conferências, envolvendo de tal forma a comunidade que uma

das propostas aprovadas pela Conferência Municipal de Saúde foi a incorporação das Feiras de Saúde na agenda da SEMSA.

A conferência mais participativa da história da saúde do município de Rio Branco define a criação dos Conselhos Populares de Saúde (COPS) nos Centros e Unidades de Referência da Atenção Primária, no total de 14 COPS, oportunizando a participação de trabalhadores e usuários, além dos gestores locais, na gestão das unidades de saúde e do território sob sua responsabilidade.

Os trabalhadores participam da gestão de forma expressiva. O reconhecimento da necessidade de melhorias na remuneração e nas condições de trabalho nas unidades de saúde oportuniza a revisão do Plano de Cargos, Carreira e Remuneração (PCCR), com ampla negociação com o movimento sindical e suas bases, a partir de dois pressupostos: a capacidade de pagamento da prefeitura e a prioridade para as categorias com maiores necessidades. Ainda em 2012 foi realizado concurso público para provimento de cargo efetivo para ACS, sendo contratados 228 trabalhadores, atingindo a cobertura de 95% da população do município.

Além da revisão do PCCR, a gestão promove a valorização do trabalho e do trabalhador, com a criação da Mostra de Experiências Exitosas e o desenvolvimento de processos de qualificação profissional, por meio dos Cursos de Desenvolvimento Gerencial para o SUS (CDG-SUS) e da Formação de Apoiadores da Política Nacional de Humanização e outros processos de qualificação com temas específicos das áreas programáticas. Também são valorizados espaços coletivos de discussão das políticas de Saúde Mental e da PNH, com a inclusão de trabalhadores, gestores e usuários.

A constituição de espaços coletivos possibilita o estabelecimento de um pacto de trabalho e corresponsabilidade pelas ações desenvolvidas e metas a serem atingidas, definidas e planejadas coletivamente nos territórios com a participação comunitária.

A rede assistência, em dezembro de 2012, está organizada com quatro Unidades de Referência da Atenção Primária (URAP) e nove Centros de Saúde, 53 USFs, destas 51 com equipes completas (médicos, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, com 40 horas semanais), correspondendo a aproximadamente 60% de cobertura populacional,

duas unidades transitórias (médicos de 20 horas semanais) e 23 USF com equipes de saúde bucal, oito PACS (sete urbanos e um rural) e duas unidades móveis de saúde na comunidade para atendimento à população rural (Rio Branco, 2012).

Além das unidades básicas, compõem também a rede municipal: um Centro Especializado em Odontologia (CEO), instalado no Centro de Saúde Cláudia Vitorino; um Laboratório de Prótese Dentária; dois Centros de Apoio Diagnóstico (CAD) – imagem e patologia clínica; uma Unidade de Acolhimento (UA), um Consultório na Rua para pessoas com transtornos decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas; uma Farmácia Popular; um Centro Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAFAM); um Centro de Controle de Zoonoses e dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em processo de implantação (Rio Branco, 2012).

Os avanços observados ao longo deste período, tanto na melhoria da estrutura física e ampliação de ações e serviços, quanto na qualificação e valorização dos trabalhadores e principalmente a proximidade e participação da sociedade nas decisões e condução da gestão, projetam uma possibilidade concreta de avanços na gestão compartilhada, democrática e participativa na Secretaria Municipal de Saúde. Representam, neste tempo, conquistas significativas no campo da saúde para a sociedade rio-branquense, que, por se tratar da capital do Estado de Acre, exerce influência e estimula outros municípios do estado a avançarem na melhoria de suas redes de saúde.

Considerações finais

Citando Asensi (2012), Rio Branco também experimentou, a exemplo do Brasil, concepções de saúde que evoluíram a partir dos sentidos que a saúde adquiriu no último século. A saúde como *favor* retrata muito bem a forma como eram tratados os seringueiros, em sua maioria imigrantes nordestinos, completamente desprotegidos quando acometidos de enfermidades endêmicas da região. Além da quase inexistência de serviços de saúde, os tratamentos eram caros e inacessíveis à população. Quando muito, o poder público atuava no controle sanitário de vetores de doenças e distribuição de medicamentos contra o impaludismo (malária), endemia responsável

pelo maior absenteísmo na coleta de seringa, ação portanto mais de cunho econômico que humanístico. Esta concepção também norteou as ações de controle da tuberculose (1946) na década de 1940, e a segregação de pessoas vitimadas pela hanseníase na recém-criada Colônia Souza Araújo (1949).

Ainda citando Asensi (2012), a partir de 1963 o município iniciou a estruturação de serviços de saúde voltados para o atendimento ao trabalhador, reforçando a concepção de saúde como um *direito trabalhista*. Curiosamente, nesse período até os dias atuais, não se desenvolveu no Acre e mais especificamente em Rio Branco a cultura de investimentos privados na saúde. Tal fato é creditado ao baixo poder aquisitivo da população e à forte presença do poder público na oferta de ações e serviços de saúde com qualidade na maioria dos serviços, superior aos da própria iniciativa privada.

Sob a égide da Constituição de 1988, que concebe a saúde como *direito de todos* (ASENSI, 2012) e, portanto, a percepção social da saúde como direito de cidadania, inaugurou-se um novo desafio para o poder público. A sociedade brasileira confiou a este a privilegiada função de construtor e protetor do SUS e indutor de seus avanços, tendo por obrigação a defesa de seus princípios e diretrizes, sob pena de descumprimento da carta magna. É o grande articulador da construção das políticas públicas e exerce papel central na mobilização dos trabalhadores e da sociedade.

Também é regulador da oferta de ações e serviços de saúde, definindo, entre outras questões a intensidade da participação complementar das empresas privadas na prestação desses serviços, sem descuidar da estruturação de sua própria rede sob pena de se tornar dependente desta oferta, com danos sabidamente irreparáveis à população.

Sua influência é deveras poderosa, capaz de modificar políticas públicas, orientar processos formativos do ensino médio à pós-graduação, interferir no processo de trabalho, influenciar a dinâmica das relações de trabalho, incentivar o desenvolvimento científico-tecnológico, estabelecer diálogo permanente com a sociedade, abrigar, proteger e fortalecer movimentos contra-hegemônicos essenciais aos avanços do SUS como política pública distributiva, protetora, emancipatória e republicana por excelência – um dos pilares fundantes da sociedade brasileira

contemporânea. Este é o desafio diário poder público: legitimar-se como condutor da edificação do SUS como patrimônio do povo brasileiro.

Agradecimentos

Aos servidores da Secretaria Municipal de Saúde: Enedina da Silva Tamburini, Maria do Socorro Oliveira da Costa e Rogério Cavalcante Silva.

Referências

- ACRE. O Acre em barbaria. *Folha do Acre*, 27 de julho de 1913, ano III, n. 121, p. 1
- _____. Secretaria de Estado de Saúde. *Convênio nº 015*. Rio Branco, 2001.
- _____. Secretaria de Estado de Saúde. *Convênio nº 006*. Rio Branco, 2003.
- ASENSI, F.D. O direito à Saúde no Brasil. PINHEIRO, R.; ASENSI, F.D. (Org.). *Direito Sanitário*. Rio de Janeiro: Campus Jurídico, 2013.
- BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Departamento de Informática do SUS. Disponível em www.cnes.datasus.gov.br. Acesso em: 20 maio 2013.
- BRASIL. *Relatório sobre as condições médico-sanitárias do valle do Amazonas apresentado a Sua Exa o Sr. Dr. Pedro de Toledo* - Ministro da Agricultura, Industria e Commercio. In: CRUZ, O.G. *Opera omnia*. [Rio de Janeiro: Impr. Brasileira], 1972. 747p. p.663-718. Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 1913. Disponível em: < http://www.bvsoswaldocruz.coc.fiocruz.br/prodintelectual/prod_politica/prodpolitica.htm > Acesso em: 08 jun 2013.
- KLEIN, P. *A História da Saúde Pública no Acre*. Rio Branco: Fundação Elias Mansour, 2002.
- RIO BRANCO. Lei Municipal nº 770, de 26 de dezembro de 1988. Dispõe sobre a criação, estruturação e as atribuições da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA. Rio Branco, 1988.
- _____. Lei Municipal nº 964, de 08 de outubro de 1991. Institui o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. Rio Branco, 1991a.
- _____. Lei Municipal nº 966, de 11 de outubro de 1991. Institui o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. Rio Branco, 1991b.
- _____. Lei Municipal nº 1.028, de 03 de junho de 1992. Dispõe sobre a reestruturação, competências e atribuições da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA de Rio Branco – Acre. Rio Branco, 1992.
- _____. Lei Municipal nº 1.443, de 18 de outubro de 2001. Altera a Lei nº 1.028/92, que dispõe sobre a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde. Rio Branco, 2001b.

- _____. Lei Municipal Complementar nº 001, de 28 de abril de 2003. Dispõe sobre a organização da Administração do Poder Executivo Municipal, estabelece suas estruturas, princípios e diretrizes e dá outras providências. Rio Branco, 2003.
- _____. Lei Municipal nº 1.551, de 08 de novembro de 2005. Dispõe sobre a organização da Administração Pública Municipal, estabelece suas estruturas, princípios e diretrizes e dá outras providências. Rio Branco, 2005b
- _____. Lei Municipal nº 1.790 de 22 de dezembro de 2009, que dispõe sobre a organização da Secretaria Municipal de Saúde, sua estrutura: dá nova redação ao artigo 75 e Anexos da Lei Municipal nº 1.551, de 08 de novembro de 2005 e dá outras providências. Rio Branco, 2009b.
- _____. Programação Anual da Secretaria Municipal de Saúde, 2001. Rio Branco, 2001a.
- _____. Portaria Gabinete do Secretário Municipal de Saúde nº 050, de 24 de abril de 2009. Cria a estrutura organizacional do Departamento de Gestão de Pessoas. Rio Branco, 2009a.
- _____. Relatório de Atividades 1991. Rio Branco, 1991c.
- _____. Relatório Anual de Atividades de 1993 da Secretaria Municipal de Saúde. Rio Branco, 1993.
- _____. Relatório Final da 3ª Conferência Municipal de Saúde de Rio Branco. Rio Branco, 1996.
- _____. Relatório Anual de Atividades de 1999 da Secretaria Municipal de Saúde. Rio Branco, 2000.
- _____. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco 2004. Rio Branco, 2004a.
- _____. Relatório Final da 1ª Conferência Municipal de Saúde Bucal. Rio Branco, 2004b.
- _____. Relatório Final da 1ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador. Rio Branco, 2005a.
- _____. Relatório Final da 6ª Conferência Municipal de Saúde. Rio Branco, 2006.
- _____. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco 2007. Rio Branco, 2007.
- SILVA, F.B.; SOUZA, S. R. G. O sanitário desembarca na Amazônia. Pesquisas do Instituto Oswaldo Cruz na cidade de Rio Branco - AC (1912 – 1913). *Jornal Página 20*. Rio Branco, 10 mar. 2013. Disponível em: < <http://raimari9.blogspot.com.br/2013/03/o-sanitarismo-desembarca-na-amazonia.html> >. Acesso em: 08/06/2013.

CDG-SUS Rio Branco: uma experiência compartilhada de educação permanente centrada na gestão do cuidado em saúde

OSVALDO LEAL
RODRIGO SILVEIRA
JULIANA LOFEGO
ELISAMA LIMA
EMELYM DANIELA TONELLY

Incluído no planejamento estratégico do Departamento de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, o Curso de Desenvolvimento Gerencial para o SUS (CDG-SUS) tornou-se realidade a partir de outubro de 2011, com uma meta ousada: capacitar em um ano 250 gestores, trabalhadores, conselheiros, lideranças comunitárias e usuários do SUS. A decisão de apostar, na reta final de um governo municipal de oito anos, neste processo de capacitação, poderia representar aos olhos da política, além de um risco desnecessário, um esforço que não teria seus resultados auferidos e computados na matemática das realizações da gestão que se findava e, conseqüentemente, ao avalista político do processo – o prefeito.

Foi um risco que decidimos correr. Não se deve perder uma oportunidade destas, independentemente do momento político vivenciado. A crença na construção diária e coletiva dos referenciais da saúde pública em Rio Branco lastreou nossa decisão. A oportunidade da construção de compromissos coletivos desafiou-nos a bancar um amplo debate acerca da construção dos processos de gerenciamento da saúde no município de Rio Branco, a partir da proposta teórico-metodológica do CDG-SUS. Este propõe o “desenvolvimento das pessoas, das práticas de gestão e do cuidado em saúde, na perspectiva da integralidade da atenção, partindo da identificação de problemas e dificuldades,

significando a participação e importância de todas as pessoas envolvidas no processo” e, ato contínuo, o exercício da corresponsabilidade através de um pacto firmado e assinado por todas as partes.

Assim, o CDG-SUS acabou por transformar-se no catalisador dos processos de mudança já em curso no município, trazendo, além de um jeito novo para a construção de diálogos, animação, motivação e alegria que alimentam o espírito e podem transformar nosso trabalho em um exercício diário de prazer e felicidade. Transformou-se, portanto, num movimento de reafirmação e fortalecimento dos princípios que regem o SUS.

História do CDG-SUS

O CDG-SUS começou a ser elaborado em Mato Grosso, com o objetivo de qualificar as práticas de gestão e o cuidado em saúde nos municípios do estado. O curso foi executado junto às gestões municipais do SUS, em parceria com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso (Cosems-MT). O projeto teve apoio financeiro do Ministério da Saúde e seguiu as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente.¹

A primeira etapa aconteceu entre 2007 e 2008, quando foram ofertados oito cursos. Entre 2009 e 2010, a formação contemplou 47 cursos, sendo realizada mais de uma turma nas cidades mais populosas. O CDG-SUS alcançou 50 municípios, chegando às 16 regiões de saúde do estado. Os municípios foram escolhidos por colegiado do Cosems-MT, com prioridade para cidades com mais de 20 mil habitantes (Schrader; Müller Neto, 2012, p. 288).

Devido ao êxito do curso em Mato Grosso, o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems-RJ) buscou cooperação técnica para transferência de tecnologia. As instituições responsáveis por adaptar e aplicar o CDG-SUS no Estado do Rio de Janeiro foram o Lappis (IMS/UERJ) e o Instituto de

Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF). O projeto foi iniciado no 2º semestre de 2010.²

Com base na experiência acumulada a partir do CGD-SUS MT, o Lappis, através do Colegiado de Metodologias de Educação Permanente e em estreita parceria com o NDS-ISC-UFMT, fez as adequações pedagógicas e metodológicas necessárias à realização do curso no estado do Rio de Janeiro, de forma a atender às especificidades do estado, das regiões e dos municípios selecionados. A partir de então, já podemos falar no CDG-SUS RJ. (CRUZ, 2012).

No Rio de Janeiro, o CDG-SUS alcançou um total de 20 municípios no período de 2011 e 2012, selecionados conforme critérios estabelecidos na parceria com Cosems-RJ.

As avaliações positivas das experiências realizadas nesses dois estados geraram a possibilidade de multiplicação dos cursos em outros locais, sendo os que já tinham parcerias com o Lappis os primeiros a tomar conhecimento. O Acre é um desses lugares, pois tem pesquisas acompanhadas pelo Laboratório desde 2001.³ Percebeu-se na capital Rio Branco o potencial para a mobilização de pessoas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde e uma conjuntura propícia para se pensar criticamente a gestão e as práticas dos serviços de saúde.

Desenvolvimento do CDG-SUS em Rio Branco

O CDG-SUS em Rio Branco se iniciou de fato com a implantação do Núcleo Gestor local, que foi composto por representantes do Lappis e da SEMSA, dos Departamentos de Gestão de Pessoas e de Assistência à Saúde. O núcleo teve papel fundamental em todo o desenvolvimento do curso, construindo estratégias e tomando decisões como os critérios de seleção de tutores, a composição das turmas e as modalidades de divulgação e de inscrição para o curso.

¹ O curso foi desenvolvido sob a coordenação do Núcleo de Desenvolvimento em Saúde, do Instituto de Saúde Coletiva / Universidade Federal do Mato Grosso (NDS/ISC/UFMT), com assessoria do Lappis (IMS-UERJ).

² Projeto “Desenvolvimento de Metodologias e Capacitações Descentralizadas para Formação Gerencial no SUS em Municípios do Estado do Rio de Janeiro”.

³ Projeto “Experiências Inovadoras no SUS” (Lofego; Feitosa, 2002), pesquisa “Práticas Avaliativas na Atenção Básica” (Silveira et al., 2008), pesquisa “Avaliação Centrada no Usuário - Edital PPSUS MS/CNPq/FUNDHACRE 2006” (Silveira et al., 2009; Lofego; Silveira, 2011).

Nesse processo também foi realizada seleção para apoiador local. A estrutura de gestão e apoio do CDG-SUS Rio Branco foi fundamental para o sucesso do processo, pois, além de promover um clima de corresponsabilidade nas decisões, pode deixar tutores à vontade para desenvolver a metodologia proposta.

Uma das primeiras tarefas do núcleo gestor foi analisar o material didático e adaptá-lo à realidade local. O material do CDG-SUS é composto de um caderno de atividades; um caderno de textos, com a bibliografia básica do curso; e um caderno de indicadores do município de Rio Branco. Além disso, contém uma camisa do curso e um caderno de anotações. Esse material padronizado, entregue aos participantes em uma bolsa, dá condições aos mesmos de participarem das atividades de maneira organizada e com base na literatura.

Em seguida foi realizada a seleção de tutores, que levou em consideração a experiência em processos de ensino-aprendizagem e em gestão na área da saúde. Inicialmente foram selecionados 26 candidatos para participar das oficinas de formação, que foram conduzidas com apoio da coordenação do CDG-SUS de Mato Grosso. Numa segunda etapa, foi realizada uma oficina metodológica, que contou com participação de 14 candidatos, sendo ao final definidos os dez tutores que conduziram, em duplas, as turmas de Rio Branco. Desde o início, os tutores trabalharam de forma colaborativa e demonstrando total compromisso com o trabalho desenvolvido. A eficiência da tutoria ficou evidente nas avaliações finais realizadas pelos alunos, ao final de cada turma.

O processo de formação das turmas proporcionou intenso debate entre os participantes do núcleo gestor. O objetivo inicial era envolver gestores e trabalhadores da SEMSA. Já no início do processo, foi colocada a importância da participação de representantes do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Populares de Saúde (COPS), com destaque para o segmento de usuários, assim como de representantes dos movimentos sociais ligados à saúde. Um marco da gestão da SEMSA nos anos de 2011 e 2012 foi a aproximação da gestão com a comunidade, através da implantação dos COPS e da realização das Feiras de Saúde, em parceria com a Central de Articulação das Entidades de Saúde (CADES). Sendo assim, já em sua fase inicial, o

CDG-SUS propôs a participação ampla dos segmentos, com inclusão de trabalhadores, usuários e outros segmentos.

A definição de critérios para composição das turmas do CDG-SUS buscou oferecer vagas para trabalhadores e gestores da Secretaria de Estado da Saúde (SESACRE), e professores e estudantes de instituições formadoras como as Universidades e a Escola Técnica do SUS.

A primeira turma do CDG-SUS Rio Branco foi considerada experiência-piloto, tendo sido validada a metodologia e debatidas as questões de adaptação para as próximas turmas. Foi realizada na sala de pós-graduação da Universidade Federal do Acre e contou com todos os chefes de departamento da SEMSA, assim como alguns trabalhadores e usuários.

As demais foram realizadas na Escola Técnica do SUS, no período de abril a outubro de 2012, sendo na maioria das vezes realizadas duas turmas simultâneas. A composição das turmas foi de 25 pessoas em média, havendo no início um número menor de participantes e no final um número maior (quadro 1). Na avaliação do núcleo gestor, houve uma resistência inicial dos servidores ao novo processo de “capacitação”. Entretanto, com o sucesso das primeiras turmas, a abertura das inscrições e a intensificação da divulgação, houve aumento significativo na procura pelo curso. No final do processo, já era notório o desejo de outras pessoas de participarem do CDG-SUS, com a possível criação de novas turmas.

Quadro 1. Relação das turmas do CDG-SUS em Rio Branco com número e características dos participantes.

Turmas	Datas	No de participantes	Característica
1	9 a 27 de abril	20	Experiência piloto. Reuniu todos os diretores de Departamento da SEMSA e a Presidente do Conselho Municipal de Saúde.
2	7 a 25 de Maio	21	Reuniu pessoas que atuam na área da Saúde Mental, incluindo coordenadores de área técnica, trabalhadores das unidades, gestores de unidade, movimento social.
3	7 a 25 de Maio	17	Reuniu pessoas que atuam na área da Saúde da mulher, criança e adolescente.
4	18 de Junho a 6 de Julho	25	Reuniu pessoas que atuam na área da Saúde do idoso, incluindo coordenadores de área técnica, trabalhadores das unidades, cuidadores, movimento social e conselhos da área.
5	18 de Junho a 6 de Julho	22	Reuniu trabalhadores que atuam no setor de administração das Unidades de Saúde.
6	25 de Junho a 13 de Julho	32	Os participantes também participaram do curso de apoiadores da Política Nacional de Humanização.
7	27 de Agosto a 14 de Setembro	26	Grande parte dos participantes participou do XII Seminário Integralidade em Saúde.
8	27 de Agosto a 14 de Setembro	29	Grande parte dos participantes participou do XII Seminário Integralidade em Saúde.
9	1 a 19 de Outubro	25	A maior parte fez a sua inscrição pela internet.
10	1 a 19 de Outubro	25	A maior parte fez a sua inscrição pela internet.

Em três turmas (2, 3 e 4), tentou-se agrupar pessoas que atuam numa mesma área, sendo consideradas “turmas temáticas” que reuniram pessoas que atuam em Saúde mental, Saúde da mulher e da criança e Saúde do idoso. Na turma 5, houve intenção de agrupar trabalhadores de administração que atuam na gestão das unidades de saúde. Na turma 6, foram convidadas pessoas que estavam no processo de formação de apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH) da SEMSA, criando uma sinergia entre os cursos e potencializando os futuros apoiadores. Para as turmas posteriores, foi realizada a divulgação XII Seminário Nacional Integralidade em Saúde, realizado em agosto de 2012 em Rio Branco, o que aumentou a procura por essas turmas (quadro 1).

Ao longo do desenvolvimento do curso, houve dois momentos de avaliação: um do núcleo gestor, após a terceira turma; e uma do núcleo com os tutores, após a sexta turma. Esses momentos de avaliação foram cruciais para a troca de ideias entre os tutores e a definição de estratégias para divulgação e composição das turmas.

O processo de realização de turmas simultâneas e sequências em um mesmo ambiente (ETSUS), com a utilização de metodologias ativas, fez com que o curso se tornasse um movimento, no qual as situações influenciam outras posteriores, num processo crescente que cria identidade, relações afetivas e um potencial de formação de rede. Esse movimento, além de ter sido muito bem avaliado pelos participantes, proporcionou um clima de renovação das práticas, motivando os trabalhadores para sua atuação no SUS e criando possibilidades para a melhoria da qualidade do sistema.

No encerramento das turmas, toda a equipe, composta pela coordenação do Lappis, o núcleo gestor local e os tutores, se reuniu para avaliação final, que embora tenha sido muito positiva, explicitou os pontos altos do curso e aqueles que poderiam ter sido feitos de forma diferente, ou que se apresentam como desafios.⁴ No final do processo, o núcleo gestor promoveu duas atividades que traduziram

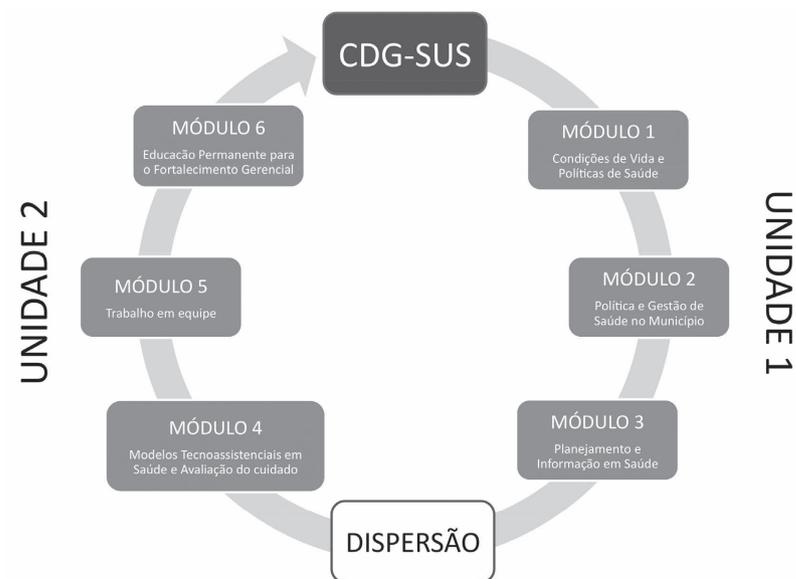
⁴ Ver textos sobre a avaliação do CDG-SUS nesta coletânea: “Renovação, compromisso e necessidade de diálogo: a avaliação do curso nos relatos dos participantes” e “Avaliação do CDG-SUS Rio Branco: a devolutiva dos participantes”.

seu compromisso com os participantes e com o sistema. A primeira foi um evento de certificação, para o qual todos os participantes foram convidados, e puderam perceber como se desenvolveu o processo como um todo. A segunda foi a apresentação da Agenda de Fortalecimento Gerencial no Conselho Municipal de Saúde, visando articular força para sua efetivação como ferramenta de gestão construída por um coletivo constituído por pessoas dos diversos segmentos de atuação.

Modelo pedagógico

O CDG-SUS é um curso de 80 horas, sendo 60 presenciais em duas unidades, num período diário de seis horas. No total são três semanas de curso, sendo a segunda uma semana de dispersão, quando os participantes têm uma tarefa definida. Na primeira e terceira semanas, ocorrem os momentos presenciais em módulos que abordam os temas mais relevantes para a saúde coletiva (figura 1).

Figura 1. Estrutura modular do CDG-SUS Rio Branco



Uma das características marcantes do CDG-SUS é seu modelo pedagógico. A opção adotada por seus formuladores foi a pedagogia crítico-reflexiva, na qual o conhecimento é construído conjuntamente com protagonismo dos participantes. O curso é todo realizado com metodologias ativas, com trabalhos em grupo, dinâmicas e aulas dialogadas, privilegiando a análise e a intervenção sobre a realidade vivida pelos participantes no cotidiano do SUS. O processo dialógico, aliado à possibilidade de influenciar seu próprio cotidiano, resultou num movimento com alto potencial de mobilização, que pode restaurar a motivação para o trabalho e renovar as ações desenvolvidas. A intenção de utilizar um modelo pedagógico dialógico foi expressa na citação abaixo, dos coordenadores do curso em Mato Grosso.

Apostamos na possibilidade de se chegar ao entendimento no processo educacional por meio de exercício racional de argumentação não coercitiva, valorizando, desse modo, as experiências do cotidiano dos sujeitos participantes. Essa premissa implica pensar o curso enfatizando as metodologias participativas, a cooperação e o diálogo (Schrader; Müller Neto, 2012, p. 285).

Alguns princípios nortearam a escolha das atividades de ensino-aprendizagem: o resgate da história do SUS, integração entre as dimensões cognitivas e afetivas no aprendizado, a centralidade no usuário e a construção de uma agenda de trabalho.

O conhecimento da história do sistema de saúde em nível nacional e local é fundamental para pensar os processos futuros. É com base no passado que construímos o futuro. O resgate da construção do SUS foi feito com a utilização do documentário “Políticas de Saúde no Brasil” (BRASIL, 2006), e o debate dos períodos, conforme a conjuntura política e as mudanças no sistema de saúde.

Um dos pontos mais emocionantes do curso é o resgate da história do SUS local. As metodologias utilizadas são o mosaico e a história viva. No mosaico, a metade da turma reuniu fotos e documentos históricos de eventos locais e do cotidiano de trabalho no processo de construção do SUS no Acre, em especial em Rio Branco. Na memória viva, os tutores convidam uma pessoa que tenha vivenciado os vários processos de mudança no sistema de saúde. Este contava, através de narrativa

livre, suas vivências nos anos em que atuou ou que teve contato com o SUS. Durante a apresentação dessas atividades, as pessoas se emocionam e reconhecem o trabalho desempenhado, criando um sentimento de pertença em relação ao SUS e de identidade entre as pessoas, criando um ambiente protegido no qual os participantes puderam se expressar com mais segurança e confiança. O clima de integração facilitou o estabelecimento de um espaço público de diálogo e construção.

Os conteúdos abordados ao longo do curso são discutidos colocando a perspectiva do usuário no centro do processo. Os participantes partem da análise do caso do “Seu Pedro”, que foi construído a partir do itinerário terapêutico de um usuário de Mato Grosso. Com base nas vivências do mesmo em busca de cuidado para lidar com uma complicação de diabetes, os grupos de trabalho analisam as características do sistema em aspectos como recursos humanos e financiamento. Com essa metodologia, a intenção foi colocar a perspectiva do usuário no centro do processo avaliativo (Pinheiro; Martins, 2009) logo do início, para só então abordar a forma tradicional de avaliação, através de indicadores de saúde.

A integração das dimensões cognitivas e afetivas procurou ser realizada ao longo de todo o curso. Os debates importantes para o conhecimento e atuação sobre o SUS foram feitos em diversos momentos, a partir de dramatizações, dinâmicas ou tarefas de construção em pequenos grupos. Desta forma, a ideia foi sempre aprender sentindo, o que proporciona maior grau de introjeção de determinados conceitos ou ações que dizem respeito, principalmente, a valores e atitudes que norteiam a prática.

Para a semana de dispersão, a tarefa dos grupos de trabalho foi realizar entrevistas com trabalhadores e usuários de unidades de saúde. O conteúdo dessas entrevistas foi a base para os debates e construções que os grupos produzem na unidade 2. Desta forma, o conteúdo foi trabalhado de acordo com a realidade vivenciada no cotidiano do sistema de saúde local, criando uma reflexão sobre o modelo assistencial e sobre os processos de trabalho das equipes.

O curso parte da análise da realidade para a intervenção sobre as práticas cotidianas. Ao abordar os conteúdos de planejamento no módulo 3, a principal ferramenta de trabalho no curso, a rede

explicativa (figura 2) foi apresentada aos participantes. A partir de então, todos os trabalhos em grupos são para construção de redes explicativas conforme a temática do módulo. Dessa forma, foram construídas quatro redes explicativas por grupo, num total de 16 por turma. Destas, foram escolhidas quatro para compor a “Agenda de Fortalecimento Gerencial”.

No encerramento de cada turma, os participantes apresentaram a agenda ao Secretário Municipal de Saúde e à Presidente do Conselho Municipal de Saúde, que assinaram, junto a um representante de cada turma, um termo de compromisso criando um grupo de trabalho para o seguimento e implantação das ações. Esse ato resultou no sentimento de corresponsabilidade necessário para dar credibilidade ao processo de construção e proposição realizado pelos participantes do curso.

Figura 2. Modelo de explicativa utilizada no CDG-SUS Rio Branco

Situação-Problema (seleção)	Defina o problema: onde, quando, quanto (indicadores), com quem e como acontece	Explique o problema: causas primárias e secundárias (o 1º porquê e o 2º porquê)	Objetivos* (por causa)	Ação Estratégica	Responsáveis/ Parceiros

Considerações finais

Das políticas públicas de Estado de caráter permanente, expressas na Constituição Federal de 1988, a saúde, pelo que se propõe, por suas características intrínsecas, pelo compartilhamento da gestão e do financiamento, pela necessidade de legitimar-se socialmente, pelas disputas políticas que envolvem ideários distintos no entendimento do significado da saúde na vida das pessoas e suas comunidades, é a mais fragilizada e vulnerável aos humores da política. Mais recentemente, num desdobramento prático da disputa ideológica, o discurso sedutor em torno de uma visão mercadológica da saúde, e

desqualificador, por conseguinte, das conquistas de pouco mais de vinte anos do início da construção de um sistema de saúde para todos os brasileiros – o SUS –, torna ainda mais difícil a tarefa da construção de argumentos capazes de se sobrepor a este discurso.

A busca por resultados cada vez mais rápidos no curso do chamado “tempo da política” é responsável, em última instância, pelos ciclos de desconstrução e recomeço, o que na prática significa estabelecer novas estratégias e novos pactos buscando a legitimação interna (dentro do governo) e externa (no seio da sociedade) com o ônus da descontinuidade de processos em curso e um bônus nem sempre auferido da garantia do sucesso da empreitada. Tarefa difícil de imaginar, comandada pelos que buscam apenas cumprir o “tempo da política”.

A trajetória de construção de um sentimento de corresponsabilidade pelo SUS, que efetivamente aconteceu no final da gestão, nos mostra que apesar da conjuntura desfavorável, conseguimos transformar o cotidiano do trabalho através da criação de espaços de diálogo e construção conjunta. Estes se configuram em verdadeiros espaços públicos de participação na gestão. A experiência do CDG-SUS ofereceu um novo significado à importância do trabalhador no sistema de saúde. Os laços criados foram capazes de construir referências concretas que fortalecem o SUS e ampliam a capacidade organizativa e a força política, capazes de, em última instância, oferecer a resistência necessária às possíveis mudanças advindas de conjuntura política.

O curso gerou um movimento intenso no SUS em Rio Branco, devido à sua potência transformadora para um novo agir ético-político de cada pessoa envolvida no processo. De fato, as práticas em saúde em nosso município tiveram um “antes e depois” do CDG-SUS.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana. Universidade Federal Fluminense. Fundação Euclides da Cunha. Tapiri Cinematográfica. *Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 min. DVD
- CRUZ, G.V.G.G. *A Integralidade como dispositivo ético-político-pedagógico da educação permanente na formação gerencial do SUS em município do Estado do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-

Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012.

LOFEGO, J.; FEITOSA, A. Utilização integrada das bases de dados nacionais para geração de parâmetros assistenciais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. *Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

LOFEGO, J.; SILVEIRA, R. Três Marias e seus itinerários terapêuticos: mediadores na busca de cuidado para o câncer de cólo de útero em uma Regional de Saúde no Estado do Acre. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.

SCHRADER, F.T.; MULLER NETO, J.S. Experiência de ensino aprendizagem e produção do cuidado em saúde: o Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS em Mato Grosso. In: PINHEIRO, R. ET al. (Orgs.). *Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2012.

SILVEIRA, R.; LOFEGO, J; REBOUÇAS, M. et al. As redes sociais e o território: desafios para as transformações do cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.

SILVEIRA, R.; LOFEGO, J.; LEAL, O. Desenhos organizadores da integralidade e práticas avaliativas na atenção básica em Rio Branco. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

Tutoria no CDG-SUS: exercitando metodologias ativas com os atores do SUS

VALÉRIA MATOS
VALGERLÂNGELA SILVA
ÉRICA FARIA
DOUGLAS ANGEL
ANALDEMYRA MOREIRA
AMANDA AMORIM
ADÔNIDAS RODRIGUES JR.

O Curso de Desenvolvimento Gerencial do Sistema Único de Saúde (CDG-SUS) na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (SEMSA) consistiu numa estratégia de educação permanente para trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde. Foi planejado e executado por meio de convênio firmado entre a SEMSA e o Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS). Contemplou 242 participantes, distribuídos em dez turmas, e foi realizado no período de abril a outubro de 2012. A proposta metodológica do CDG-SUS objetivou o desenvolvimento de pessoas e práticas de cuidado. Com uma abordagem centrada na integralidade e na construção coletiva de conhecimentos, foi um processo fundamentalmente participativo, no qual a vivência de cada indivíduo foi parte integrante na mudança de conceitos e na adoção de novas práticas.

De acordo com Paulo Freire (2011), a educação problematizadora é um processo de interação entre o sujeito e ambiente e a relação dialógica estabelecida entre ambos, em que o resultado é a reflexão crítica da realidade na qual o indivíduo está inserido, incentivando a autonomia e gerando mudanças. Para o autor, o educando deve ser visto como sujeito ativo de seu próprio desenvolvimento e o educador, uma presença orientadora.

A atuação do tutor na área de formação do profissional de saúde deve contemplar momentos de escuta e o compartilhamento de opiniões durante o exercício dessa função. Estão envolvidos aspectos humanos

e pessoais, tais como valores e visão de mundo, assim como aspectos técnicos e científicos referentes ao SUS (Pagani; Andrade, 2012).

Para Geib et al. (2007), tutorar significa cuidar, defender e assistir. Reflete um sentido de relação próxima e orientação sistemática de grupos de alunos, realizada por pessoas experientes na área de formação. Considerando esse entendimento, o tutor deve ter senso de coesão grupal e apresentar atributos pessoais que contemplem paciência e tolerância, senso ético, comunicação efetiva; e gostar e acreditar nos benefícios das atividades realizadas de forma coletiva.

Conceito similar é apresentado por Schrader e Müller Neto (2012), ao definirem que para o melhor desenvolvimento do CDG-SUS, o tutor deveria ter o papel fundamental de:

[...] dominar os conceitos e saber trabalhar a metodologia do curso; saber escutar, acolher, estabelecer vínculos e compromissos com os participantes; saber facilitar o diálogo, o entendimento e a interação; ter a habilidade para coordenar o trabalho dos grupos e lidar com conflitos; ter sensibilidade política para enfrentar e lidar com problemas decorrentes de conflitos entre trabalhadores, usuários e gestores; ter atitude democrática e afeita à crítica, práticas democráticas, favoráveis ao desenvolvimento pessoal e coletivo, visando à autonomia e emancipação das pessoas. (Schrader; Müller Neto, 2012. p. 291).

Este texto apresenta a trajetória da tutoria no CDG-SUS em Rio Branco, mostrando de que forma os tutores trabalharam, interagiram, orientaram e compartilharam saberes com trabalhadores, gestores e usuários, a partir da percepção dos autores e subsidiados por relatos de alguns tutores que participaram deste processo formativo.

Processo seletivo e formação de tutores

O CDG-SUS foi conduzido por tutores da área da saúde, com a colaboração de uma apoiadora local, que atuou como interlocutora entre alunos, tutores, núcleo gestor e coordenação do curso. Para a condução do CDG-SUS, foi criado inicialmente um Núcleo Gestor do Projeto, composto por gestores da SEMSA e pesquisadores do Lappis. Este núcleo teve como atribuição propor e elaborar material didático que contemplasse as especificidades do município; definir critérios para seleção de tutores e alunos; acompanhar o desenvolvimento do curso;

assegurar apoio logístico para a realização das atividades e promover e participar das atividades de avaliação do projeto (Rio Branco, 2011).

O processo seletivo para a tutoria ocorreu em duas fases de caráter eliminatório. A primeira consistiu na análise curricular dos candidatos, quando foram identificados profissionais com perfil para atuar na proposta metodológica do CDG-SUS e com comprovada experiência e/ou especialização nas áreas de gestão pública, políticas públicas e de saúde, saúde coletiva, planejamento, avaliação ou gestão de serviços e sistemas de saúde, desenvolvimento gerencial do SUS e docência. Na segunda fase, foi realizada a Oficina de Formação de Tutores. O objetivo foi proporcionar conhecimento da metodologia de execução do curso, sendo primordial para a formação do tutor. Participaram 20 candidatos selecionados na primeira fase, sendo definidos posteriormente dez tutores que trabalharam em duplas para melhor condução do curso.

Proposta metodológica do CDG-SUS: construção do conhecimento

As exigências de qualificação profissional apresentam implicações para a formação dos profissionais de saúde. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área de saúde fortalecem a necessidade de ofertar uma formação articulada com o SUS.

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (Brasil, 2001 p.2).

Para isso, há uma tendência em fortalecer o processo ensino-aprendizagem e a substituição de práticas tradicionais por práticas democráticas, dialógicas e libertadoras, através do que se tem chamado de metodologias ativas.

As Metodologias Ativas são aquelas onde o educando é o centro da aprendizagem onde a construção do conhecimento é realizada pelo conjunto de atores envolvidos no processo, possibilitando o desenvolvimento da autonomia e a formação de sujeitos críticos e reflexivos (Acre, 2008 p.24).

Nestas, o aluno é convidado a romper com a dicotomia entre a teoria e a prática, tornando-o protagonista de seu processo de aprendizagem, promovendo aprendizagem significativa,¹ onde os professores assumem o papel de mediadores/facilitadores/tutores. O CDG-SUS foi pensado na ótica da Educação Permanente em Saúde e considera a realidade cotidiana como fonte de reflexão para o processo de aprendizagem e de estratégias de enfrentamento dos problemas identificados no processo de trabalho das equipes de saúde. Sua fundamentação metodológica é baseada em diálogos, no qual a construção do saber se dá de forma conjunta, crítica e inserida no contexto social.

A proposta metodológica do CDG-SUS foi baseada em metodologias ativas, com o objetivo de provocar inquietações nos participantes, empoderá-los sobre a temática e fazê-los repensar suas práticas de saúde, seja ele acadêmico, gestor, trabalhador ou usuário do SUS. O curso disponibilizou, aos tutores e participantes, material pedagógico composto por uma coletânea de textos básicos, um caderno de atividades, um caderno de indicadores de saúde e um caderno do tutor.

As atribuições do tutor no CDG-SUS envolveram funções pedagógicas, sociais e organizativas, tais como: apresentar o material utilizado no curso; responder às questões sobre a instituição formadora e os serviços de saúde; orientar os participantes a planejarem seus trabalhos; organizar grupo de estudo; orientar os trabalhos práticos e de dispersão, intermediar, quando necessário, as relações entre os participantes, e destes com a coordenação do curso.

Durante o curso, foram utilizadas técnicas participativas como: estudos dirigidos, trabalhos em grupo, plenárias, apresentação de vídeos, dinâmicas de apresentação e integração, aulas dialogadas e estudos de casos. Além dessas, ainda foram utilizadas ferramentas como o mosaico e a memória viva, que possibilitaram a reconstrução da história dos sujeitos que colaboraram com o SUS local. Também foram realizadas entrevistas com usuários e trabalhadores e, a partir destas, a construção de narrativas que contribuíram para a construção das redes explicativas² (Schrader; Müller Neto, 2012).

No desenvolvimento do curso, o itinerário terapêutico do Sr. Pedro, identificado como usuário do SUS e portador de uma condição crônica, orienta e direciona o debate, fazendo os participantes refletirem sobre acesso, integralidade, política pública de saúde, corresponsabilidade e participação. A partir do itinerário terapêutico, pode-se trazer a perspectiva do usuário para o centro do processo reflexivo sobre a organização do sistema.

O curso teve duração de três semanas, com duas presenciais e uma de dispersão entre elas. Na primeira semana, foi ministrada a **Unidade I: Condição de vida, política e gestão do SUS** (Módulo 1 - Condição de vida e política de saúde; Módulo 2 - Política e gestão de saúde no município; e Módulo 3 - Informação e planejamento em saúde), com duração de 30 horas. Durante a semana de dispersão, os participantes foram orientados a realizar uma atividade com duração de 20 horas do **Eixo integrador: Trabalho de campo**. A atividade consistiu na leitura de textos, pesquisa no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e visita a unidades de saúde para entrevista com usuários e trabalhadores. O material coletado nas entrevistas subsidiou os trabalhos realizados no segundo momento.

Na segunda semana, foi trabalhada a **Unidade II: Gerenciamento e organização do sistema e serviços de saúde: integralidade e direito à saúde**, com duração de 30 horas (Módulo 4 - Modelos tecnoassistenciais em saúde e avaliação do cuidado; Módulo 5 - Trabalho em equipe;

¹ De acordo com Ausubel et al. (1986, p.159), “o aprendizado significativo acontece quando uma informação nova é adquirida mediante um esforço deliberado por parte do aprendiz em ligar a informação nova com conceitos ou proposições relevantes preexistentes em sua estrutura cognitiva”.

² Para detalhamento sobre redes explicativas, ver o capítulo “Agenda em Redes: construindo planejamento participativo responsável”, nesta coletânea.

Módulo 6 - Gerência de recursos na unidade; e Módulo 7 - Educação permanente para fortalecimento gerencial do SUS).

Ao final de cada módulo, foi elaborada uma rede explicativa a partir da análise dos problemas identificados nos trabalhos de grupo. Essas redes foram consolidadas pelos participantes e compuseram a Agenda de Fortalecimento Gerencial, instrumento criado para firmar compromisso entre gestão, participantes e Conselho Municipal de Saúde, apresentada e discutida no último dia do curso. A agenda contém os encaminhamentos e ações prioritárias para a solução dos problemas identificados nos serviços de saúde do município.

O relato das experiências dos participantes possibilitou que dúvidas, anseios, emoções, conquistas e até mesmo frustrações compartilhadas nos grupos, dessem significado às discussões e reflexões acerca da assistência em saúde. Nesses momentos, cabia ao tutor mediar as falas e os conceitos surgidos durante as discussões, sempre considerando todo conhecimento importante para o processo de transformação e ajustes desses conceitos e a construção de ideias coletivas.

Experiência de tutoria: impressões sobre o CDG-SUS

O primeiro contato com o CDG-SUS foi revitalizador, emocionante ao ponto de amarmos e ficarmos mais envolvidos por este Sistema de Saúde. O processo de capacitação dos tutores proporcionou a aprendizagem com o compartilhamento de experiências e conhecimentos, desenvolvimento de um trabalho integrado, constante e transformador (Tutor 1).

A tutoria no CDG-SUS trouxe consigo desafios a serem enfrentados. Nos relatos dos tutores, esses desafios são declarados principalmente sobre a familiarização com essa nova tecnologia, com a maneira diferente de trabalhar conteúdos que facilitassem a compreensão do SUS pelos participantes e gerassem mudanças no processo de trabalho.

Confesso que meu maior receio era se, enquanto tutora, seria capaz de despertar naquele participante o interesse pelo conteúdo, se conseguiria atender as expectativas e principalmente fazer a diferença, para que o CDG - SUS fosse entendido como grande potencial de motivação e mudança de práticas (Tutor 2).

Vi no CDG-SUS a oportunidade de melhorar a relação entre gestão e servidores. Durante o processo de formação, além dessa oportunidade, o Curso proporcionou motivação, novas formas de planejar, trabalhar juntos, e reafirmou a importância de incluir o usuário nestes processos (Tutor 4).

Durante o processo de formação dos tutores, as expectativas eram de que essa nova metodologia de trabalho seria capaz de aprimorar os conhecimentos, motivar os profissionais da rede e estabelecer uma gestão participativa.

O meu primeiro contato com o CDG-SUS foi no núcleo gestor, onde percebi que a proposta metodológica do curso poderia movimentar a relação que se dava no processo de trabalho das Equipes de Saúde. Os profissionais se encontravam desmotivados, e vi na metodologia uma maneira de reacender a chama da luta pela consolidação do SUS (Tutor 6).

Foi um sentimento de esperança, porque apesar de não ter tanto tempo de experiência no serviço, já estava entrando em uma prática mecanizada, por ver profissionais que não acreditavam mais na proposta de que o SUS é um sistema que veio para atender as necessidades de saúde individuais e coletivas da população (Tutor 5).

A inquietação inicial para os tutores era: *seria possível atingir o objetivo proposto, de transformar as práticas e desenvolver pessoas?* Paulo Freire (2011) aborda que a educação pode seguir dois caminhos: um para domesticação e outro para libertação. Para este último caminho, é necessário ter métodos, técnicas, práxis adequadas para a libertação do indivíduo. O CDG-SUS trouxe essa proposta de desenvolvimento da consciência crítica para a ação transformadora.

O curso trouxe à tona a importância da transformação das práticas tradicionais em práticas inovadoras. E falando em transformar pessoas, uma interrogação pairava em nossas mentes: “como transformar pessoas?”, “É possível?”. Eu respondo que sim, é possível, pois foi necessária a transformação primeira em nós mesmos (Tutor 1).

Para trabalhar o desenvolvimento da consciência crítica, o tutor assume funções estratégicas de diálogo, de escuta, de respeito às

opiniões, de interação com o grupo e de coordenar para que ao final todos compreendam que são protagonistas e possuem potencial para ação transformadora da realidade.

Ensinar e aprender: a troca de experiências entre os sujeitos

A aprendizagem permitiu estabelecer relações entre o tutor e os participantes. Freire (2002, p.25) pontua que não há docência sem discência, ou seja, “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”.

É possível educar, porém não se pode esquecer que só há ensino quando alguém aprende, quando este aprendizado deixa uma marca. Ser Tutor é valorizar as falas dos participantes, é continuar incentivando, considerando as opiniões, compreender suas particularidades e contribuir para a sua formação (Tutor 1).

A melhor parte no desenvolvimento do trabalho foi perceber a troca de informações entre os participantes, e a contribuição de todo o processo para uma nova maneira de fazer saúde. Eu aprendi junto com o grupo. Aprendi a ouvir, a calar, ponderar e enxergar o diferente como possibilidade de renovação (Tutor 2).

Com a proposta metodológica, acreditava-se que os participantes seriam envolvidos pelo curso, pois a metodologia ativa permite ao indivíduo refletir sobre seu cotidiano, sua realidade, identificando os problemas, construindo e avaliando seus processos de trabalho.

A metodologia ativa fez com que os participantes pudessem se sentir parte de todo o processo. Conduzir o grupo para a execução dos trabalhos, ver surgir possibilidades em cada debate e a riqueza de valor nas falas e na vivência de cada participante foi uma experiência surpreendente (Tutor 2).

Foi perceptível nos relatos dos participantes que a metodologia aplicada permitiu identificar os problemas enfrentados no seu cotidiano e, além disso, com as redes explicativas esses participantes tiveram a oportunidade de construir as possíveis soluções (Tutor 1).

O planejamento entre os tutores foi uma estratégia que facilitou o desenvolvimento do curso. Esse compartilhamento de saberes permitiu que as atividades desenvolvidas tivessem seus objetivos alcançados, em

especial a orientação e o acompanhamento dos trabalhos de grupo.

Para trabalhar a proposta metodológica, o planejamento é uma ferramenta fundamental. A dupla dos tutores precisava estar em sintonia para perceber o perfil da turma que estava sendo conduzida [...] Nós tutores, tínhamos que planejar dinâmicas que contemplassem o objetivo do tema a ser discutido em cada dia, mas que fossem rápidas e sobrasse um maior tempo para os momentos dos debates em grupo (Tutor 5).

Vejo a estratégia de trabalho em dupla como ponto positivo, pois só reafirmou os conceitos que defendemos de planejamento conjunto e apoio no desenvolvimento das ações (Tutor 4).

A definição dos papéis e a organização sistemática das atividades executadas durante as seis horas diárias de curso foram essenciais para que o trabalho em duplas fosse desenvolvido de forma sincronizada e não gerasse sobrecarga de trabalho de um tutor em detrimento do outro.

As atividades eram pensadas, planejadas nos mínimos detalhes. O tempo era cronometrado com o objetivo de podermos aproveitar cada minuto. Todas as dinâmicas tinham uma ligação com o tema a ser trabalhado naquele dia (Tutor 2).

O perfil heterogêneo das turmas, que variavam em sua composição e inserção no serviço, foi um fator que enriqueceu as discussões. Trabalhar conceitos, normas, leis e portarias com pessoas com saberes populares, culturais e científicos distintos foi um desafio.

Nas turmas em que trabalhei, a diversidade dos saberes dos participantes enriqueceram as discussões e contribuíram para a compreensão dos temas propostos. Destaco aqui, uma turma composta em sua maioria por pessoas de diferentes instituições e que tinham conhecimento básico em saúde, e ao final do curso em seus depoimentos percebi que houve mudanças de conceitos e percepções (Tutor 1).

Enquanto tutores de um processo que incentivou a reflexão e análise baseada na realidade local, fomos levados a refletir juntos. As diferentes opiniões e realidades favoreceram o crescimento profissional e pessoal. O debate entre gestores, trabalhadores e usuários foi de

fundamental importância, pois se percebeu que os saberes não se sobrepõem – eles se complementam.

Considerações finais

A proposta do CDG-SUS, um desafio a princípio, despertou grande interesse e um sentimento de que poderia ser o diferencial que faltava para a transformação de práticas no cotidiano dos serviços de saúde. Conduzir esse movimento foi significativo, trouxe-nos a reflexão sobre a complexidade de lidar com diversos sujeitos, cada um com sua personalidade, saberes e emoções.

Desde a primeira oficina de formação dos tutores, para compreender esse processo inovador de formação, vimos necessidade de nos desfazer de algumas práticas de ensino-aprendizagem tradicionais e nos dotarmos de novas posturas e instrumentos metodológicos. A partir daí, com o desafio lançado, era preciso realizar uma abordagem dinâmica, no intuito de envolver e estimular trabalhadores, gestores e usuários a fazer emergir suas potencialidades e buscar, na vivência do seu cotidiano na saúde, soluções para os problemas identificados.

Acreditamos que esse processo foi enriquecedor tanto para os tutores quanto para os participantes. Ouvir dos trabalhadores e gestores o quanto o curso ampliou sua visão e renovou sua motivação para mudar determinadas realidades demonstrou que esse momento de qualificação foi destinado a troca de saberes e consolidação de ideais que convergem para um mesmo objetivo no campo da saúde, a melhoria da qualidade da assistência. Percebeu-se que uma das principais contribuições do curso para os usuários foi a oportunidade de conhecer o funcionamento do SUS, suas normas e diretrizes, e compreender as dificuldades encontradas nos serviços de saúde.

O CDG-SUS reafirmou que é possível fazer saúde quando há disponibilidade de parar, refletir e agir de modo significativo para a realidade apresentada. A aprendizagem adquirida pela experiência com a tutoria no curso, além de proporcionar desenvolvimento cognitivo, permitiu transformação pessoal e o sentimento de ter contribuído com o processo histórico de construção do SUS, através das memórias e experiências dos participantes e colaboradores.

Os desafios foram muitos, mas a vontade de provocar mudanças no setor saúde foi ainda maior. Por ser baseado na Política de Educação Permanente, o CDG-SUS, com sua proposta inovadora, contribui para o fortalecimento das práticas de saúde e deve ser considerado como parte integrante da política de qualificação profissional.

Referências

- ACRE. Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha. *Projeto Político Pedagógico*. Rio Branco, 2008.
- AUSUBEL, D.P.; NOVAK, J.D.; HANESIAN, H. *Educational psychology: a cognitive view*. New York: Warbel & Peck, 1986.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES N. 1.133, de 07 de agosto de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. *Diário Oficial da República Federativa da União*. Brasília, 03 out. 2001, Seção 1E, p. 131.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.
- GEIB, L.T.C. et al. A tutoria acadêmica no contexto histórico da educação. *Rev. bras. enferm.* [online], v.60, n.2, p.217-220, 2007.
- PAGANI, R.; ANDRADE, L.O.M. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. *Saúde soc.*, v.21, supl.1, p.94-106, 2012.
- SCHRADER, F.T.; MÜLLER NETO, J.S. Experiência de ensino-aprendizagem e produção do cuidado em saúde: o curso de desenvolvimento gerencial do SUS em Mato Grosso. In: PINHEIRO, R.; SILVEIRA, R. (Orgs.). *Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2012.
- RIO BRANCO. Portaria Gabinete do Secretário Municipal de Saúde, nº 344, de 21 de agosto de 2012. Institui o Núcleo Gestor do Curso de Desenvolvimento Gerencial para o SUS – CDGSUS.

Agenda em redes: construindo planejamento participativo responsável

RODRIGO SILVEIRA
DOMISY VIEIRA ANUTE
HIGNÊS SENA
TUIANNE CAMBOIM MORAIS
EMELYM DANIELA TONELLY

Introdução

No processo de consolidação do SUS, uma das áreas que mais se desenvolveu a partir dos anos 2000 foi a Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. A partir de 2003, com a criação de secretaria específica no organograma do Ministério da Saúde e setores correspondentes nas Secretarias Estaduais e Municipais, várias ações vêm sendo propostas com destaque para o desenvolvimento da noção de Educação Permanente. Este conceito articula a educação ao trabalho, dando destaque para ações dialógicas que envolvem toda a equipe no cotidiano de suas ações nos serviços de saúde. Nas ações de Educação Permanente, o processo educativo é participativo, pauta-se na realidade e se dá a partir das experiências que os profissionais vivenciam em seu dia a dia, ajudando os profissionais a reconhecerem suas próprias limitações e necessidades de aprendizado, e resultando em transformações no processo de trabalho das equipes. Desta forma, a educação acontece *no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho* (ROVERE, 1994).

O Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS (CDG-SUS), realizado em 2012 em Rio Branco, tem na noção de Educação Permanente a base de seu processo, pois reúne diferentes atores no debate sobre problemas do cotidiano do SUS local, elencados pelos mesmos, proporcionando diálogo e construção de estratégias para melhoria do sistema. No desenvolvimento do curso, o principal

mecanismo de participação acontece em torno da capacidade de planejamento participativo, e a ferramenta de trabalho utilizada é a Rede Explicativa (figura 1). Trata-se de um instrumento tradicionalmente utilizado no planejamento estratégico que procura definir um problema, saber suas causas primárias e secundárias, e propor ações estratégicas que possam atuar nessas causas, de maneira a alterar a configuração dos problemas. As redes definem também prazos e responsáveis pela execução, definindo a operacionalização do que é acordado. O conjunto de Redes explicativas trabalhadas no CDG-SUS compõe a Agenda de Fortalecimento Gerencial do SUS em Rio Branco.

Ao final de cada turma, houve assinatura de um Termo de Compromisso pelo Secretário Municipal de Saúde, a presidente do Conselho Municipal de Saúde e um representante eleito pela turma, comprometendo-se a acompanhar a agenda e sua utilização no processo de planejamento das ações de saúde em Rio Branco. A Agenda de Fortalecimento Gerencial foi o principal produto do curso que constitui o elo entre as discussões ocorridas durante as turmas e a formulação e implantação das políticas de saúde em Rio Branco.

O objetivo deste texto é promover a análise das redes explicativas que compõem a Agenda de Fortalecimento Gerencial do SUS em Rio Branco, identificando os caminhos para a Política de Saúde apontados pelos debates ocorridos durante as dez turmas do CDG-SUS em 2012.

Figura 1. Modelo de rede explicativa adotada no CDG-SUS Rio Branco

Situação-Problema (seleção)	Defina o problema: onde, quando, quanto (indicadores), com quem e como acontece	Explique o problema: causas primárias e secundárias (o 1º porquê e o 2º porquê)	Objetivos* (por causa)	Ação Estratégica	Responsáveis/ Parceiros

Metodologia

As redes explicativas são planilhas que partem de um problema selecionado e lapidado pelos grupos de trabalho com a ajuda dos tutores. Esses grupos foram fixos do início ao fim do curso e construíram as redes a partir de atividades ou situações “disparadoras” trabalhadas pelos tutores. No início, cada grupo desenvolveu uma rede sobre um tema ligado à gestão a partir da análise de um itinerário terapêutico de um usuário – financiamento, controle social, planejamento, recursos humanos. Posteriormente, nas três atividades subsequentes, todos os grupos escolhiam problemas a partir das análises do caderno de indicadores de saúde do município, e das entrevistas com usuários e trabalhadores realizadas na dispersão.

Nas dez turmas do CDG-SUS realizadas em Rio Branco, cada grupo, constituído em média por seis pessoas, construiu quatro redes explicativas abordando diferentes problemas, escolhendo ao final do curso apenas uma para compor a Agenda de Fortalecimento Gerencial do SUS. Sendo assim, no total do processo foram construídas 160 redes explicativas, sendo selecionadas 40 para compor a agenda.

A análise das redes explicativas foi realizada nos moldes da pesquisa qualitativa, a partir da categorização e interpretação do material produzido pelos grupos de trabalho. Todas as redes foram lidas detalhadamente pelos autores, sendo feita a análise a partir dos debates coletivos. Inicialmente foi realizada a categorização a partir das áreas temáticas de cada rede explicativa. As áreas em destaque foram: Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Atenção à Saúde, Gestão do Sistema/Modelo assistencial, Controle Social e Vigilância à Saúde.

Após a análise das sugestões contidas nas redes explicativas, foi feita uma nova categorização mais operacional. Foram reconhecidas cinco categorias que começam a evidenciar os caminhos propostos pelas redes explicativas para a gestão do SUS em Rio Branco:

- necessidade de valorização do trabalho e do trabalhador;
- capacidade dos serviços para responder às necessidades da população;
- efetivação da participação dos usuários no controle social;

- aproximação entre gestores e trabalhadores e trabalhadores e usuários;
- integração entre os níveis do sistema.

A redação dos resultados da análise obedeceu a essa nova categorização.

Resultados e discussão

Em cada categoria definida, foram reunidos os problemas detectados e as propostas sugeridas pelos grupos numa síntese que explicita a inquietação dos participantes sobre os pontos-chaves para o fortalecimento do SUS. Procuramos partir do problema para a sugestão, debatendo os principais aspectos envolvidos com ajuda da literatura própria do campo da Saúde Coletiva.

Necessidade de valorização do trabalho e do trabalhador

Grande parcela das redes explicativas evidenciou problemas na área da gestão do trabalho e da educação na saúde. Nessa categoria incluem-se tanto os aspectos ligados ao exercício das profissões, abrangendo forma de contratação, carreira e questões do processo de trabalho, quanto a qualificação dos profissionais por meio das ações de educação permanente, que possibilitam melhor planejamento de seu cotidiano.

O desconhecimento do fluxo interno do serviço, o distanciamento entre gestores e trabalhadores (gerando insatisfação com funções estabelecidas a alguns deles), a falta de participação do trabalhador no planejamento das ações e os problemas envolvendo trabalho em equipe foram questões explicitadas nas redes relacionadas à gestão do trabalho. Todos eles representam, em sua essência, dificuldades na comunicação, constatadas desde a criação do SUS, sendo um dos motivadores da implantação da PNH, que se propõe a enfrentar tais problemas (BRASIL, 2008; BRASIL, 2006).

Como consequência, veem-se comumente relatos de diminuição da motivação dos trabalhadores, chegando até ao adoecimento dos mesmos, o que aponta para a necessidade de promoção da saúde mental do profissional de saúde. A síndrome de Burnout é um dos problemas da atualidade ligado diretamente ao trabalho, descrito

inicialmente pela tríade exaustão, desilusão e isolamento, e tem associação direta com transtornos psiquiátricos (Trigo et al., 2007). Esse agravo se relaciona, dentre outros fatores, com o sentimento de impotência gerado pela não participação nas decisões sobre seu cotidiano, e tem o profissional de saúde como um dos grupos mais afetados, sendo considerado um risco ocupacional na área.

Tais problemas levam ao questionamento de como se dá o processo de trabalho e como o trabalhador se insere nele. A dificuldade de integração entre a equipe e os conflitos interpessoais, por exemplo, foram problemas relacionados nas redes explicativas ao processo de diminuição da motivação para o trabalho. Essa questão complexa desvela a necessidade da criação ou melhoria dos espaços de encontro nas equipes de saúde, bem como a construção de possibilidades para que o profissional possa participar do planejamento do processo de trabalho em equipe.

Quadro 1. Estratégias propostas para valorização do trabalho e do trabalhador

- Desenvolver mecanismos de Educação Permanente nas unidades de saúde - Promover Rodas de Conversas - discutir processos de trabalho e diagnóstico situacional.
- Reuniões de equipe para estudo e discussão de casos, situações-problemas;
- Discutir os dispositivos da PNH nas unidades de saúde visando fortalecer o processo de trabalho das equipes (com a participação dos COPS), construindo uma agenda positiva para implantação dos dispositivos.
- Implementar dispositivos da Humanização que valorizem os processos de trabalho e do trabalhador;
- Identificar lideranças nas unidades com potencial para desenvolver ações de informação, comunicação e educação permanente.
- Envolver a Área Técnica em Saúde do Trabalhador para realização de ações de apoio aos profissionais.
- Realizar cafés da manhã em datas comemorativas e proporcionar momentos de convivência fora do ambiente de trabalho: funcionário do mês, comemoração coletiva dos aniversariantes do trimestre com encontros em sede dos servidores.

- Realizar estudo da força de trabalho existente na SEMSA na perspectiva da redistribuição e recomposição da rede, considerando contrato e perfil profissionalográfico.
- Inserir os trabalhadores que apresentam sinais e sintomas de transtorno mental para serem atendidos nos serviços de saúde
- Incentivar as boas práticas nas unidades de saúde a partir das experiências e vivências local (experiências exitosas).

Observa-se que a resolução das situações-problema está fundamentada em dispositivos de grande importância que estão sendo implementados aos poucos. A formação de apoiadores da Política Nacional de Humanização ocorrida em 2012, concomitantemente ao CDG-SUS e estratégia de apoio institucional em pleno processo de desenvolvimento pela atual gestão, são já repercussões do processo participativo do CDG-SUS (quadro 1).

Outras propostas apontam para a integração entre as instâncias de gestão, como as áreas técnicas de Saúde do Trabalhador e Saúde Mental, que podem atuar articuladamente no apoio aos servidores da SEMSA com ações de prevenção e cuidado. Também mostram a possibilidade da participação da universidade em pesquisa sobre a força de trabalho existente na SEMSA, evidenciando necessidade de participação de todos os setores da área da saúde na consolidação do SUS.

As ações estratégicas que busquem valorização do trabalhador são necessárias para que se aprimore o processo de trabalho em todos os níveis de atenção, gerando sujeitos autônomos, coresponsáveis e cada vez mais qualificados, o que se refletirá em melhorias nos serviços de saúde prestados à população.

Adequação dos serviços às necessidades da população

A melhoria das condições de vida e o envelhecimento da população brasileira são fenômenos das últimas décadas que coexistem com a emergência de problemas ligados à urbanização e à perspectiva desenvolvimentista da sociedade (Cesse, 2007). Esse contexto desvela novas necessidades que condicionam o sistema de saúde a um rearranjo

que permita construir ações que possam dar respostas às mesmas. Nesses 25 anos de SUS, pode-se observar um processo de reorganização que procura seguir esse caminho, com a expansão e fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), o desenvolvimento da reforma psiquiátrica e a recente organização das redes de atenção à saúde. Embora muitos avanços possam ser identificados, ainda existem desafios importantes, sobretudo no âmbito molecular, nas relações entre os serviços e profissionais e os usuários. As redes explicativas do CDG-SUS evidenciaram tais desafios.

Os participantes apontaram problemas estruturais que dificultam o processo de reorganização do sistema, como a existência de equipes de Saúde da Família incompletas, a atuação dos profissionais pautada pelo modelo biomédico e a fragilidade na criação de vínculos. Além disso, verificou-se que a organização das redes de atenção ainda é incipiente em Rio Branco, a exemplo da rede psicossocial, que apesar de estar em intenso debate em âmbito local, ainda não conta com alguns serviços necessários.

Em pesquisa recente sobre desinstitucionalização no Acre (Silveira et al., 2009), evidenciou-se uma rede de saúde mental incompleta, não tendo sido implantadas ainda as unidades substitutivas necessárias ao processo. O estudo mostrou ainda a dificuldade das equipes de Saúde da Família em lidar com usuários com transtorno mental, ficando a atenção concentrada no hospital psiquiátrico.

A formação de vínculo ocorre através da aproximação entre usuários e profissionais de saúde. Envolve afetividade, ajuda, respeito e, nos processos de atenção à saúde, incentiva a autonomia do sujeito perante sua fragilidade. O vínculo amplia a eficácia das ações de saúde, consolidando o acompanhamento das famílias e aumentando a capacidade de resposta a suas necessidades (Silva Junior; Mascarenhas, 2004). A falta de vínculo pode levar a falta de adesão e abandono de tratamentos, dificuldade no acompanhamento de pessoas idosas, problemas relacionados ao parto e puerpério, dentre outros. Essas questões foram reconhecidas pelos participantes do CDG-SUS, que trouxeram como proposta o desenvolvimento de práticas que visam ao acolhimento e à integralidade das ações do cuidado à saúde.

Quadro 2. Estratégias propostas para adequação dos serviços às necessidades da população

- Organizar rodas de conversas permanentes com os Apoiadores da PNH e os profissionais de saúde para fortalecimento do dispositivo de Acolhimento
- Realizar diagnóstico situacional da área de abrangência e da unidade de saúde; Entender os modos de “andar a vida”, no entendimento de como se dão as relações afetivas, socioeconômicas, com pontos de apoio institucional formal ou informal.
- Implantar e implementar a rede de saúde mental com CAPS I e II e NASF e residências terapêutica, ampliando os recursos financeiros e pessoal da Área Técnica de Saúde Mental.
- Realizar educação permanente para qualificar profissionais em saúde mental, doenças crônicas e saúde do idoso.
- Implementar o Programa de Hipertensão e Diabete para melhoria do acesso, cadastramento, acompanhamento e tratamento dos usuários da rede.
- Estruturar a rede de serviços de saúde para facilitar o acesso da pessoa idosa.
- Valorizar a atenção integral à saúde da mulher e da criança, fortalecendo grupos de gestantes e parcerias intersetoriais.
- Elaborar um projeto na Câmara Municipal de Vereadores de Rio Branco para criação do Programa “Bolsa Peito”.
- Implantar equipe multiprofissional para dar suporte ao PSF, melhorando a diversidade e a qualidade nos atendimentos aos usuários.
- Fortalecer a Educação em Saúde, valorizando a estratégia da Educação Popular.

As propostas refletiram um sistema de saúde que ainda precisa evoluir na sua organização, visando às necessidades contemporâneas da população, desde as ações estruturais, como a implantação de unidades, até as estratégias que possam melhorar o relacionamento entre trabalhadores e usuários (quadro 2).

Os dispositivos da PNH também figuram nessa categoria, principalmente com a proposta de intensificar o acolhimento como qualificador das relações dentro do sistema de saúde. A proposta de constituição de equipes multiprofissionais e as ações de educação

em saúde, na perspectiva da educação popular, mostram que há um movimento que possa ir além de um sistema centrado no modelo biomédico.

Por último, é importante dar destaque à preocupação dos participantes com ações que constituem a rede cegonha, com propostas criativas como a implantação de incentivo à amamentação através de uma “Bolsa Peito”.

Aproximação entre gestores, trabalhadores e usuários

Produzir saúde envolve diferentes atores e saberes. O resultado desta produção depende de como esses atores se articulam, e principalmente de como a gestão oportuniza esse encontro. Muitas situações são marcadas por modelos de gestão centralizados na qual a comunicação é verticalizada, ou seja, “eu planejo e você executa”, excluindo o trabalhador e o usuário da participação na elaboração do planejamento das ações e serviços. Como um movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, a PNH, em seus princípios, aponta alguns caminhos, reafirmando a necessidade da transformação dos modos de relação e comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde. Revela a necessidade de abertura das fronteiras entre os diferentes saberes e fazeres, mostrando que a participação do sujeito envolvido traz de fato grandes mudanças na gestão e na atenção, pois a responsabilidade se torna compartilhada tanto nos processos de gerir e de cuidar (Pasche, 2009).

A gestão da saúde é sempre um desafio quando se pensa na superação de modelos burocráticos e tecnocratas, com possibilidades de movimentos que permitam formas de atenção e gestão que reafirmem os princípios do SUS. Esses arranjos devem incluir os atores no processo de gestão, numa organização que vai além de “protocolos, fluxos e normas”, e que de fato pensem nos territórios como espaços vivos de produção de saúde, superando as barreiras entre gestão e atenção e a dicotomia do pensar e do fazer. Para esse modelo diferenciado de gestão, que tem como eixo a perspectiva da integralidade, é imperiosa a inclusão dos diversos atores envolvidos nos processos decisórios (Pinheiro; Mattos, 2006).

Os problemas identificados pelos participantes do CDG-SUS ainda evidenciam uma gestão pouco porosa a participação dos atores na formulação das ações nos serviços de saúde, mas o processo de discussão possibilitou pensar em algumas estratégias que superem esse modelo.

Quadro 3. Estratégias propostas para aproximação entre gestores, trabalhadores e usuários

- Realizar reuniões periódicas por unidade com trabalhadores, gestores e usuários. Mensal com a Coordenação do Segmento e bimestral com representantes do nível central de Gestão.
- Fazer uma oficina de planejamento com apoio da SEMSA, incluindo gestores profissionais e usuários.
- Criar espaços coletivos de construção de processos de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde. Reuniões mensais de avaliação dos serviços envolvendo Coordenadores das USF, URAPs/Centros de Saúde, Áreas Técnicas e Secretário.
- Desenvolver canais de comunicação (exemplos: caixa de sugestão para um melhor atendimento, rodas de conversas com a comunidade, mural explicativo das ações a serem desenvolvidas pela equipe) entre usuários e trabalhadores.

As ações propostas no quadro 3 refletem a necessidade de participação e comunicação entre os atores no sistema de saúde, tanto entre gestores e trabalhadores, como destes com os usuários. Importante registrar também o anseio de quem trabalha no sistema, de ter maior poder decisório e de análise sobre seu próprio trabalho, manifestado na proposta de descentralização das ações de avaliação e monitoramento do sistema numa perspectiva regional.

O paradigma da linguagem e da ação comunicativa, apoiado na escuta solidária, é um dos caminhos possíveis para enriquecer o conceito ampliado de integralidade, e pode contribuir para qualificar a educação permanente dos trabalhadores de saúde, orientada pelos valores da solidariedade, da autonomia e da emancipação. Assim, poderemos pensar o itinerário formativo dos trabalhadores de saúde

como centrado no cuidado, na participação e na deliberação em condições de igualdade de todos os participantes do processo de educação permanente (Schrader; Müller Neto, 2012).

Efetivação da participação dos usuários no controle social

A participação popular nas discussões das políticas de saúde é uma conquista consagrada pela Lei nº 8.142/90, materializada nos Conselhos e nas Conferências de Saúde, no que se convencionou chamar de “Controle Social”. Embora a idéia de “controle” como monitoramento ou fiscalização seja forte, a participação vai muito além dessa perspectiva, pois as instâncias de controle social têm como papel fundamental aprimorar a capacidade crítica da sociedade, contribuindo para a elaboração de políticas públicas que atendam de fato às necessidades da população (Guizardi, 2009). Essa maneira de entender e praticar o controle social permite a formação de cidadãos comprometidos, empenhados não somente na fiscalização, mas na formulação das políticas de saúde, tornando-se corresponsáveis por sua execução.

Em pesquisa realizada anteriormente no município de Rio Branco (Silveira et al., 2008), foi evidenciado um processo em construção da participação social para além de sua institucionalização, com a estruturação dos alicerces para o controle social numa perspectiva crítica e formuladora. Eram manifestação dessa perspectiva os Conselhos Comunitários de Saúde, implantados à época. Ainda assim, havia uma distorção da participação dos usuários, ao apenas referendar as decisões de gestão nos conselhos.

O processo de consolidação do controle social em Rio Branco evoluiu até o presente momento na criação dos Conselhos Populares de Saúde (COPS), e de efetiva aproximação da gestão com os movimentos sociais, através das Feiras de Saúde.¹ Essas ações ampliaram e potencializaram a participação dos usuários no Controle

¹ As Feiras de Saúde foram ações desenvolvidas em parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Central de Articulação das Entidades de Saúde (CADES), e levavam ações de assistência e promoção da saúde às Regionais, a partir da atuação dos movimentos sociais. A CADES congrega 32 entidades (ONGs) ligadas à saúde e é um dos principais atores do controle social do Acre no presente momento.

Social também no Conselho Municipal, culminando com a eleição de uma representante dos usuários para o cargo de presidente.

Quadro 4. Estratégias propostas para efetivação da participação dos usuários no Controle Social

- Fornecer aos usuários (dentro das associações de bairro) informações acerca de seus direitos e divulgar em forma de palestras, panfletos, jornal e redes sociais os serviços oferecidos pela unidade.
- Integração entre Conselho Municipal de Saúde, Ouvidoria, Gestão, áreas técnicas e órgãos representativos que possam auxiliar no desenvolvimento das ações voltadas aos COPS.
- Promover encontros com a população da regional (através de rodas de conversa, exibição de filmes nas recepções das USFs) para esclarecer a importância da participação comunidade no controle social.
- Desenvolver Educação Popular em Saúde e Princípios de Cidadania nas Escolas.
- Garantir por Lei o acompanhamento dos COPS por parte do CMS.
- Criação de instrumentos de comunicação nos conselhos, como boletim informativo impresso e online e reuniões periódicas.
- Realizar cursos de formação de conselheiros de saúde abrangendo instrumentos de Planejamento e Gestão existentes.
- Envolver os Conselheiros populares nos processos de Planejamento e Gestão.
- Realizar fóruns de discussões nas comunidades, sobre os Direitos da Pessoa Idosa.

Considerando esse novo contexto, os participantes do CDG-SUS, através das redes explicativas, identificaram os desafios na efetivação da participação dos usuários no controle social e tiveram a oportunidade de construir estratégias para continuar trilhando esse caminho (quadro 4). Foram propostas diversas que apontavam para a necessidade de efetivação da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social, com o objetivo de qualificar a participação da comunidade na formulação, gestão e controle das políticas públicas de saúde.

Dessa forma, a Educação Permanente precisa estar em constante construção e atualização, uma vez que o desempenho dos Conselhos de Saúde está relacionado ao modo como seus membros se articulam com as bases sociais, como transformam os direitos e as necessidades dos usuários em ações e projetos de interesse públicos. A renovação periódica dos conselhos, com alternância dos sujeitos sociais e lideranças em suas representações, e o surgimento de novas demandas provenientes das mudanças conjunturais dos sistemas de saúde, deixam clara a necessidade de um caráter permanente de capacitação dos conselheiros.

Integração entre os níveis do sistema de saúde

A garantia de atenção nos níveis do sistema de saúde (atenções primária, secundária e terciária) é considerada uma dimensão da integralidade da atenção, passível de avaliação. É assegurada a partir de dispositivos que aproximem os serviços de maneira regionalizada e hierarquizada que promova:

[...] oferta organizada de assistência curativa e de recuperação, garantindo-se referência e contra-referência em uma rede articulada entre o setor ambulatorial e hospitalar que inclua unidades/procedimentos nos distintos níveis de complexidade (baixa, média e alta), com fluxos e percursos definidos e ordenada espacialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território (Giovannella et al., 2002, p.50).

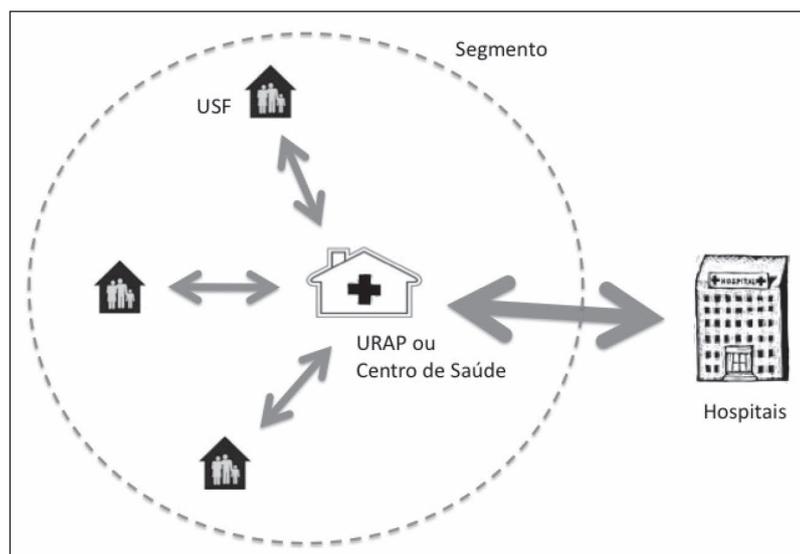
No sistema de saúde de Rio Branco, o processo de municipalização característico do SUS na década de noventa não ocorreu plenamente. O estado é responsável pela gestão dos hospitais gerais e regionais, unidades de pronto-atendimento, maternidades e unidades mistas, enquanto os municípios são responsáveis pela gestão da ESF.

A dificuldade de uma visão comum entre os âmbitos de gestão tem se apresentado como um dos condicionantes dos entraves na construção da integralidade no sistema de saúde. Na pesquisa realizada na década passada, já se evidenciou este problema, mostrando inclusive certa dependência do município em relação ao estado no que se refere à regulação do sistema (Silveira et al., 2008). Os participantes do CDG-SUS mostraram nas redes explicativas que ainda há um

distanciamento entre a atenção primária e os hospitais, com repercussões principalmente no acesso a especialidades e procedimentos.

As análises evidenciaram que mesmo no âmbito da gestão municipal ainda existem ruídos entre a ESF e sua referência imediata, constituindo um desafio para a gestão e o trabalho em redes. A organização territorial do município de Rio Branco compreende uma divisão em sete “segmentos”, que são regionais de saúde² que contêm Unidades de Referência da Atenção Primária (URAPs)³ ou Centros de Saúde e determinado número de Unidades de Saúde da Família (USFs). A organização do sistema segue um modelo regionalizado de fluxo entre unidades com base no território (figura 2).

Figura 2. Organização territorial regional do sistema de saúde em Rio Branco.



² Para melhor descrição dos segmentos, ver Silveira et al. (2008).

³ As URAPs foram unidades básicas reorganizadas para o apoio direto às USF em áreas ou especialidades como psicologia, pediatria ou ginecologia. Originariamente abrigariam os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

As redes explicativas evidenciaram dificuldades na integração entre diferentes unidades do mesmo segmento, que inclui questões ligadas a planejamento, processo de trabalho e produção do cuidado. Em geral, existem dificuldades na inclusão das equipes de saúde da família no planejamento das ações de saúde e na definição dos fluxos dentro do sistema. Embora o sistema conte com atendimento territorial de áreas como ginecologia, pediatria e psicologia nas URAPs ou nos Centros de Saúde, o acesso ainda precisa se aproximar do papel de referência e apoio às equipes de saúde da família. O caráter misto de atendimento das URAPs e dos Centros de Saúde, sendo unidade de referência e também prestando assistência à livre demanda, dificulta a definição do perfil do serviço, sendo um dos condicionantes desse problema, e refletindo no cuidado com os usuários do local, principalmente na dificuldade para referência e contrarreferência.

Tanto o distanciamento com os hospitais como a indefinição das referências no território nos revelam que ainda existem dificuldades na constituição do papel ordenador da atenção primária, sendo este um dos principais desafios para a construção da integralidade em saúde em Rio Branco. As estratégias sugeridas pelos participantes do CDG-SUS nas redes explicativas tentam enfrentar esse desafio, configurando propostas para integração da rede de serviços e fortalecimento das unidades de atenção primária para o ordenamento do sistema de saúde (quadro 5).

Quadro 5. Estratégias propostas para integração entre os níveis do sistema de saúde

- Planejar as ações dos segmentos envolvendo gestores, áreas técnicas, trabalhadores das URAP e USF e usuários, incluindo os Conselhos Populares de Saúde (COPS).
- Reorganizar processo de trabalho das URAPs para que a mesma sirva de referência para as ESFs da sua área de abrangência (mudança processual da cultura organizacional envolvendo trabalhadores, usuários e gestores).
- Proceder ao levantamento dos pequenos problemas de ordem estrutural/físico nas unidades e promover descentralização financeira com suprimento de fundos.

- Implantar equipe multiprofissional para dar suporte ao PSF melhorando a diversidade e a qualidade nos atendimentos aos usuários.
- Conhecer e debater o processo de agendamento das URAP, Maternidade, Hospital de Saúde Mental e Hospital das Clínicas.
- Repensar e divulgar os protocolos de regulação coletivamente.
- Promover manutenção nos computadores, sistemas e melhorias na internet da USF (e na rede).

Segundo as redes explicativas, deve haver planejamento das ações dos segmentos envolvendo gestores, áreas técnicas e trabalhadores das URAP e USF, buscando reconhecer as necessidades das unidades (quadro 5). É importante a reorganização processo de trabalho das URAPs para que as mesmas incorporem mais fortemente o papel de referência para as USFs de sua área de abrangência, com uma mudança processual da organização do território, envolvendo trabalhadores, usuários e gestores.

Os participantes sugeriram realizar planejamento com o setor financeiro, coordenação DAS, gerentes de UBS e conselhos para viabilizar um repasse seguro de suprimento de fundos para as UBS. A ação de fortalecimento financeiro das unidades do território deve ser acompanhada pela manutenção de computadores e sistemas em rede, proporcionando modernização tecnológica do sistema.

Considerações finais

A análise das redes explicativas da Agenda de Fortalecimento Gerencial do SUS em Rio Branco – construída por 242 atores, entre gestores, trabalhadores, usuários, estudantes e professores, com auxílio dos dez tutores do CDG-SUS – permite que se evidencie um caminho para a consolidação e aumento da qualidade do SUS local. Esse caminho aponta para a importância da comunicação e da integração em vários níveis, no processo de trabalho das equipes, na comunicação entre as mesmas, no contato entre gestores, trabalhadores e usuários, e entre os serviços de saúde. Essa integração se faz necessária com participação de diferentes atores nos processos de planejamento, execução e avaliação das ações de saúde.

No cotidiano dos serviços, se faz necessária a aproximação entre os trabalhadores e usuários na constituição de vínculos e responsabilidade. No controle social, é importante o empoderamento de todos os segmentos envolvidos, com especial atenção para o usuário. Por fim, no âmbito do sistema, deve haver a integração entre as unidades de saúde, com a melhoria da regulação do sistema em busca da integralidade da atenção.

É importante colocar que a Agenda de Fortalecimento Gerencial não substitui o Plano Municipal de Saúde, mas é um instrumento legítimo que contribui para a gestão da SEMSA no âmbito gerencial, podendo inclusive ser colocada em debate na Conferência Municipal de Saúde. Desta maneira, cumpre o que se espera das ações de educação permanente, já que pode haver retorno das questões debatidas no CDG-SUS à realidade dos serviços, contribuindo para o processo de mudança do modelo assistencial na consolidação do SUS.

Referências

- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Trabalho e redes de saúde: Valorização dos Trabalhadores da Saúde*. 2ª edição. Brasília. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- CESSE, E.A.P. *Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu, Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.
- GIOVANELLA, L.; LOBATO, L.V.C.; CARVALHO, I.V. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.26, n.60, p.37-61, jan./abr., 2002.
- GUIZARDI, F.L. Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v.7 n.1, p.9-34, mar./jun.2009.
- PASCHE, D.F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface: comunicação, saúde, educação*, v.13, supl.1, p.701-8, 2009.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Gestão em Redes*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.
- ROVERE, M. R. Gestion Estrategica de la Educacion Permanente en Salud. In: OPAS. *Educacion Permanente de Personal de Salud*. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud, 1994 (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 100).

SCHRADER, F.T.; MULLER NETO, J. Experiência de ensino-aprendizagem e produção do cuidado em saúde: o curso de desenvolvimento gerencial do SUS em Mato Grosso. In: PINHEIRO, R. ET AL. (Org.). *Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2012. p.281-295.

SILVA-JUNIOR A.J.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004.

SILVEIRA, R.; LOFEGO, J.; LEAL, O. et al. Desenhos organizadores da integralidade e práticas avaliativas na Atenção Básica em Rio Branco. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A (Orgs.). *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

SILVEIRA, R.; LOFEGO, J.; REBOUÇAS, M. et al. As redes sociais e o território: desafios para as transformações do cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.

TRIGO, T.R.; TENG, C.T.; HALLAK, J.E.C. Síndrome de *burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev. Psiq. Clín.*, v.34, n.5, p.223-233, 2007.

As ações da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco a partir das redes explicativas do CDG-SUS

EUFRASIA CADORIN
ÉRICA FARIA
VALGERLÂNGELA SOUSA
ANALDEMYRA MOREIRA
THÂMIRES ALBUQUERQUE

O Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS (CDG-SUS) produziu reflexos na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, que se traduzem em ações e reafirmam o compromisso de seus participantes na defesa do direito à saúde. Com o olhar dos usuários, trabalhadores e gestores, partícipes dessa política pública, na busca de superar desafios, produziram novos arranjos e modos de fazer saúde, em processos de atenção e gestão que valorizem os sujeitos e saberes.

A análise das redes explicativas produzidas pelos participantes do CDG-SUS teve como objetivo explicitar os caminhos do processo de planejamento participativo e orientar a atuação da gestão a partir das estratégias priorizadas nas 40 redes construídas nas dez turmas do curso e que constituíram a Agenda de Fortalecimento Gerencial.¹

Neste texto, destacaremos as implicações para a Gestão a partir da Agenda de Fortalecimento Gerencial do SUS em Rio Branco, identificando os avanços já percebidos durante e após o desenvolvimento do curso. De forma análoga, observamos quais estratégias das redes explicativas foram disparadoras de ações, capazes de intervir no cenário analisado.

¹ Para mais informações sobre as redes explicativas, ver capítulo “Agenda em Redes: construindo planejamento participativo responsável”, nesta coletânea.

Gestão no SUS

A gestão no SUS vem sofrendo transformações importantes no seu modo operativo, reinventando-se diariamente, em um movimento constante que possibilita superar métodos burocráticos de gestão pública, centradas em leis, normas e técnicas que dificultam a gestão. A trajetória normativa instituída nos instrumentos de gestão na área da saúde² propiciou uma lógica de planejamento, monitoramento e avaliação centralizada e verticalizada, reproduzindo o distanciamento entre quem pensa e quem executa, em um processo não inclusivo dos atores envolvidos na prática do cuidado em saúde.

Esse processo vem sendo questionado por sua fragmentação, provocando reflexões críticas sobre métodos centralizados, que visam tão somente responder a mecanismos de gestão. Na condução do SUS, é necessário superar modelos anteriormente instituídos, acompanhando as transformações do Estado brasileiro, com a inclusão das demandas sociais e a valorização do cidadão usuário.

A Política Nacional de Humanização – PNH, (Brasil, 2010, p.13) conceitua a gestão como a “capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos (modos de fazer) [...] campo da ação humana que visa a articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins/metabolos/objetivos”. Nesse entendimento, a gestão em saúde não se esgota em si mesma; ela deve caminhar junto com a atenção, buscar atender interesses comuns, considerando as necessidades dos trabalhadores e usuários, para superar a dicotomia entre gestão e atenção.

É importante ressaltar que a saúde tem por objeto o trabalho humano e lida com a diversidade e multiplicidade que envolve essas relações, por vezes contraditórias. O trabalho humano “é um espaço de exercício da vontade e ação pelo constrangimento de outrem” (Brasil, 2010, p.14). Assim, o trabalho na saúde envolve pessoas, que determinam seu modo de agir a partir de sentidos e análises

² Os instrumentos de gestão referidos no texto são: Norma Operacional Básica (NOB 92, 94 e 96); Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001 e 2002); Pacto pela Saúde 2006; Planos de Saúde; e Programação Anual.

próprios, influenciados por fatores relacionados às organizações e ao seu processo de trabalho.

O modelo tradicional de organização do trabalho em saúde, na lógica da gerência (quem pensa) e dos trabalhadores (quem faz), não possibilita aos trabalhadores criar, mas reproduzir modelos e práticas pré-estabelecidas, o que não garante a atenção integral. Para superar o modelo tradicional, a gestão em saúde deve ser entendida como um espaço coletivo, que promova a participação democrática com a inclusão de trabalhadores e usuários, compartilhando saberes e práticas que orientam os processos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços, construídos coletivamente.

Neste contexto, Peduzzi (2007, p.173) afirma que:

É possível criar espaços de conversa, trocas e discussão nos quais a problematização do trabalho em equipe multiprofissional busque fortalecer os aspectos positivos assinalados – integração, democratização e horizontalização das relações de trabalho, em substituição à intensa hierarquização dos serviços de saúde e do trabalho individualizado por profissional.

O CDG-SUS na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco despertou reflexões nos gestores, sobre o modo de fazer a gestão no SUS a partir da escuta dos participantes, onde foi possível perceber o distanciamento existente entre a gestão e a atenção.

Planejamento Participativo no CDG-SUS

O Planejamento em Saúde tradicionalmente se organiza de forma a responder às normas legais, visando orientar a operacionalização de ações e estratégias com a definição de prazos e investimentos necessários. Atualmente, esse modelo vem sendo questionado e novas teorias são consideradas, pensando em um planejamento em saúde para mudança ou transformação da realidade, com procedimentos que diferem do ato normativo. De acordo com Testa (2004), o planejamento normativo se diferencia do planejamento estratégico pelo fato de que este não busca estabelecer normas, e sim promover processos de discussão e de análise dos problemas sociais.

A Lei nº 8.142/90 (Brasil, 1990) define como mecanismo de participação social os Conselhos e as Conferências de Saúde. As últimas têm como objetivo “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde”, sendo espaços estratégicos de participação. Essas diretrizes são priorizadas nos Planos de Saúde e nas Programações Anuais dos entes federados, com a definição de estratégias de atuação a partir das demandas apresentadas. São espaços importantes de escuta e qualificação de estratégias para atuação da gestão, porém é necessário pensar em processos locais, nos territórios, para que seja possível a tradução dos anseios e desejos dos usuários nas políticas de saúde locais.

A participação social não se restringe a instâncias formais de participação cidadã. Deve ser incentivada para promover a gestão democrática no cotidiano dos serviços, que envolve as relações entre usuários, famílias e movimentos sociais. Portanto,

[...] a prática da gestão participativa é um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde [...] A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo portanto uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde. (Brasil, 2010).

A metodologia do CDG-SUS, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, possibilitou a reflexão sobre as práticas de planejamento utilizadas. As redes explicativas propiciaram a análise dos problemas existentes nos serviços, com a identificação das causas relacionadas, definição dos objetivos desejados, e as estratégias de ações com definição de prazos e responsáveis. Ao final se produziu a Agenda de Fortalecimento Gerencial, com a assinatura de Termos de Compromisso assinados pelo Secretário de Saúde, pela Presidente do Conselho Municipal de Saúde e por um representante de cada turma, comprometendo-se a criar mecanismos de acompanhamento da agenda. Esta, que se materializa no principal produto do CDG-SUS, constitui um instrumento para subsidiar os caminhos de consolidação do SUS local e pode ser utilizada nas instâncias formais de participação (Conselho e Conferência de Saúde) para enriquecer os debates subsequentes.

Percurso de análise das redes explicativas

A partir da análise das situações problemas priorizados pelos participantes do CDG-SUS nas redes explicativas, foi possível compreender o contexto em que a gestão vem trabalhando, e como estas redes influenciaram e orientaram as políticas de saúde locais, produzindo ações que buscam fortalecer as práticas de gestão e atenção.

Para análise das redes utilizou-se a categorização dos problemas priorizados, conforme descrito no capítulo “Agenda em Redes: construindo planejamento participativo responsável”, nesta coletânea, que permitiu o agrupamento de temas semelhantes tendo como produto as seguintes categorias: Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; Atenção à Saúde; Participação e Controle Social; Gestão; e Vigilância em Saúde.

Além de avaliar o produto das redes explicativas, são analisadas também as atas das reuniões ordinárias do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Rio Branco, nos anos de 2012 e 2013, as quais relatam, dentre outras, a pauta da Agenda de Fortalecimento Gerencial do SUS.

Estratégias na gestão da SEMSA a partir do CDG-SUS

O CDG-SUS propiciou reflexões importantes sobre as práticas e modos de gestão e atenção à saúde, instituindo e fortalecendo ações na gestão, na atenção e na participação e controle social. A partir da Agenda de Fortalecimento Gerencial do CDG-SUS, foram desenvolvidas estratégias para a valorização e desenvolvimento do trabalhador, fortalecimento da atenção à saúde e de coletivos de discussão das políticas de saúde e do controle social, para resolução dos problemas identificados nas redes explicativas.

Analisando a categoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, que aponta para a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, o Plano de Cargos, Carreira e Remuneração (PCCR) foi revisado³ em negociação coletiva com os sindicatos. Como resultados garantidos na Lei, destacam-se: a criação de carreira vertical, de cargos e carreiras para especialistas, de novos cargos e de carreira específica

³ O novo PCCR, constituído a partir da revisão do anterior, foi implantado no âmbito da SEMSA pela Lei nº 1.892/2012 (Rio Branco, 2012).

para Agentes Comunitários de Saúde, Controle de Zoonoses e de Endemias; a incorporação das gratificações para aposentadoria; a criação dos adicionais de direção de Unidade de Saúde da Família e de atenção à saúde na área rural; a inclusão de todas as categorias nas gratificações além do reajuste nas gratificações de saúde da família e de vigilância em saúde; e a criação do adicional de titulação para especialista na modalidade de Residência em Medicina de Família e Comunidade, Residência Multiprofissional e para cursos técnicos. Outro avanço na área foi a contratação de 38 médicos e 232 agentes comunitários de saúde (ACS), nos meses de abril e julho de 2012, para atuar na Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando garantir equipe mínima completa (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) em todas as unidades.

Iniciado no ano de 2011, com execução em 2012, foi realizado o processo de formação de apoiadores da Política Nacional de Humanização, que inicialmente contou com 120 apoiadores institucionais da PNH, sendo formados 73 em dezembro de 2012. Esse processo caminhou paralelamente ao CDG-SUS, o que proporcionou a integração e sinergia destes, inclusive com a formação de uma turma composta por apoiadores da PNH no CDG-SUS, tendo como resultados a definição de prioridades para a PNH no município.

Na análise da categoria Participação e Controle Social, o curso permitiu reativar o coletivo da PNH, com a inclusão de novos atores na roda. As discussões nesse coletivo trouxeram como desdobramentos o fortalecimento do fórum de saúde mental com a participação do coletivo da PNH e novas discussões de fluxos e da rede de atenção psicossocial. Esta rede também foi fortalecida com uma turma do CDG-SUS formada com pessoas vinculadas ao movimento da Saúde Mental, e teve como repercussão a ampliação do debate no Fórum de Saúde Mental e o estabelecimento do Fluxo de Atenção à Saúde Mental para os trabalhadores da SEMSA, com envolvimento das Áreas Técnicas de Saúde Mental e de Saúde do Trabalhador.

O mesmo processo também aconteceu na área da saúde do idoso, que contou com uma “turma temática” no CDG-SUS. A partir dos debates do curso em torno de problemas e propostas, houve fortalecimento da rede para atenção a essa parcela da população,

com pautas no Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, onde foi aprovada a realização de pesquisa para avaliação da atenção à saúde do idoso nas unidades de saúde. O objetivo foi identificar as fragilidades na rede e, a partir daí, pactuar no colegiado as estratégias de atuação que busquem superar os desafios decorrentes das mesmas.

Para o fortalecimento da rede de atenção à saúde, e a aproximação da Gestão e da Atenção, foi criada em julho de 2011, a estratégia de Apoio Institucional⁴ da SEMSA. Esse movimento contou com a participação de gestores dos Departamentos de Assistência à Saúde, Gestão de Pessoas e Vigilância Epidemiológica e trabalhadores da saúde. Na SEMSA, o apoio é instituído como estratégia de gestão para aproximação com as equipes de saúde, no sentido de apreender suas necessidades cotidianas. O apoio institucional vem acontecendo a partir da problematização do processo de trabalho, possibilitando a ressignificação destes, visando ao fortalecimento da rede de cuidado e o estreitamento de vínculos entre usuários, trabalhadores da saúde e gestores.

Participação e Controle Social foram pontos muito debatidos nas turmas do CDG-SUS, principalmente com relação à atuação dos usuários e dos trabalhadores da saúde. A questão do distanciamento entre gestores, trabalhadores e usuários no planejamento das ações de saúde foi recorrente nas turmas. Processos anteriormente instituídos, como a realização das Feiras de Saúde e os Conselhos Populares de Saúde (COPS), foram reafirmados como estratégias importantes para enfrentamento desse problema, porém foi colocada a necessidade de articulação entre esses segmentos desde o planejamento dessas ações.

Para os participantes do CDG-SUS, o COPS é estratégia importante de gestão participativa, sendo necessário seu fortalecimento e autonomia. Em junho de 2012, foi realizado o 2º encontro de Conselheiros Populares de Saúde, no qual foi aprovado o Projeto de Lei que os regulamentou. Em dezembro do mesmo ano, aconteceu o 3º encontro, com o objetivo de avaliar os avanços e desafios e

⁴ O apoio institucional na PNH é tomado como dispositivo de intervenção que propõe um “modo de fazer” mudanças necessárias para que o SUS se afirme como política efetivamente pública (Guedes et al., 2012. p.94).

promover a integração dos 12 Conselhos Populares. Esses encontros contaram com a presença dos 192 conselheiros dos COPS e dos 16 conselheiros municipais de saúde.

Após o CDG-SUS, a Agenda de Fortalecimento Gerencial foi pautada na reunião ordinária do CMS realizada em outubro de 2012. Segundo as atas da reunião, os conselheiros reafirmaram a importância do curso para a gestão da SEMSA, principalmente por ter envolvido diversos atores no processo. Para um conselheiro, “a proposta mais interessante no seu ponto de vista foi o Planejamento Estratégico das ações, planejar e executar as ações junto à gestão, os trabalhadores e a comunidade e a própria gestão da unidade de saúde” (Conselheiro 1 - ATA CMS, 2012). Outro conselheiro afirmou:

O Curso CDG-SUS teve dois movimentos importantes: O primeiro é que já faz parte da cultura organizacional e gerencial da gestão pelo fato de ter motivado os trabalhadores, as organizações, as representações sociais e os usuários. Informou ainda que o curso deu oportunidade de envolver vários tipos de segmentos de pessoas, demonstrando que o importante é a coletividade, e que esse movimento já é marca registrada [...]. (Conselheiro 3 – ATA CMS, 2012).

A metodologia do curso possibilitou reflexões sobre os processos de trabalho das equipes de saúde, incluindo a roda o trabalhador, o que foi destacado na fala de outro conselheiro:

[...] dois pontos importantes [...], a primeira foi a roda de conversa e a segunda o planejamento, [...] quando a roda de conversa é feita pelo profissional, abre a oportunidade do mesmo discutir e melhorar os processos de trabalho. [...] o Planejamento coletivo é o clamor de todos profissionais. [...] essa ação poderia ser uma forma de diminuir a distância entre a atenção primária, média e alta complexidade. (Conselheiro 4 – ATA CMS, 2012).

Além de ressaltar a importância do processo, outro participante do CMS avaliou a responsabilidade dos próprios conselheiros para que a agenda fosse implementada, pois foi um compromisso assumido por todos. Este afirmou: “a responsabilidade do conselheiro de saúde para continuidade das agendas de compromissos [...] para que as mesmas possam ser cumpridas independente da gestão, [...]” (Conselheiro 2

– ATA CMS 2012). Após os debates, o plenário aprovou a Agenda de Fortalecimento Gerencial 2012 por unanimidade.

Em janeiro de 2013, o CMS voltou a pautar o CDG-SUS, apresentando-o para a nova equipe de gestão da SEMSA após a posse do novo prefeito e sua equipe de secretários. Nessa reunião, mais uma vez os conselheiros reafirmaram a riqueza e importância do processo para a gestão, salientando que esta agenda deve ser um instrumento de gestão. Um conselheiro ressaltou “a importância do curso para o município de Rio Branco, da valorização do trabalhador, permitindo que o mesmo fizesse parte como agente ativo e reforçando o valor do usuário no planejamento” (Conselheiro 1 – ATA CMS, 2013).

Para outro conselheiro, o material produzido deve ser acompanhado pelo conselho, pois ele orienta a organização da Atenção Primária:

[...] a importância do material, [...] que é um instrumento de gestão que dispensa qualquer planejamento, pois o mesmo tem todos os indicadores necessários, ressaltou que é um material rico e importante para reorganização do serviço na atenção primária e que deve ser usado pela nova gestão, [...] lembrando que todos os problemas são experiências vivenciadas no dia a dia do sistema pelo trabalhador e pelo usuário, sendo obrigação dos conselheiros de saúde apoderar-se do material para acompanhá-lo, pois o material é o fortalecimento da atenção básica, que foi por muito tempo renegada por conta do sistema assistencialista e com isso a saúde do município de Rio Branco terá uma reorganização da atenção primária. (Conselheiro 2 – ATA CMS, 2013).

Um conselheiro que participou do curso falou do compromisso e da colaboração de todos os participantes para o processo e afirmou “que o alto nível de satisfação se deu pelo compromisso e a colaboração de todos, [...] dos tutores que repassaram de fato o que aprenderam e fica feliz com a fala da gestão em usar o material do curso [...]” (Conselheiro 3 – ATA CMS, 2013). Outro conselheiro afirmou que o mais importante é “ampliar o acesso aos usuários, é qualificar os profissionais de saúde que estão a serviço dos usuários [...]” (Conselheiro 4 – ATA CMS, 2013), e outro que “o curso incentivou a reflexão das práticas na saúde, sobre o planejamento e a construção conjunta entre atores” (Conselheiro 5 – ATA CMS, 2013).

Mais uma vez, em uma nova conjuntura, com o início de outra gestão da SEMSA, o pleno do CMS reafirmou a importância do CDG-SUS em Rio Branco, ressaltando a necessidade de manutenção do Convênio com o Lappis, para o desenvolvimento de novas turmas, como estratégia de Educação Permanente e fortalecimento da gestão e da atenção.

Considerações finais

A Agenda de Fortalecimento Gerencial do SUS traz desdobramentos importantes para a gestão e atenção na saúde, ao apresentar ações estratégicas com a responsabilização e participação de gestores, trabalhadores e usuários. Há de se considerar que a agenda produzida por participantes implicados no processo se traduz no pensamento e na certeza de que a construção desse planejamento foi coletivo. Traduz-se em desejos e expectativas, e precisa ser considerada pela gestão, somando-se aos instrumentos de planejamento, ao Plano de Saúde do Município e à Programação Anual, que também traduzem e refletem os anseios dos movimentos sociais a partir da VII Conferência Municipal de Saúde.

A potência e a riqueza do CDG-SUS são a inclusão dos participantes na roda, reafirmando que é possível superar modelos burocráticos que excluem os diversos atores da gestão e da atenção. É necessário possibilitar espaços de compartilhamento e responsabilização, avançando na gestão democrática e participativa, com a transversalização das relações da gestão e atenção.

O CDG-SUS Rio Branco possibilitou avanços que se traduzem em estratégias produzidas a partir das redes explicativas que vêm se fortalecendo diariamente no âmbito da SEMSA. O momento após esse processo é marcado pelo desejo e anseio de continuidade, de corresponsabilização, envolvimento e comprometimento de pessoas com o sentimento de pertencimento ao SUS, reafirmando a defesa desta política pública que é dever e responsabilidade de toda a sociedade.

Referências

- RIO BRANCO. Lei nº 1.892, de 03 de abril de 2012. Institui o Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração dos Servidores da Administração Pública Direta do Município de Rio Branco e revoga a Lei Municipal nº 1.795, de 30 de dezembro de 2009.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 29 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Gestão participativa e cogestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 (Série B. *Textos Básicos de Saúde*).
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. Rio Branco. *Ata Reunião Ordinária de 25/10/2012*. p. 1-5.
- _____. Rio Branco. *Ata Reunião Ordinária de 31/01/2013*. p. 2-5.
- GUEDES, C.R.; ROZA, M.M.R.; BARROS, M.E.B. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. *Cad. Saúde Colet.*, v.20, n.1, p. 94, 2012.
- PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.; BARROS, M.E.B. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p.161-177.
- TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

Avanços e desafios da Política Nacional de Humanização no contexto local: uma história construída coletivamente

ANA FLÁVIA DA COSTA NOBRE ANGEL
MAURÍCIO REBOUÇAS
EMELYM DANIELA TONELLY
TUIANNE CAMBOIM MORAIS
VIVIANE PAZA

Introdução

O objetivo deste texto é analisar o processo de desenvolvimento da Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde (PNH) no município de Rio Branco, Acre, como uma política do Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo suas aspirações, avanços e desafios na valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção da saúde.

O movimento coletivo e político que ocorreu no Brasil foi contextualizado, assim como sua repercussão no município de Rio Branco nos últimos dez anos (2002-2012), resultando no fomento e na consolidação da PNH, refletindo e problematizando as conquistas e contradições inerentes a esse processo. Nessa perspectiva, procurou-se evidenciar a aposta da Secretaria Municipal de Rio Branco (SEMSA) no reposicionamento dos sujeitos, ou seja, no investimento do protagonismo e na potência dos coletivos, construindo espaços de criação, valorização e realização profissional.

Destacam-se as atividades desenvolvidas e apoiadas pela SEMSA, que envolveram trabalhadores, gestores e usuários e tiveram como foco a integralidade, educação permanente em saúde e humanização, tendo a cogestão como eixo norteador e o fortalecimento de grupalidades como movimento que foi se ampliando e envolvendo novos atores no município de Rio Branco, Acre.

Os processos coletivos disparados pela SEMSA, que visaram dar concretude e potência à PNH no município, são descritos como: Formação de Apoiadores da PNH, o Curso de Desenvolvimento Gerencial para o SUS, o Seminário de Integralidade sem Fronteiras e a rearticulação do coletivo da PNH. Foram ressaltadas também as articulações com os sujeitos implicados na produção de saúde e as parcerias interinstitucionais e intersetoriais, com destaque para o Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis) e o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional da PNH.

A conclusão do texto aponta para o papel da SEMSA na potencialização da Política Nacional de Humanização do SUS como estratégia para a melhoria da qualidade dos serviços, por meio do fortalecimento da humanização como política transversal e na afirmação da indissociabilidade do modelo de atenção e gestão.

O SUS e a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde

O SUS, em sua trajetória histórica, apresenta muitos avanços, mas também muitos desafios. Avançou-se na estruturação e organização dos serviços de saúde, nas políticas e programas, mas ainda persistem as dificuldades de acesso, de acolhimento e humanização nas práticas de atenção à saúde, de integralidade do cuidado.

A consolidação do Sistema Único de Saúde, no contexto atual, envolve uma série de complexos desafios, exigindo mudanças estruturais profundas e estratégias de longo prazo. A luta pela garantia da saúde como direito de cidadania é hoje a luta por um novo modelo de desenvolvimento para o país e por um novo espaço para a proteção social e a política de saúde nesse modelo [...] (Noronha; Lima; Machado, 2008, p. 470).

Ao longo dos anos, o Ministério da Saúde investiu em iniciativas que buscavam modificar os modelos de gestão e de atenção à saúde. Algumas contribuíram para a construção da humanização como política pública. O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), no período de 2000 a 2002, foi uma dessas

iniciativas. E a partir de 2003, iniciou-se a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde.

O PNHAH propunha um conjunto de ações integradas que visavam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados por estas instituições. Seu objetivo fundamental era aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade (Brasil, 2001).

O programa promoveu a constituição de Grupos de Trabalhos de Humanização em muitos hospitais, que desenvolveram ações buscando a melhoria do atendimento prestado e das relações estabelecidas entre profissionais e usuários, profissionais e profissionais, e destes com a comunidade. No entanto, sua disseminação para as demais unidades e serviços de saúde, bem como a implicação de todos os atores envolvidos (gestores, trabalhadores e usuários), não aconteceu na proporção necessária para efetivar as mudanças reivindicadas para o sistema.

A partir de 2003, o Ministério da Saúde iniciou intenso debate no qual foi defendida a priorização do tema da humanização como aspecto fundamental a ser contemplado nas políticas públicas de saúde. Segundo Benevides e Passos (2005a), humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se apresentava como meio para qualificação das práticas de saúde: acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo. Para os autores, a humanização do SUS deve ser compreendida como:

[...] processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde. Pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver e tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas [...] (Benevides; Passos, 2005a, p.324).

Por humanização, portanto, entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são

a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2007).

A trajetória da PNH no estado do Acre e no município de Rio Branco: seus avanços e desafios

O debate sobre a humanização no Acre teve início em 2000, com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Houve uma mobilização de profissionais de três grandes unidades hospitalares localizadas no município de Rio Branco. A partir desse movimento, em 2003 foi criada, no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde do Acre (SESACre), a Coordenação Estadual da PNH, responsável pela implantação da política em todo o estado. Desenvolveu-se uma série de encontros, com o objetivo de divulgar a política e definir estratégias para sua implantação por meio do método da PNH, que é a inclusão:

[...] Inclusão dos sujeitos em sua diferença; inclusão dos coletivos (dos movimentos sociais e do modo de afecção proposto pelos coletivos); e inclusão dos analisadores sociais, derivados dos efeitos da inclusão de sujeitos e coletivos nos processos de trabalho, elementos de tensionamento e de perturbação do instituído (Pasche; Passos, 2008, p. 5).

Os encontros envolviam representantes de trabalhadores e gestores da SES. Depois, novos atores passaram a contribuir com suas vivências, como foi o caso dos representantes dos usuários, por meio da Central de Articulação das Entidades da Área da Saúde (CADES), de representantes das instituições de ensino: Escola Técnica em Saúde e Universidade Federal do Acre. Além destes, a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (SEMSA) passou a contribuir com o movimento de implantação da PNH, quando definiu em sua estrutura organizacional uma área responsável pela condução da política e realizou a primeira oficina de sensibilização em humanização.

No período de 2003 a 2006, muitos encontros, oficinas e um seminário estadual aconteceram com o objetivo de capilarizar a PNH

para todo o estado. O seminário teve como objetivo divulgar a PNH através do intercâmbio de experiências, aprofundando seus princípios/diretrizes e pactuando estratégias de implantação (Acre, 2006). Como resultado dos grupos de trabalho desenvolvidos durante o seminário, surgiram propostas que foram agrupadas em quatro eixos: acolhimento na atenção básica, acolhimento com classificação de risco, grupos de trabalho de humanização e cuidando do cuidador. A partir deste movimento, intensificaram-se as ações para implantação dos dispositivos da PNH, principalmente os Grupos de Trabalho da Humanização.

Apesar desses movimentos, houve mudanças na gestão estadual em 2007 que interferiram na condução da PNH no estado. Passou a ser priorizado o desenvolvimento de ações de formação à implantação dos dispositivos da PNH, entendendo-se a formação como

[...] um processo que extrapola o sentido clássico da aquisição de conhecimentos técnico-científicos referidos a uma dada profissão e a serem aplicados em dada realidade. Formação significa, sobretudo, produção da realidade, constituição de modos de existência – portanto, não se dissocia da criação de modos de gestão do processo de trabalho (Heckert; Neves, 2007, p.148).

Os processos de formação da PNH iniciaram-se no âmbito da SESACre com a Oficina de Sensibilização em Humanização, no ano de 2008, e a Formação de Formadores da PNH, em 2010. A oficina teve como objetivos investir na reflexão e troca de conhecimentos sobre questões relacionadas à PNH no estado, incluindo as possibilidades e dificuldades encontradas para sua implantação; divulgar as novas tecnologias em saúde e discutir suas implicações na produção e promoção de saúde com base nas diretrizes da PNH; criar um espaço de articulação e fomento da rede social de conhecimentos em humanização, entre os diversos profissionais das instituições de saúde estadual e municipal e rede social, e identificar agentes potenciais para o trabalho de multiplicadores da Política de Humanização do SUS no Estado do Acre (Acre, 2008).

A formação de formadores da PNH aconteceu em três etapas e teve como público-alvo 12 profissionais com inserções diferentes no SUS e implicados no movimento de implantação da PNH. Estes formadores

vieram contribuir com o processo de formação desencadeado pela SEMSA-Rio Branco no ano seguinte.

No período de 2011 e 2012, a SEMSA-Rio Branco realizou a formação de apoiadores da PNH e teve como público-alvo 120 gestores, trabalhadores e usuários. Teve como objetivos específicos: ampliar o grupo de gestores e trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde e dos usuários dos COPS comprometidos com os princípios e diretrizes de humanização do SUS; oportunizar a construção de planos de intervenção, com a formulação de propostas criativas para a solução de problemas nas práticas de gestão dos serviços e processos de trabalho em saúde; constituir espaços coletivos de negociação que aprofundem o compromisso da gestão e da atenção com o SUS e articular as atividades do curso com processos de formação e de trabalho que tenham relação com a temática da humanização (Rio Branco, 2011).

Concomitantemente a esses movimentos, surgiu no âmbito estadual, a partir de 2011, a Secretaria Adjunta de Humanização da Gestão Pública, inicialmente vinculada à Secretaria de Estado de Gestão Administrativa e, atualmente, à Fundação de Cultura Elias Mansour, não mais como secretaria adjunta, mas como diretoria. Esta secretaria traz uma concepção diferenciada da humanização proposta pelo SUS, com uma visão de inclusão de arte e cultura no cotidiano do trabalho.

Novos desafios se apresentaram para os avanços da PNH no estado do Acre a partir de 2011, uma vez que a humanização tem um novo cenário político. O coletivo de gestores, trabalhadores e usuários que impulsionaram a PNH no estado do Acre estava desarticulado. A nova gestão estadual de saúde defendia um entendimento teórico e metodológico da PNH que contrastava com os princípios da transversalidade, da indissociabilidade entre práticas de gestão e de atenção à saúde e do protagonismo dos sujeitos. O coletivo, aos poucos, foi perdendo sua potência e sua unidade, acarretando na dispersão dos sujeitos implicados com a PNH, sendo que suas práticas não tinham mais convergência e diálogo.

Como afirmam Passos e Benevides (2005b, p.390), “construir políticas públicas na máquina do Estado exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais, com

as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde”, e levam a desafios conceituais:

É assim que a humanização se apresenta como um conceito-sintoma presente em práticas de atenção: a) segmentadas por áreas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso) e por níveis de atenção (assistência hospitalar); b) identificadas ao exercício de certas profissões (assistente social, psicólogo) e a características de gênero (mulher); c) orientadas por exigências de mercado que devem “focar o cliente” e “garantir qualidade total nos serviços”. (Passos; Benevides, 2005b, p.390).

E metodológicos, uma vez que:

“os modos de fazer” estão às voltas com o processo de construção de uma política pública que não pode se manter apenas como propostas, programas, portarias ministeriais. Da política de governo à política pública não há uma passagem fácil e garantida (Passos; Benevides, 2005b, p.391).

Diante desse cenário, em 2011 e 2012, a SEMSA¹ estabeleceu um conjunto de estratégias para fortalecer a PNH, e, conseqüentemente, o sistema público de saúde. Foram desencadeados diversos processos, cujo foco central foi o fomento das grupalidades e a (re)constituição de coletivos, fortalecidos e potentes, para se manterem ativos, críticos e independentes dos ciclos de gestão. Esse movimento instituinte reafirmou, por meio da PNH, a indissociabilidade do modelo de atenção e de gestão.

O reencontro e o fortalecimento do coletivo da PNH de Rio Branco

A primeira estratégia que culminou na reaproximação desses sujeitos foi a realização do III Encontro de Humanização de Coordenações Estaduais e de Capitais da Região Norte, sediado no município de Rio Branco, Acre, em maio de 2012. A SEMSA apostou nesse encontro, pois vislumbrou que a presença de trabalhadores e gestores de outros estados e capitais, com vivências e experiências diversas, mas que tinham

¹ Por meio do Departamento de Gestão de Pessoas, suas divisões de Humanização e de Educação na Saúde.

peculiaridades da Região Norte, pudesse produzir um reencantamento do coletivo da PNH do município e do estado do Acre.

Em articulação com a Coordenação Nacional da PNH, optou-se por fazer um encontro aberto, para o qual foram convidados os gestores, trabalhadores e usuários do município a participarem das discussões propostas. Como resultado, o Coletivo de Humanização de Rio Branco-AC fez uma avaliação do processo que culminou no distanciamento do grupo e dos novos desafios que se impunham no cenário político. Foi pactuada, então, a retomada das reuniões mensais, sob o incentivo e apoio dos representantes dos demais estados da Região Norte e da Coordenação Nacional.

O coletivo da PNH de Rio Branco-AC realizou encontros mensais, com novos sujeitos implicados na qualificação do sistema público de saúde, que discutiam a capilarização da PNH para os diferentes contextos. Como afirmam Pasche e Passos (2008), a discussão da PNH nos vários espaços do SUS tem revelado sua força, traduzida em diferentes dimensões: de reposicionamento dos sujeitos na perspectiva de seu protagonismo, da potência do coletivo, da importância da construção de redes de cuidados compartilhados, em contraste com o mundo contemporâneo caracterizado pelo individualismo e pela competição geradora de disputas.

O processo de formação de apoiadores da PNH da Gestão e da Atenção à Saúde no município de Rio Branco: uma construção coletiva

Com a reativação do coletivo da PNH, a SEMSA desencadeou, no decorrer do ano de 2012, o processo de Formação de Apoiadores Institucionais da Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde no município. Esse processo contou com a parceria da Secretaria Estadual de Saúde, que por meio de convênio liberou recursos da Educação Permanente, e da Coordenação Nacional da PNH, que proporcionou suporte técnico, político e operacional.

Já havia sido identificada a necessidade de investimentos na formação de atores com atuação nos campos da atenção e da gestão em saúde, para o fortalecimento das ações em andamento e definição de novas estratégias de implementação da PNH no âmbito do SUS

municipal, e o momento era favorável, tendo em vista a retomada do coletivo. Investiu-se então no processo de formação como estratégia de intervenção nos modos de produção de saúde, orientado pelo ideário da PNH, como dispositivo de produção e fomento de redes que permitiriam o compartilhamento de experiências, tendo como ponto de partida os arranjos locais.

Esta formação ocorreu na perspectiva de qualificar e potencializar ações e estratégias da PNH, a partir da produção de sujeitos dotados de capacidade para disparar, fomentar e consolidar processos de mudanças na gestão e nos modos de atenção à saúde, em conformidade com as proposições da PNH. Para tanto, o referencial teórico-metodológico adotado partiu da crítica às formas tradicionais de organização da rede de atenção e dos processos de trabalho em saúde, calcados sobretudo na forma piramidal (Righi, 2002) e no taylorismo (Campos, 2000).

Desta forma, a formação foi conduzida a partir dos pressupostos da PNH, em que as transformações da clínica e da saúde pública são indissociáveis das mudanças no campo da gestão (Benevides; Passos, 2005a). A indissociabilidade entre estes campos permite a construção de uma ação integrada entre formas de conceber e organizar o trabalho em saúde e a própria oferta de recursos assistenciais, bem como desta com a produção de sujeitos. Assim, as modificações nessas áreas são codependentes, na mesma medida em que se coproduzem. Não haveria, desta forma, mudanças substantivas na saúde apenas considerando uma ou outra dessas dimensões, senão que concomitantemente.

Participaram da formação 120 apoiadores institucionais, dos quais 73 concluíram todo o processo, sendo eles: usuários dos Conselhos Populares de Saúde, gestores e trabalhadores da Saúde com inserção e atuação direta na gestão e na atenção básica à saúde da Secretaria Municipal de Saúde, prioritariamente aqueles já inseridos em ações ou atividades da PNH no seu local de trabalho.

A gestão do processo de formação de apoiadores se deu de forma coletiva, em todas as etapas. Foi instituído um Colegiado Gestor composto por representantes de todas as diretorias da Secretaria Municipal de Saúde, e com representação da Secretaria Estadual de Saúde e da coordenação Nacional da PNH. O colegiado teve como atribuições monitorar e avaliar o processo pedagógico e

metodológico da formação. Também foram realizadas reuniões com os coordenadores das unidades de saúde, áreas técnicas e diretores de departamento, para apresentação da proposta de formação, definição das Unidades de Produção e dos critérios de seleção dos apoiadores, e fundamentalmente, fazer os ajustes necessários, a partir das contribuições de todos os sujeitos implicados.

Os apoiadores pedagógicos e/ou formadores foram os gestores, trabalhadores e usuários que compunham o coletivo da PNH de Rio Branco. A implicação histórica que os mesmos tinham na defesa do SUS, além de todos já terem vivenciado um processo semelhante de formação da PNH, garantiu um acompanhamento com qualidade e criticidade aos apoiadores institucionais. Esse engajamento dos formadores na formação dos apoiadores institucionais foi mais um elemento que colaborou para o fortalecimento do coletivo da PNH de Rio Branco.

O encontro entre formadores e apoiadores institucionais fortaleceu o trabalho multidisciplinar e fomentou a grupalidade, a partir das discussões dos processos de trabalho, comum a todos, além de trazer subsídios que potencializaram a autonomia dos sujeitos e coletivos implicados na formação e na rede.

A PNH no Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS em Rio Branco: uma estratégia que deu certo

No ano de 2012, o planejamento do Departamento de Gestão de Pessoas da SEMSA incluiu dois processos de formação na ótica da educação permanente: o Curso de Apoiadores da PNH e o Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS (CDG-SUS). A ideia foi envolver grande parte dos trabalhadores e gerentes em processos que proporcionassem encontros, diálogos e construção conjunta, num movimento sinérgico. Por isso os cursos foram concomitantes, com encontros planejados durante as turmas e os módulos.

O CDG-SUS² do Acre nasceu de uma parceria entre a SEMSA e o Lappis. A proposta baseou-se na integralidade em saúde, na

² Para mais informações sobre o CDG-SUS Rio Branco, consultar o capítulo “CDG-SUS Rio Branco: uma experiência compartilhada de educação permanente centrada na gestão do cuidado em saúde”, nesta coletânea.

centralidade no usuário, na gestão participativa e no planejamento em saúde, sendo bastante congruente com os pressupostos da PNH. Na fase de planejamento do curso em Rio Branco, os debates no núcleo gestor abordaram o modo de inserção dos conteúdos da PNH no curso, se em um módulo específico ou como tema transversal. Decidiu-se pela segunda opção, o que ao final se mostrou uma decisão acertada, pois grande parte dos produtos do curso fez referência a questões centrais da PNH, inclusive com a menção à política.

Foram realizadas dez turmas, com 242 participantes, incluindo gestores, trabalhadores e usuários. No primeiro módulo do curso de apoiadores da PNH, foi feito o convite para os participantes integrarem a sexta turma do CDG-SUS, formando uma turma “temática”. O objetivo foi intensificar as discussões gerais sobre o SUS com o viés dos conceitos abordados na PNH. Como resultado, observou-se uma intensificação da perspectiva inclusiva tanto na gestão como na atenção, bem como a criação de laços entre os atores que se encontram no cotidiano da produção de saúde do SUS. As colocações dos participantes dessa turma nas fichas de avaliação³ retrataram bem esse aspecto. Ao serem questionados sobre como pretendiam modificar seu modo de trabalhar, enfatizaram a criação de rodas de conversa nas equipes e setores de trabalho, com inclusão de todos os segmentos. Além disso, como exposto nos trechos abaixo, demonstraram empoderamento em relação a sua atuação no SUS, deixando clara a perspectiva da corresponsabilidade pelas ações⁴.

Levando todo conhecimento adquirido para a equipe onde trabalho e conscientizar colegas e gestores da importância de se conhecer o SUS, a PNH e colocar em prática a resolutividade. (Participante 01).

Sempre pensei que aquietar-se diante de algo é incapacitante, neste curso recebi forças para continuar inquieta, procurando compartilhar com meus companheiros novas formas de intervir no meu (nosso) espaço de produção de saúde. (Participante 02).

³ Para visualização das perguntas abertas na ficha de avaliação do CDG-SUS, ver capítulo “Renovação, compromisso e necessidade de diálogo: a avaliação do curso nos relatos dos participantes”, nesta coletânea.

⁴ Os cinco textos destacados neste item correspondem a trechos das respostas dos participantes ao questionário de avaliação da sexta turma.

Sim, acredito na participação de todos (gestores, trabalhadores e usuários) em prol de uma saúde mais organizada e digna. Principalmente nas transformações advindas do trabalho em grupo; do poder de inventar cuidados no dia-a-dia; na gestão do Sistema Único de Saúde. (Participante 03).

Nos comentários gerais sobre o curso, ficou clara a necessidade de criação de espaços de diálogo e construção no dia a dia no SUS. O sentimento de coletividade e de renovação para o trabalho, assim como o reconhecimento da importância de conviver com as diferenças, foram aspectos ressaltados pelos participantes ao final do curso.

Foi extremamente gratificante encontrar pessoas pensando igual a mim e contagiadas para fazer do SUS o que ele realmente propõe. E melhor ainda foi descobrir que não somos poucos. (Participante 04).

Gostei muito do curso. Aprendi muito até com as discordâncias. As discussões me levaram a refletir o meu modo de pensar, de agir e de me expressar. Tomei uma decisão, não ter medo de falar e expressar o que estou sentindo. (Participante 05).

A equipe que atuou na gestão desses processos (Curso de Apoiadores da PNH e CDG-SUS) avaliou que a sinergia entre os cursos se materializou nos produtos finais de cada curso. A PNH foi bastante citada na Agenda de Fortalecimento Gerencial do CDG-SUS, cujos encontros e construções foram base para os projetos de intervenção dos apoiadores. Esse próspero encontro de projetos contou com um momento de intensa reflexão no âmbito geral da SEMSA: o XII Seminário Integralidade em Saúde, realizado em agosto de 2012 em Rio Branco, que contou com evento pré-seminário destinado aos apoiadores institucionais.

Encontro da PNH no Seminário do LAPPIS: o debate do Apoio Institucional

A inserção cada vez maior na saúde pública de Rio Branco também foi representada pelo debate da PNH no XII Seminário do Projeto Integralidade, realizado na cidade em agosto de 2012. Gestores, apoiadores, coordenadores e consultores da PNH na Região Norte reuniram-se, durante um dia, para debater a condução da política.

As demandas por debate em nível micropolítico, incluindo principalmente regiões de fronteira e toda a Amazônia Legal, refletem a busca de mudanças das práticas de gestão e de atenção que vem se configurando nos últimos anos. Um dos pontos discutidos no evento foi a necessidade de se subverter a verticalização característica da gestão hierarquizada e de se valorizar o subjetivo e as questões de identidade.

O apoio institucional configura-se como ferramenta de fundamental importância para promover a transferência de tecnologia e ampliar a capacidade institucional das secretarias estaduais e municipais de Saúde. A construção e reorganização das redes de atenção também ganharam destaque nas discussões durante o seminário.

O termo *Apoio* procura capturar todo este significado: não se trataria de comandar objetos sem experiência ou sem interesses, mas de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. Tampouco se aposta apenas nos recursos internos de cada equipe. O termo *Apoio* indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens e serviços... (Campos, 2003, p.87).

Para que o cuidado em saúde possua equidade, integralidade e universalidade, é importante promover e manter a aproximação entre gestores, trabalhadores e usuários. Elaborar e buscar dispositivos que aproximem os usuários e gestores nos processos de discussão, intervenção e avaliação é essencial para que o cuidado em saúde seja satisfatório à população.

O seminário possibilitou a aproximação e participação de trabalhadores, gestores e usuários durante as rodas de debate. Cabe ressaltar o quanto as questões que surgem a partir de um evento como o seminário são importantes para a mediação na construção de um SUS de qualidade.

Considerações finais

O percurso da PNH no Acre, de forma mais específica no município de Rio Branco, desde as primeiras e tímidas ações até os avanços significativos que vêm ocorrendo na atualidade, tem revelado uma conformidade bem articulada em relação aos princípios

orientadores de sua política que apontam para uma perspectiva prática de múltiplas determinações. Uma construção coletiva que ganha corpo e se fortalece com a produção do comum na diferença.

Foi sob esse enfoque que as ações de saúde implementadas no âmbito da SEMSA-Rio Branco buscaram caminhos e alternativas de transversalidade, à medida que envolveram ao máximo os principais personagens dessa dinâmica (gestores, trabalhadores, usuários, sujeitos e coletivos). Na perspectiva de apropriação das políticas, programas e projetos foram implementados de modo a conceber sujeitos autônomos num processo de responsabilização mútua de construção coletiva.

Somente a partir de uma aproximação gradual entre as práticas de gestão e as práticas de atenção à saúde, tornou-se possível pensar em uma articulação consoante os princípios e diretrizes elaborados pelo SUS. A criação de espaços e oportunidades dialógicas, além das propostas de valorização do indivíduo, seja no contexto do atendimento ou da demanda, foi fundamental para o processo de protagonismo dos sujeitos e dos coletivos, que têm se revelado verdadeiro motor impulsionador da integralidade no contexto do município.

Contudo, faz-se oportuno mencionar as inúmeras dificuldades na busca pela construção de uma consciência coletiva de humanização. Ao suscitar o resgate das ações desenvolvidas no âmbito da SEMSA, além de provocar reflexões capazes de estimular as mudanças necessárias, também se oportuniza um movimento de fortalecimento e ampliação da PNH enquanto política pública do SUS, que nesta condição, deve ser universal.

Referências

- ACRE. Secretaria de Estado de Saúde. *Programação do I seminário estadual de humanização da gestão e da atenção à saúde: promovendo a inclusão e acesso no sistema único de saúde*. Rio Branco: SESAcre, 2006.
- _____. Secretaria de Estado de Saúde. *Relatório da Oficina de sensibilização em humanização*. Rio Branco: SESAcre, 2008.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.10, n.3, 2005a.
- _____. Humanização na saúde um novo modismo? *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* Botucatu, v.9, n.7, 2005b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). *Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: 2001. Disponível em: [HTTP://www.bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf](http://www.bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf). Acesso em: 14 jan 2013.
- _____. *Cadernos HumanizaSUS: formação e intervenção*. V.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14, n.4, 1998.
- _____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- _____. *Saúde Paideia*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2003.
- HECKERT, A.L.; NEVES, C. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: BARROS, M.E.B.; PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.
- NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- PASCHE, D.F., PASSOS, E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública de Santa Catarina*. [online]. Florianópolis, v.1, n.1, 2008. Disponível em: <http://www.esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/18/30>. Acesso em: 14 dez 2012.
- RIO BRANCO. Secretaria Municipal de Saúde. *Projeto formação de apoiadores institucionais da política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde no município de Rio Branco-Acre*. Rio Branco: SEMSA, 2011.

Avaliação do CDG-SUS Rio Branco: a devolutiva dos participantes

DOUGLAS J. ANGEL
EUFRASIA CADORIN
DOMISY VIEIRA ANUTE
RODRIGO SILVEIRA
HIGNÊS SENA

Introdução

Diante da nova configuração organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (SEMSA), estabelecida em 2009, foi criado o Departamento de Gestão de Pessoas e, vinculadas a ele, as áreas de Educação na Saúde, de Gestão do Trabalho e de Humanização, evidenciando o acerto técnico-político com a integração destas, o que possibilitou um novo olhar sobre as práticas de formação e valorização do trabalho e do trabalhador.

Os processos de qualificação profissional até então realizados na secretaria eram focados em temas específicos relacionados às áreas temáticas onde muitos reproduziam o modelo de formação tradicional. Este modelo há muito vem sendo questionado por não propiciar as transformações necessárias a partir da reflexão das práticas cotidianas. Nesse contexto, Davini (2009) afirma:

[...] que as capacitações geralmente se caracterizam por simplificação que reduz o problema a uma questão de aplicação de métodos e técnicas pedagógicas, a visão instrumental com meio de alcançar um objetivo, o imediatismo com programas educativos a aplicação rápida como num passe de mágica, a baixa discriminação de problemas a serem enfrentados, e a tendência em atuar por meio de programas e projetos ao invés de fortalecer a sustentabilidade e a permanência de estratégias educativas ao longo do tempo.

Como estratégia de qualificação profissional, a área da educação na saúde da SEMSA aposta na Educação Permanente em Saúde (EPS), como política prioritária entendendo que:

A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem como objeto de transformação o processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado (Ribeiro; Motta, 1996).

Com o Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS (CDG-SUS) como estratégia EPS, foi possível ressignificar estes processos, pois sua metodologia possibilitou ao participante pensar na produção de saúde, a partir da sua vivência, enriquecendo e trazendo para o debate as fragilidades e potencialidades existentes no seu cotidiano na perspectiva da integralidade da atenção. Inicialmente, a proposta de formação incluiu 250 pessoas, distribuídas em dez turmas, com usuários, trabalhadores e gestores da rede de saúde. Ao final, foram 242 pessoas que participaram do curso e vivenciaram este processo de qualificação, que constitui um espaço de compartilhamento de saberes e responsabilização.

O texto faz a análise quantitativa dos resultados da avaliação do curso, consolidada por turma. A avaliação considerou o conteúdo, a metodologia, o material didático, a atuação dos tutores, a estrutura e recursos audiovisuais, a participação individual e do conhecimento do SUS.

O processo de definição das turmas

A discussão da composição das turmas foi um longo debate no Núcleo Gestor¹, pois o projeto contemplou 250 vagas ofertadas para o universo de aproximadamente 1.950 trabalhadores, 70 gestores e 220 conselheiros dos conselhos municipal e populares. A tarefa não foi fácil, mas era necessário fazer uma seleção prévia, com a definição de alguns critérios, que teve como princípio a participação

de usuários, trabalhadores da saúde e gestores em todas as turmas. A partir deste princípio, foram distribuídas inicialmente 99 vagas para gestores da SEMSA e Secretaria de Estado de Saúde (SESACre), 131 vagas para trabalhadores de saúde, duas vagas para o Conselho Municipal de Saúde e 18 vagas para os Conselhos Populares de Saúde. Após elaboração da proposta, esta foi apresentada aos gestores dos departamentos da secretaria e ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), que aprovaram e apoiaram a realização do curso.

A distribuição do número de vagas por turma foi definida pelo Núcleo Gestor, mas a participação foi voluntária, já que a partir da proposta inicial, o comitê executivo encaminhava o convite para as unidades, setores e conselhos de saúde, e estes indicavam seus participantes.

A primeira turma foi o piloto, e contou com a participação de todos os diretores dos departamentos, além de trabalhadores da saúde e usuários. Após sua finalização, o Núcleo Gestor e os tutores se reuniram e avaliaram o processo, propondo os ajustes necessários para as próximas turmas. No decorrer do processo, surgiram algumas demandas específicas, que orientaram uma nova configuração das turmas, sem perder de vista o princípio norteador do curso, de que todas as turmas deveriam contar com a participação de usuários, trabalhadores e gestores.

Os participantes dos movimentos da saúde mental e da saúde do idoso, ao saberem da existência do curso, demonstraram interesse em participar com representantes de trabalhadores e gestores do estado e do município, além de usuários desses movimentos. Paralelamente, trabalhadores e gestores do curso de formação de apoiadores da PNH demonstraram interesse em participar do processo. Por fim, acadêmicos dos cursos da área da saúde da Universidade Federal do Acre (UFAC) e da União Educacional do Norte (UNINORTE-AC), que participaram do XII Seminário sobre Práticas de Integralidade em Saúde, promovido pelo Lappis em agosto de 2012 em Rio Branco, também solicitaram espaço para participar.

Concluídas as dez turmas, têm-se como resultado no processo, a qualificação de 242 pessoas e a produção de 40 Redes Explicativas,²

¹ Instituído pela Portaria do Gabinete do Secretário nº 344/11, formado por dois gestores da SEMSA, com o objetivo de planejar, monitorar e avaliar o CDG-SUS.

² Para mais detalhes, ler capítulo “CDG-SUS Rio Branco: uma experiência compartilhada de educação permanente centrada na gestão do cuidado em saúde”, nesta coletânea.

ferramenta de trabalho das turmas que deu origem à Agenda de Fortalecimento Gerencial do SUS – 2012, refletindo o compromisso assumido pela gestão, trabalhadores e usuários que participaram do curso.

Metodologia de análise

A primeira etapa foi a coleta das informações quantitativas produzidas a partir da avaliação individual, agrupadas por turma. A seguir o material foi organizado observando-se que o conjunto contemplasse todos os grupos participantes do processo de avaliação.

Após esta etapa organizativa, procedeu-se à sistematização das informações coletadas. Em geral, o processamento de dados quantitativos resulta na construção de um ou mais bancos de dados que possibilitam a apuração das informações de maneira rápida, precisa e eficiente, por meio eletrônico. A abordagem quantitativa possibilita o dimensionamento do universo pesquisado, sendo os dados coletados, analisados e apresentados estatisticamente.

Segundo Oliveira (2001), o método quantitativo:

[...] significa quantificar opiniões, dados, nas formas de coleta de informações, assim como também com o emprego de recursos e técnicas estatísticas desde a mais simples, como percentagem, média, moda, mediana e desvio padrão, até as de uso mais complexo, como coeficiente de correlação, análise de regressão etc. (Oliveira, 2001 p.115).

Pinheiro e Torres (2002) analisam os seguintes conceitos como sendo fundamentais para a compreensão dos dados que devem se expressar em linguagem estatística: elemento, variável, observação e caso. Entende-se por elemento uma unidade em determinado estudo.

No CDG-SUS, cada turma que participou do estudo constituiu um elemento. Cada participante ou cada tutor dessas turmas também é exemplo de elementos. Os itens avaliados contemplaram a avaliação do curso, com 12 questões fechadas em Escala Likert de 4 pontos (variando de “Muito bom” a “Insuficiente”), sendo dez destas referentes ao desenvolvimento do curso e duas questões de autoavaliação individual e do grupo (6.1 e 6.2), distribuídas conforme demonstrado na figura 1.

Figura 1. Questionário de Avaliação CDS-SUS

Avaliação do CDG-SUS – Unidades I e II

Município: _____

Convidamos você a avaliar o desenvolvimento do curso de acordo com o seguinte parâmetro:
Muito bom (9,0 a 10,0) **bom** (8,0 a 8,9) **regular** (7,0 a 7,9) **insuficiente** (abaixo de 7,0).

1. CONTEÚDO:
 1.1 O conteúdo do curso foi adequado de acordo com os objetivos propostos?
Muito bom () **Bom** () **Regular** () **Insuficiente** ()

2. METODOLOGIA:
 2.1 A metodologia favoreceu a discussão sobre os temas propostos?
Muito bom () **Bom** () **Regular** () **Insuficiente** ()
 2.2 A metodologia estimulou a participação das pessoas?
Muito bom () **Bom** () **Regular** () **Insuficiente** ()

3. MATERIAL DIDÁTICO:
 3.1 O material didático disponibilizado foi suficiente e ofereceu subsídio à discussão dos temas?
Muito bom () **Bom** () **Regular** () **Insuficiente** ()
 3.2 A linguagem do material didático foi acessível à compreensão dos temas estudados?
Muito bom () **Bom** () **Regular** () **Insuficiente** ()

4. TUTORES:
 4.1 Os tutores tinham domínio do conteúdo abordado?
Muito bom () **Bom** () **Regular** () **Insuficiente** ()
 4.2 Os tutores tinham domínio da metodologia adotada?
Muito bom () **Bom** () **Regular** () **Insuficiente** ()

5. ESTRUTURA FÍSICA E RECURSOS ÁUDIO VISUAIS
 5.1 A estrutura física foi adequada e confortável à realização do curso?
Muito bom () **Bom** () **Regular** () **Insuficiente** ()
 5.2 Os recursos áudio visuais foram suficientes para subsidiar as atividades do curso?
Muito bom () **Bom** () **Regular** () **Insuficiente** ()

6. PARTICIPAÇÃO NO CURSO
 6.1 O Grupo participou ativamente das atividades e discussões propostas no curso?
Muito bom () **Bom** () **Regular** () **Insuficiente** ()
 6.2 Você participou ativamente das atividades e discussões propostas no curso?
Muito bom () **Bom** () **Regular** () **Insuficiente** ()

7. O Curso contribuiu para ampliar seu conhecimento sobre o SUS?
Muito bom () **Bom** () **Regular** () **Insuficiente** ()

O curso em geral foi muito bem avaliado, com mais de 80% de respostas “muito bom” considerando todas as categorias e perguntas. Como o percentual de respostas “regular” e “insuficiente” foi insignificante, adotou-se como indicador da avaliação dessas categorias o percentual de respostas “Muito bom”.

Resultados e discussão

A análise a seguir refere-se ao consolidado do instrumento de avaliação utilizado no curso, ao final de cada unidade, totalizando 242 fichas. Com relação ao número de participantes programados, o curso atingiu 96,8% do esperado. A análise por segmento e instituição confirma que o processo foi aberto a todos os segmentos e envolveu as instituições mais importantes do setor saúde, com prioridade para os trabalhadores e gestores da SEMSA (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos participantes do CDG-SUS Rio Branco por segmento e instituição

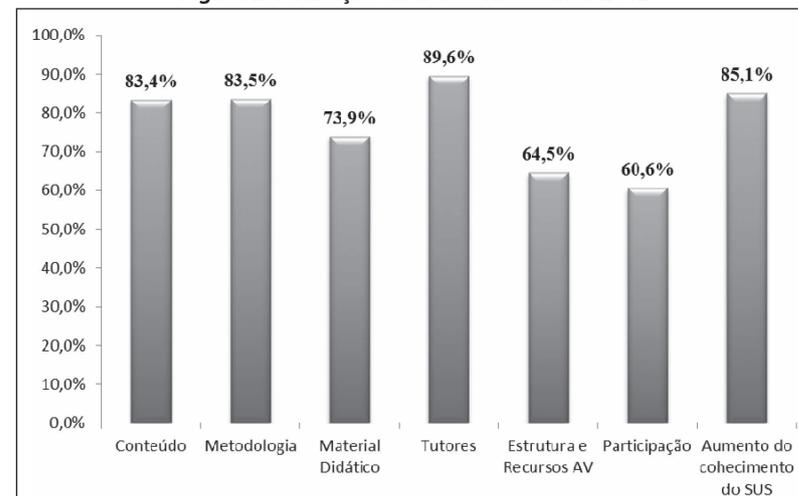
Distribuição por segmentos	n	%
Gestores	35	14,4
Trabalhadros	134	55,4
Usuários	21	8,7
Estudantes	13	5,4
Professores	2	0,8
Não especificado	37	15,3
Total	242	100
Distribuição por instituição	n	%
SEMSA	120	49,6
SESACRE	34	14,0
Universidades	15	6,2
Outras secretarias	2	0,8
Movimento social	14	5,8
Escola Técnica do SUS	9	3,7
Conselhos de saúde	6	2,5
Não especificado	42	17,4
Total	242	100

É importante ressaltar a participação de usuários em todas as turmas do curso, com representantes dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde (Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Populares de Saúde – COPS). A participação de estudantes, professores e funcionários das instituições de ensino (universidades e escolas técnicas) também foi uma das características marcantes do CDG-SUS, representando uma oportunidade de maior articulação da academia com o serviço. Sabe-se inclusive que grande parte dos designados como “não especificados” na análise é composta por estudantes da Universidade Federal do Acre ou da Uninorte.

Avaliação do curso pelos participantes

Em seguida, apresentamos a avaliação conforme cada uma das categorias da ficha preenchida pelos participantes ao final da unidade 1 e ao final do curso.

Figura 2. Avaliação CDG-SUS Rio Branco 2012



Fonte: CDG-SUS/Lappis/SEMSA Rio Branco - 2012

Conteúdo

A coletânea de texto empregada no curso proporcionou aos alunos um amplo acesso a conteúdos que foram desde a condição de vida,

política e gestão do SUS até a educação permanente, gerando portanto neste item a média final de avaliação das turmas de 83,4%, ou seja, mais de 80% das turmas consideraram o conteúdo adequado aos objetivos proposto pelo curso, de despertar o aluno para sua corresponsabilidade com o processo de gestão e do cuidado. Por outro lado, os textos foram analisados pelos alunos como muito extensos, e por vezes de difícil compreensão, tornando-se fatigante, o que foi confirmado na Avaliação Qualitativa.

Metodologia

A metodologia ativa favoreceu a discussão dos temas propostos pelo curso, tendo este item a média final da avaliação das turmas de 83,5%, ou seja, mais de 80% consideraram a metodologia boa. Neste item foram avaliados se a metodologia favoreceu a discussão sobre os temas propostos e se estimulou a participação das pessoas.

Na primeira questão, avaliando a Unidade I, as respostas variaram de 74 a 95% e na Unidade II a variação foi de 73 a 100%, estando estas com média aproximada. Na segunda questão, temos uma variação considerável entre as unidades, enquanto que na Unidade I as respostas variaram de 62 a 93%; na Unidade II as avaliações variaram de 57 a 100%. Esse resultado demonstra que a Unidade II não favoreceu tanto a discussão do grupo quanto na Unidade I.

Material didático

Na avaliação do material didático do curso, houve queda no percentual de avaliações “muito bom”, que ficou abaixo de 80% (figura 2). Embora seja uma avaliação positiva, é necessário averiguar os motivos possíveis dessa queda. Conforme a figura 1, para esta categoria havia duas perguntas, a primeira avaliava se o material era suficiente e oferecia subsídio aos debates e a segunda avaliava a linguagem e a acessibilidade à compreensão dos conteúdos. Ao esmiuçar a análise, pode-se perceber que a segunda pergunta teve um índice de respostas “muito bom” menor que a primeira. Na segunda, este percentual variou entre 40 e 90%, enquanto na primeira ficou entre 70 e 100%. Essa diferença aponta para certa dificuldade dos

participantes na leitura dos textos de apoio, relacionada à linguagem utilizada, que em alguns casos utiliza termos muito particulares do campo acadêmico da Saúde Coletiva, o que por vezes dificulta a compreensão daqueles que têm menos inserção no campo.

Uma característica do curso que pode ter repercutido nessa avaliação é a heterogeneidade entre os participantes. Teoricamente, os gestores têm uma acessibilidade maior aos termos utilizados, pela familiaridade cotidiana com os mesmos. Os usuários e trabalhadores com menos experiência e/ou formação podem ter maior dificuldade para a leitura dos textos.

Tutores

A tutoria do curso foi a categoria mais bem avaliada, com quase 90% de respostas “muito bom” (figura 2). O compromisso dos tutores com o processo foi marcante, o que também ficou explicitado em outros textos mais específicos desta coletânea.³

Alguns aspectos que foram cuidadosamente planejados pelo núcleo gestor e explicitados anteriormente por Schrader e Muller Neto (2012) podem ter contribuído para esse sucesso. O primeiro é o processo seletivo, que levou em consideração a experiência em gestão e em processos de ensino-aprendizagem, característica que conseguiu trazer para o grupo professores das instituições de ensino profissional e superior (Escola Técnica do SUS, Universidade Federal do Acre e UNINORTE) e pessoas com inserção na gestão municipal e estadual. O segundo foi a realização de oficinas de formação, que contou com uma das coordenadoras do CDG-SUS de Mato Grosso e uma tutora com experiência nos cursos realizados naquele estado. As oficinas de formação priorizaram a apropriação da metodologia do curso, com o desenvolvimento das atividades que os tutores reproduziriam nas turmas, incluindo as dinâmicas e os trabalhos de construção em grupo. A metodologia das oficinas procurou trabalhar

³ Para mais informações, ver capítulos “Tutoria no CDG-SUS: exercitando metodologias ativas com os atores do SUS” e “Renovação, compromisso e necessidade de diálogo: a avaliação do curso nos relatos dos participantes”.

a relação afetiva dos tutores com o curso, o que influenciou no grau de compromisso observado. O terceiro aspecto é a formação das duplas de tutores, que também foi escolhida levando em consideração a forma de atuação de cada um, de maneira que pudessem atuar em parceria e se complementassem nas atividades.

Estrutura física e recursos audiovisuais

Neste item, a média final das turmas foi de 64,5%, ou seja, a maioria avaliou o espaço como “muito bom” para o desenvolvimento das atividades. Analisando a questão referente à estrutura física, percebe-se que as respostas variam de 40% a 80%, com índice menor nas turmas 6, 7 e 8, que contaram mais de 25 participantes. À exceção da primeira turma, todas foram realizadas na Escola Técnica de Saúde, espaço projetado para processos de formação, com salas para capacidade de 25 pessoas. Assim, como as três turmas tiveram entre 26 a 32 participantes, o espaço físico não foi o mais adequado para o número de pessoas.

Quanto aos recursos audiovisuais estes foram mais bem avaliados, quando comparados à estrutura física, com percentual variando de 56% a 94%. Esses dados indicam que os recursos audiovisuais utilizados no curso foram suficientes para subsidiar as atividades desenvolvidas.

Participação no curso

Nesta categoria, pretendeu-se aferir a autoavaliação dos participantes, que incluiu a avaliação individual e coletiva, na qual a primeira questão está relacionada à participação do grupo nas atividades e discussões propostas e a segunda aborda a atuação da pessoa. Este item obteve a média de 60,6%, sendo o menor percentual avaliado em relação às outras categorias analisadas, demonstrando que os participantes foram muito críticos em sua autoavaliação. Na análise da participação do grupo, o percentual variou de 33% a 83%, e na análise da participação individual, a média variou entre 25% a 80%, o que evidencia maior autocrítica na participação individual.

Este resultado pode ser atribuído à carga horária de 30 horas semanais por unidade, já que o curso foi realizado de 7h30min a 13h30min, sendo essa carga horária um motivo recorrente de queixas

entre os participantes, como demonstrado na avaliação qualitativa⁴ do curso. Outro fator que pode ser relacionado é o fato de que o curso se realiza na cidade onde o participante reside e trabalha, o que faz com que este não se desvincule totalmente de suas atividades rotineiras. A heterogeneidade entre os participantes do curso também pode ter contribuído para essa avaliação, pois alguns podem ter participado menos por inibição frente ao colega mais experiente ou com uma posição de maior destaque na gestão do sistema.

Apesar da avaliação mais rigorosa dos participantes nessa categoria, é importante lembrar este valor corresponde ao percentual de respostas “muito bom”, portanto mesmo com um resultado menor neste item, de forma geral o grupo se envolveu e participou ativamente do processo.

Em relação à ampliação do conhecimento no SUS

O percentual alcançado neste item foi de 85,1%, sendo o segundo mais bem avaliado pelos participantes. Com este resultado, os participantes afirmam como muito boa a ampliação de seus conhecimentos sobre o SUS, assim o CDG-SUS cumpre um dos principais objetivos que foi o de promover a qualificação dos participantes para atuar no SUS, nos espaços da gestão, da assistência ou de participação social. A partir desta análise, também confirmada com a Avaliação Qualitativa, a ampliação dos conhecimentos sobre o SUS se traduz no desejo de compartilhar os saberes com a equipe de trabalho, repensando as práticas cotidianas.

Fazendo a análise comparativa dos itens avaliados, tem-se primeiramente o desempenho dos tutores, seguido da ampliação do conhecimento sobre o SUS, do conteúdo, da metodologia, do material didático, da estrutura e recursos audiovisuais, e por fim, com menor índice de avaliação, a participação nas atividades desenvolvidas.

Considerações finais

O acerto técnico-político na criação da área de educação na saúde e da humanização fortaleceu os processos de qualificação

⁴ Para mais detalhes, ver capítulo “Renovação, compromisso e necessidade de diálogo: a avaliação do curso nos relatos dos participantes”, nesta coletânea.

profissional na secretaria, paralelamente a outros de valorização do trabalho e do trabalhador, que inclui trabalhadores, gestores e usuários em espaços democráticos de compartilhamento de saberes e de corresponsabilização. A avaliação demonstra que o CDG-SUS atingiu seus objetivos, fundamentalmente no que diz respeito ao exercício do potencial de cada um deles para a consolidação do SUS como política pública com qualidade e integralidade nas ações e serviços prestados.

O CDG-SUS promoveu a qualificação profissional em saúde, com a superação de práticas de formação fragmentadas, centradas no modelo biomédico. Essa estratégia valorizou saberes a partir da vivência do cotidiano e a troca de experiências entre os participantes. Os resultados apontam também para o êxito na seleção dos conteúdos, metodologia, material didático, tutores, estrutura física e recursos audiovisuais, que facilitaram a fixação dos conteúdos e motivaram a participação ativa no curso.

A vivência no curso possibilitou o olhar sobre os processos de trabalho, promovendo a reflexão sobre práticas de cuidado que reafirmam valores éticos e políticos, tendo como princípio as necessidades de saúde da população na perspectiva da integralidade da atenção e do direito à saúde.

Referências

DAVINI, M.C. Enfoques, problemas e perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-56 (Série *Pactos pela Saúde*, v. 9).

OLIVEIRA, S.L. de. *Tratado de metodologia científica*: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. 2.ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001. 320 p.

PINHEIRO, R.S.; TORRES, T.Z.G. Análise exploratória de dados. In: MEDRONHO, R.A. (Org.). *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2002. p 227-244

RIBEIRO, E.C.O; MOTTA. J.I.J. Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde. *Divulg. saúde debate*, v. 12, 1996. p. 39-44. Disponível em: <www.bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 15 maio 2013.

SCHRADER, F.T.; MULLER NETO, J.S. Experiência de ensino aprendizagem e produção do cuidado em saúde: o Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS em Mato Grosso. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). *Integralidade sem fronteiras*: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado. Rio de Janeiro: Cepesc, 2012.

Renovação, compromisso e necessidade de diálogo: a avaliação do curso nos relatos dos participantes

RODRIGO SILVEIRA
VALERIA MATOS
VALGERLÂNGELA SOUZA
JAUANE VILELA
SUZIANY DANTAS

Percebi que a grande maioria dos participantes sairá do curso revitalizado. Conhecer os detalhes que compõem o gerenciamento do SUS possibilita aumentar a percepção de que se de um lado as coisas não são fáceis, do outro há diversas alternativas e instrumentos gerenciais que facilitam a organização de tudo que envolve esse todo complexo que é o Sistema Único de Saúde. Lidar com o sistema é, no final das contas, lidar com si mesmo, reinventando as relações: com o outro, com processos de trabalho e com as diferenças. (Participante CDG-SUS).

Após a realização de diversas turmas do Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS em municípios de Mato Grosso e Rio de Janeiro, construiu-se a possibilidade de sua realização no município de Rio Branco, Acre. A concretude da proposta foi possível após a formalização de parceria entre a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e a equipe central do Lappis. Embora tenha seguido a trajetória de sucesso das experiências municipais dos outros estados, a proposta de Rio Branco acrescentou uma parcela de ousadia, pois o projeto previu dez turmas em apenas um município, fato inédito no desenvolvimento do CDG-SUS.

A proposta do CDG-SUS é fortalecer a capacidade gerencial do SUS nos municípios, na perspectiva da comunicação, da ética e da integralidade nas práticas de gestão e de cuidado em saúde, tendo como

referências o direito à saúde e as necessidades de saúde da população (Müller Neto et al., 2009). Sua realização em Rio Branco partiu do reconhecimento de permanente reflexão sobre os caminhos para a consolidação do SUS local. Essa perspectiva foi assumida pela equipe da gestão da SEMSA em 2011, havendo a busca pelo desenvolvimento de processos que pudessem tornar esse desafio possível.

A preparação para o desenvolvimento das turmas em Rio Branco seguiu os passos descritos por Schrader e Muller Neto (2012), para o CDG-SUS de Mato Grosso: a) formulação de proposta pedagógica (no caso, foi feita a adaptação da proposta original); b) seleção e formação dos tutores; c) revisão do material didático; e d) realização das turmas.

Ao término do CDG-SUS Rio Branco, após a realização das dez turmas, é importante que a avaliação feita pelos participantes seja explorada de maneira ampla, pois pode dar subsídio para outros projetos semelhantes no município, bem como seu aprimoramento para o desenvolvimento em outros lugares. O objetivo deste texto é analisar as avaliações dos participantes sobre o CDG-SUS, explicitando impressões sobre o desenvolvimento do curso e as intenções de mudança no cotidiano do trabalho ao final do processo.

Percurso metodológico da avaliação

A avaliação do curso foi realizada através de uma ficha padronizada contendo 12 questões, sendo as oito primeiras com respostas fechadas em escala Likert e as três últimas com perguntas abertas, para que o participante se expressasse livremente (quadro 1). A ficha de avaliação foi a mesma utilizada nos cursos no Mato Grosso e Rio de Janeiro, possibilitando a comparação entre os processos vividos nos três estados.

O preenchimento da ficha foi individual e realizada ao final da unidade 1 e ao final do curso, sendo portanto duas avaliações por pessoa em cada turma. É importante considerar que esse é um momento em que as emoções se expressam de maneira mais intensa, principalmente no final do curso, pois trata-se do término de um ciclo produtivo que gerou integração entre os participantes, bem como novas expectativas e renovação para o trabalho. Essa característica

pode influenciar positivamente os resultados, e os autores e leitores devem considerar esse fato ao escrever/ler sobre as avaliações.

A análise do material foi realizada com base nos procedimentos da pesquisa qualitativa, com transcrição integral das narrativas, leitura minuciosa dos textos, delimitação das categorias operacionais a partir do conteúdo analisado e seleção de citações importantes para ilustrar os resultados. Esses passos foram percorridos coletivamente pelo grupo de autores deste texto.

É importante colocar que as fichas de avaliação não são assinadas, permanecendo o autor anônimo, o que preserva a privacidade de cada pessoa que expressou seu sentimento e as intenções de trabalho a partir dos conteúdos e técnicas trabalhadas no curso.

Quadro 1. Três perguntas abertas da ficha de avaliação do CDG-SUS

<p>9. Você pretende modificar o seu modo de trabalhar e se relacionar com a equipe? Como?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>10. Você pretende discutir com a sua equipe de trabalho novas formas de cuidado à saúde e as práticas gerenciais na unidade? Justifique.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>11. Comentários gerais.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

A avaliação do CDG-SUS nas palavras dos participantes

Foram analisadas as avaliações de aproximadamente 240 participantes,¹ totalizando cerca de 480 fichas de avaliação (unidades 1 e 2). As respostas das questões 9 e 10 foram similares, pois versavam sobre as repercussões do curso no trabalho dos participantes. Desta forma, as respostas convergiram para a formação do mesmo grupo de categorias. As respostas da questão 11 formam a impressão geral sobre o curso e qualificam o resultado das respostas dos itens da avaliação quantitativa (escala Likert).

Ao analisar minuciosamente todas as respostas, chegou-se a dois grupos de categorias: uma sobre as impressões gerais e específicas sobre o curso e outra sobre as possíveis contribuições para o trabalho, de acordo com a perspectiva dos participantes. Em cada um dos grupos, as respostas apontaram para duas categorias, formando quatro linhas de análise: a) impressões gerais e sobre o processo de aprendizado do grupo; b) comentários e sugestões ligadas à execução do curso; c) transformações no processo de trabalho; e d) mudanças na maneira de agir dos participantes. Essas são apresentadas nessa ordem nos textos abaixo, com seus títulos refletindo a tônica das respostas em cada linha de análise. Procuramos fazer um diálogo com o que foi apresentado nas publicações sobre o CDG-SUS de Mato Grosso, no sentido de potencializar o que representa o curso para o conjunto dos participantes nos estados.

a) satisfação, afetividade e novas perspectivas de vivenciar o cotidiano do SUS

As impressões mais gerais descritas nas narrativas dos participantes consideram que o curso foi bem elaborado, inovador e dinâmico, além de esclarecedor e produtivo. Consideram ter valido a pena a participação integral no curso, mesmo com uma jornada longa. Em várias colocações, houve superação das expectativas e para alguns foi a primeira vez que participaram de um curso com essas características e esperam que haja outros cursos com esse nível.

¹ “Aproximadamente”, porque nem todos os participantes estavam no momento da avaliação em sala de aula.

Os participantes expressaram felicidade e gratidão por terem participado do curso. Ressaltaram a forma humanizada como foram integrados os segmentos, referiram que os laços de amizade foram fortalecidos e que outros se estabeleceram durante o processo. Consideraram a importância do respeito pela fala do outro, da necessidade de ouvir e se fazer ouvir, seja o colega trabalhador ou o próprio usuário do serviço de saúde.

Ficou clara nas falas dos participantes a necessidade de espaços para um debate sobre as ações de saúde e maior articulação entre comunidade e serviço, bem como a valorização dos trabalhadores e usuários como atores que devem participar da formulação e planejamento das ações, pois são quem de fato vivenciam o cotidiano da comunidade. Embora os participantes tenham valorizado essa vivência, ressaltaram que as decisões sobre saúde no município não devem envolver somente a Atenção Primária, mas também os trabalhadores dos hospitais e de outras secretarias.

A troca de experiências entre diversas equipes de saúde trouxe para o grupo a clareza de que apesar de fazerem parte do mesmo município, algumas particularidades devem ser respeitadas. As especificidades precisam ser consideradas no momento de planejar qualquer serviço que será oferecido para a população. Os grupos de trabalho formados no curso permitiram que os participantes conhecessem as particularidades de outras áreas cujas responsabilidades conheciam, mas não as dificuldades do cotidiano.

Na narrativa dos participantes, o curso abriu novas portas, proporcionou um novo modo de enxergar e de propor soluções, e deu um novo norte em relação ao SUS. Dessa forma, renovou as expectativas de melhoria na saúde do município.

O curso (unidade I), a partir de agora, esta promovendo uma mudança considerável em meu modo de pensar e agir na gestão pública, além do enriquecimento teórico e prático. Considero um grande privilégio receber as orientações e estudo vindo de facilitadores de tamanha envergadura nas áreas propostas. Espero continuar, na próxima unidade, me enriquecendo e crescendo em conhecimento [...] (Participante CDG-SUS).

Quando comecei fazer o curso CDG-SUS cheguei com uma visão, mas ao concluir o curso, minha visão é outra. Que curso Maravilhoso! Obrigado! Acho que todas as pessoas envolvidas na área da saúde precisam fazer esse curso, pois ele muda e mostra a realidade vivida com a comunidade e participação da população. (Participante CDG-SUS).

Uma das questões mais pontuadas foi o caráter revitalizador do curso, promovendo uma nova motivação para o trabalho. Termos como “recarregamos as baterias”, “injeção de ânimo”, empregados nas avaliações, retratam essa característica.

Por fim, os participantes expressaram o desejo de continuidade do processo e até de torná-lo permanente, mas não deixaram de cobrar o retorno das ações planejadas para os próprios participantes, tornando a devolutiva uma ação obrigatória para o núcleo gestor do curso.

b) sucessos e percalços na execução do CDG-SUS Rio Branco

A partir da composição do núcleo gestor, este desenvolveu toda a fase preparatória para o desenvolvimento do curso. Foi então adaptado o material didático para a realidade do Acre e Rio Branco, sendo selecionados os tutores e feitos os contatos para a logística de infraestrutura, equipamentos, lanche e material de consumo. Esses itens foram avaliados especificamente a partir da parte estruturada do questionário de avaliação, utilizando uma escala tipo Likert de cinco pontos.² Não obstante, nas questões abertas os participantes puderam destrinchar o porquê de terem considerado a opção na escala. A partir da leitura e análise dessas questões, foram reconhecidas avaliações sobre os seguintes itens: logística, metodologia, tutores, conteúdo e material didático.

Foram recorrentes, nas respostas, queixas sobre o horário e a jornada de trabalho. O curso é realizado em 30 horas nas semanas presenciais e no caso de Rio Branco, foi no horário de 7h30min a 13h30min, com um intervalo de 20 minutos para lanche. Os participantes o consideraram

² Para mais detalhes, ver capítulo “Avaliação do CDG-SUS Rio Branco: a devolutiva dos participantes”, nesta coletânea.

extenso e por vezes cansativo, o que pode ter causado prejuízo nos debates, com frequentes atrasos e saídas antecipadas. Em cada contexto, o CDG-SUS deve ser adaptado para melhor aproveitamento pelos participantes, sendo este um ponto a que os organizadores do curso devem estar atentos no processo de planejamento.

A metodologia foi considerada excelente, tendo em muitos casos sido a primeira vez que os participantes vivenciaram algo parecido. A escolha pela metodologia ativa, numa perspectiva crítico-reflexiva, fez com que as atividades favorecessem o aprendizado. Houve preocupação em conectar todas as discussões à realidade vivida no cotidiano do trabalho, utilizando-se de princípios da aprendizagem significativa (Ausubel, 1982).

Gostei muito da metodologia, pois criar e discutir juntos há um aprendizado melhor do que onde os tutores só falam e os participantes só escutam (Participante CDG-SUS).

A rede explicativa, principal ferramenta utilizada para a construção de compromissos, foi avaliada como uma técnica interessante, porém trabalhosa e por vezes de difícil compreensão. O papel dos tutores foi fundamental para que os problemas fossem definidos adequadamente e que o debate de fato resultasse em propostas claras de atuação e factíveis na prática.

A performance dos tutores foi muito bem avaliada, tendo conduzido o curso de forma dinâmica e interativa. Foram ressaltadas a competência, seriedade, dedicação e sabedoria dos tutores, que “surprendiam” os participantes a cada atividade.

O nível dos conteúdos, dos tutores e do grupo é de altíssimo nível. Existiu um clima harmonioso, crítico, solidário, trocas intelectuais e afetivas [...] (Participante CDG-SUS).

O conteúdo proporcionou melhor entendimento de como funciona o SUS e foi avaliado como bom para lembrar conceitos trabalhados em processos anteriores de formação em saúde coletiva realizados por alguns participantes. Não obstante, os textos foram considerados muito longos, dificultando por vezes a compreensão e tornando-se cansativos.

c) dialogando, incluindo e aproximando: uma nova visão dos processos de trabalho e da tomada de decisões

O que apareceu com mais consistência na análise das avaliações do CDG-SUS foi a perspectiva da inclusão e do diálogo no planejamento das ações e na construção dos processos de trabalho, tanto no âmbito da gestão como da atenção. Os participantes almejavam incorporar no cotidiano uma maior participação nas decisões, com valorização do trabalhador e inclusão dos usuários a partir de suas entidades de representação comunitária. Ressaltaram a importância do envolvimento dos Conselhos Populares de Saúde (COPS), como instância de controle social mais próxima dos territórios.

A perspectiva da participação apareceu tanto no âmbito da gestão de nível central como no cotidiano das equipes de saúde. O caminho apontado é a criação de estratégias de aproximação dos departamentos e áreas técnicas da Secretaria Municipal com as equipes das unidades de saúde, bem como destas com os usuários do seu território de abrangência. A ideia era fazer com que todos os segmentos se sentissem parte do processo e que a perspectiva do usuário fosse o centro do planejamento e da avaliação.

Procurar estreitar as relações com as equipes através das rodas de conversa, monitorando e avaliando as ações e serviços locais na perspectiva dos usuários. (Participante CDG-SUS).

A avaliação centrada no usuário foi objeto de pesquisa multicêntrica do Lappis (Pinheiro; Martins, 2009), sendo uns dos sítios de pesquisa o estado do Acre e o município de Rio Branco. A equipe de pesquisa local reconstruiu o itinerário terapêutico de usuários de saúde mental e na linha de cuidado da Atenção ao Câncer de Cólo de Útero como forma de colocar a vivência do usuário no centro dos processos de avaliação (Silveira et al., 2009; Lofego; Silveira, 2011). Com essa experiência local, o município de Rio Branco tem a possibilidade de incorporar em suas práticas de planejamento e avaliação tecnologias que possam ser mais porosas às necessidades dos usuários, trazendo o cotidiano da busca por cuidado para os processos de análise do sistema.

Depois do curso, os participantes se dispuseram a melhorar a comunicação entre os colegas de trabalho, com aumento dos espaços

de discussão na equipe: reuniões semanais e rodas de conversa. Nesses espaços, se propõem a uma postura de escuta e de reconhecimento das diferentes maneiras de pensar de cada membro, perspectiva congruente com o que propõe Pasche (2009) ao qualificar os movimentos da PNH.

Colocar a Política de Humanização do SUS em questão é movimento de abertura. Abrir-se para alteridades, mas também incidir sobre quem força a passagem; dar passagem e abrir passagem; influenciar e deixar-se influenciar. Propor-se a sínteses, a deslocamentos, à construção de percepções comuns, permitidos pelo encontro com a diferença. Mas também de ratificação de diferenças, de discordâncias e de não acordos (Pasche, 2009, p.701).

Os atributos e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) foram citados, tanto nos comentários gerais, quanto nas perspectivas futuras da avaliação. O acolhimento, o trabalho em equipe e a educação permanente foram enfatizados em grande parte das respostas. De fato, a perspectiva da corresponsabilidade e cogestão ressaltadas pela PNH consistiu no aspecto central da análise das questões abertas dos questionários de avaliação.

Isso já está acontecendo! A equipe se reuniu. Cada membro da equipe opinou sobre as práticas que precisam ser melhoradas e quais possíveis estratégias podem ser implementadas. Nosso processo de trabalho está sendo construído. (Participante CDG-SUS).

d) renovação, empoderamento e mudanças de atitude no cotidiano do trabalho

O CDG SUS é um curso contagiante, atinge a essência do ser! Acorda os adormecidos, acalma os agitados, resgata os perdidos, encaminha os desviados, [...] enfim, trás esperanças e otimismo para o caminhar novamente, ou melhor, para o “novo caminhar”! (Participante CDG-SUS).

O curso proporcionou a construção de algumas sugestões como, por exemplo, realizar uma autoavaliação quanto às ações desempenhadas em seu ambiente de trabalho, assim como buscar alternativas a serem adotadas para transformá-lo num ambiente acolhedor e amplificador de ideias.

A partir dos relatos analisados, o curso trouxe aos participantes um sentimento de renovação e de corresponsabilidade, mas principalmente fez ressurgir a capacidade de enfrentar os problemas, com autonomia no desempenho de suas atividades diárias. Trouxe a reflexão sobre o (re)conhecimento das possibilidades de atuação, com posturas mais proativas para que as respostas no serviço fossem de fato satisfatórias.

O curso trouxe além do conhecimento, uma integração com outras pessoas na área de saúde [...], nos fez lembrar como é que foi implantado o SUS, foi com lutas mas trouxe grandes conquistas e benefícios, precisamos não esquecer e permanecer na luta. (Participante CDG-SUS).

[...] reforçou para mim algo sobre o qual eu já vinha refletindo a algum tempo: a minha responsabilidade profissional / acolhimento, vínculo, responsabilização no ambiente de trabalho. Vou levar um conceito ampliado da influência do meu trabalho com a equipe e buscar cada vez mais me colocar no lugar do usuário e disseminar isso na equipe, porque só pensando verdadeiramente no outro e trabalhando juntos é que somos capazes oferecer o melhor que pudermos naquele momento. (Participante CDG-SUS).

Observações como “tenho que me colocar no lugar do outro” e “preciso ouvir mais e falar menos” mostram mudanças nas atitudes do dia a dia. O trabalhador começa a visualizar um panorama diferente e que interfere direto na relação entre usuário e serviço de saúde, onde o mesmo percebe que possui direitos, mas também deveres.

O curso é muito bom, estimula a sensibilidade, faz com que a gente “acorde para realidade”, traz práticas que podem ser adotadas em qualquer momento na nossa vida. (Participante CDG-SUS).

Sempre pensei que aquietar-se diante de algo é incapacitante, neste curso recebi forças para continuar inquieta, procurando compartilhar com meus companheiros novas formas de intervir no meu [nosso] espaço de produção de saúde. (Participante CDG-SUS).

Considerações finais

Após o desenvolvimento de um processo como o CDG-SUS Rio Branco, com sua característica de movimento (Leal et al., 2013), é

fundamental a etapa da avaliação, não só para perceber se o curso obteve êxito, mas para verificar os aspectos que mais sensibilizaram os participantes e como podemos torná-lo uma oportunidade de atuação. Sem atentar a essa característica da avaliação, correríamos o risco de considerar o processo um fim nele mesmo, sem extrapolar para possíveis ações de reorganização ou de mudanças de visão e de ação no sistema de saúde.

De modo geral, a avaliação dos participantes foi bastante positiva, mas indo além das manifestações que demonstram esse fato, a análise do instrumento mostrou ou reforçou os caminhos que podemos seguir na construção/consolidação do sistema de saúde no município de Rio Branco. A característica mais importante desse caminho é a maneira de trilhá-lo, ou a forma como percorremos, como e com quem temos que atuar na construção cotidiana dos processos de trabalho e de gestão no SUS. Foi notória nas análises a importância da inclusão dos usuários, com um olhar centrado em suas necessidades, e da valorização dos trabalhadores nos processos decisórios de gestão. Os participantes reconheceram o quanto essa perspectiva pode trazer novas formas de atuação e maneiras diversas de organizar o cotidiano das práticas, podendo assim aproximar os horizontes dos atores que interagem e constroem cotidianamente o sistema.

Os participantes saíram com o desejo de multiplicação. Evidenciaram a importância de compartilhar os conhecimentos trabalhados no curso, ampliando a rede de contatos aproveitando os exemplos utilizados, tanto na metodologia quanto no conteúdo. Depois do curso, sentem-se como protagonistas do SUS e desejam recriar suas práticas no trabalho em contato com seus colegas.

[...] muitas vezes estava me sentindo retraído e coagido, mas agora aprendi que eu sou o porta-voz do SUS (Participante CDG-SUS).

Seria como comer algo muito saboroso e não levar um pedacinho para os amigos (Participante CDG-SUS).

Mas também reconhecem como um desafio e ser enfrentado. Consideram não ser uma tarefa fácil ou simples, pois os gargalos são muitos e ainda existem desafios a superar. Mas se sentem empoderados e com a consciência de que é necessário fazer.

Apesar das dificuldades enfrentadas durante mais de 25 anos de existência, o SUS tem alcançado inúmeras conquistas e tem sido considerado sinônimo de esperança para milhares de pessoas que almejam um serviço de saúde eficiente e de qualidade. Garantir o acesso universal à saúde é um grande desafio, mas com esforço e participação coletiva é possível tornar o SUS mais acessível e resolutivo para todos.

Foi com emoção e compromisso que os participantes puderam se colocar ao final das unidades do curso, tanto oralmente quanto de forma escrita. Embora existam dificuldades em captar as emoções nas palavras escritas, a intensidade das citações demonstra o espírito de quem vivenciou um processo histórico na construção do SUS em Rio Branco.

Referências

- AUSUBEL, D.P. *A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel*. São Paulo: Moraes, 1982.
- LOFEGO, J.; SILVEIRA, R.. Três Marias e seus itinerários terapêuticos: mediadores na busca de cuidado para o câncer de cólo de útero em uma Regional de Saúde no Estado do Acre. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011.
- MULLER NETO J.S.; SCHRADER, F.T.; MOTTA, A.P. Desenvolvimento de novos saberes e práticas na gestão do Sistema único de Saúde em municípios do Mato Grosso. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 44, p.74-84, 2009.
- PASCHE, D.F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface: comunicação, saúde, educação*. Botucatu, v.13, supl.1, p.701-8, 2009.
- PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.
- SCHRADER, F.T.; MULLER NETO, J.S. Experiência de ensino aprendizagem e produção do cuidado em saúde: o Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS em Mato Grosso. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). *Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2012.
- SILVEIRA, R.; LOFEGO, J; REBOUÇAS, M.; et al. As redes sociais e o território: desafios para as transformações do cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.

Participação social no Acre e em Rio Branco

ELISAMA LIMA
ROSIMARA WERNER
VERÔNICA LOUREIRO
SELMA NEVES

No início dos anos 1980, grupos descontentes com o modelo assistencial centralizado, fragmentado e sectário vigente à época iniciaram uma articulação em defesa da saúde pública, que passou a ser conhecida como “Movimento Sanitário”. Este era formado por professores, estudantes, jornalistas, escritores, religiosos e representantes dos movimentos organizados (sindicatos de profissionais de saúde, associações de bairros, agricultores, ribeirinhos, negros, índios etc.) e defendia como princípio fundamental o atendimento a todos os cidadãos e, para isso, propôs uma reforma no setor saúde.

O marco desse movimento foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que reuniu mais de quatro mil pessoas e diversas entidades do movimento social. Os debates resultaram na construção de um novo modelo de saúde para o Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), que mais do que uma política de Estado para a saúde, foi uma conquista da população brasileira. Seu relatório subsidiou decisivamente a Constituição Federal nos assuntos da saúde (Brasil, 1986).

A participação social é uma das características principais do SUS, e é garantida pela Lei nº 8.142/90, que criou as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo. As leis que compõem o arcabouço legislativo do SUS garantem que a saúde seja tratada como um direito fundamental do ser humano. O desafio após 25 anos é a efetivação desse direito e a consolidação do SUS com seus princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social.

A atuação de entidades do movimento social e a efetivação de espaços públicos de formulação e controle das políticas de saúde são fundamentais para a garantia desse direito. No Estado do Acre, esse caminho tem sido trilhado em meio a avanços e desafios, com peculiaridades dos contextos políticos e das articulações entre as entidades locais do movimento social. O objetivo deste texto é descrever os marcos históricos da constituição dos espaços públicos de participação social no Acre e da articulação e atuação dos movimentos sociais no estado e em sua capital, Rio Branco.

Gestão democrática na saúde em Rio Branco

Em Rio Branco, na última década, foram criados espaços democráticos e participativos no planejamento das políticas locais. Uma das primeiras ações da prefeitura relacionada à gestão participativa consistiu em organizar o município em regionais, com efetiva participação da comunidade nas decisões da gestão, com o objetivo de descentralizar o poder de decisão. Desta forma, a cidade foi dividida em 11 regionais, das quais sete estão na área urbana e quatro na área rural. Cada regional possui um conselho, composto de 26 conselheiros, representando os segmentos sociais, que têm por finalidade definir prioridades e propor ações comunitárias com base na identificação de problemas vivenciados pelas pessoas, construindo junto com os gestores uma melhor aplicabilidade dos recursos da prefeitura.

Concomitantemente a esse movimento, e no intuito de fortalecer os mecanismos participativos e democráticos, a prefeitura implantou o Programa de Gestão Participativa (PGP), que visou atender os três eixos estruturantes da gestão municipal: (a) participação, fazer com a comunidade; (b) descentralização, fazer junto com o cidadão; e (c) centralidade no bairro, mais próximo das pessoas, onde elas vivem e convivem.

Em pesquisa de campo, Dantas (2010) destaca que

[...] o PGP vem despertando sentimentos sadios entre os principais atores deste programa que são a própria população e o poder público, esta relação acarretou maior controle social e mais transparência por parte do poder público referente ao orçamento.

Posteriormente, buscando atender às demandas de forma eficiente e eficaz, elaborou-se o Plano de Governo por Programas (PGPP), como uma etapa de planejamento, estruturando as metas e ações dos programas de Desenvolvimento Econômico e Meio Ambiente, Inclusão Social e Cidadania, Infraestrutura, Urbanismo e Serviços Urbanos, Saúde e Saneamento, Educação e Modernização da Gestão. Neste modelo, a prefeitura envolveu os principais atores no processo político, comunidade/cidadão, trabalhador e gestor. E, focando na gestão municipal da saúde, esta participação foi intensificada através dos Conselhos Populares de Saúde e da Conferência Municipal.

A Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco habilitou-se na Gestão Plena da Atenção Básica¹ no ano 2000. O processo de descentralização das ações e serviços de saúde para a gestão municipal, cuja discussão havia se iniciado em 1995, ocorreu de fato somente em 2003, com a assinatura do termo de cessão de uso de bens e imóveis dos centros e postos de saúde e a cessão dos servidores públicos estaduais lotados nas unidades básicas de saúde, por meio do Convênio nº 006/2003 (Acre, 2003). Tendo como princípio a gestão participativa, foram realizadas reuniões com as equipes técnicas, gestores, trabalhadores e conselheiros, no intuito de elaborar o planejamento estratégico através da construção da missão, dos valores e visão da secretaria, momento importante para a consolidação do modelo de gestão desejado, pois contou com o envolvimento de todos os segmentos na gestão.

Com base na divisão regional da prefeitura, foi discutida a reorganização espacial das áreas de abrangência das unidades de saúde, criando o fluxo de atendimento entre as Unidades de Saúde da Família e os Centros de Saúde, sendo definidos os segmentos de saúde. Esse processo de territorialização foi elemento fundamental para o processo de descentralização e gestão participativa, como política de governo, potencializando o poder de decisão local, planejamento e avaliação das práticas de saúde, fortalecimento dos espaços políticos e técnicos da gestão e promovendo espaços de diálogo entre gestão, trabalhadores e comunidade. No momento subsequente, verificou-se necessidade de

¹ Gestão Plena da Atenção Básica – NOB/SUS/1996, em 7 de dezembro de 2000.

implantar, no âmbito do município, a Central de Regulação, com o objetivo de facilitar e organizar o acesso dos usuários aos serviços da atenção básica e aos serviços especializados.

Em 2006, o Ministério da Saúde fomentou o Pacto entre os gestores do SUS,² em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Brasil, 2006). Nesse contexto, a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco iniciou o processo de discussão sobre o Pacto, envolvendo os trabalhadores, gestores, comunidade dos segmentos de saúde, Gestão Estadual e Nacional. Vale ressaltar que todo processo teve participação ativa do Conselho Municipal de Saúde.

Tendo como base as diretrizes elaboradas para o Pacto pela Saúde e objetivando o fortalecimento do processo participativo e da estratégia de gestão democrática no município, foi realizada em dezembro de 2006 a VI Conferência Municipal de Saúde, com o tema “Pactuando a saúde como fonte de vida na cidade de Rio Branco”. A Conferência foi precedida por três pré-conferências regionais com a participação de 72 usuários, 37 trabalhadores, 36 gestores e 113 observadores.

Após intenso debate, a SEMSA assumiu a responsabilidade sanitária de garantir a atenção à saúde na rede básica, com ações e promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Contudo, para que os segmentos possam atingir seus objetivos, no sentido de atender às necessidades da população, numa rede de saúde interligada em todos os níveis de complexidade da assistência, mecanismos foram construídos e implementados, como:

- assessoria pelas áreas técnicas e os técnicos do controle e avaliação, nos processos de organização de serviços e a implementação dos programas de saúde;
- implementação do serviço de regulação, com marcação de consultas para as unidades de referência, agendamento descentralizado para os centros de saúde;
- estruturação do Departamento de Gestão de Pessoas, implementando a política de formação dos profissionais, na ótica da política de educação permanente e a implantação da Política Nacional de Humanização.

² Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

Ainda neste contexto, um dos marcos na gestão participativa e democrática foram as oficinas de avaliação do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, realizadas nos segmentos de saúde com participação de gestores, trabalhadores e usuários, incluindo os participantes do Conselho Municipal de Saúde. As metodologias das oficinas foram se aprimorando no decorrer da gestão. O Departamento de Regulação, Controle e Avaliação (DRCA), em relatório, registrou sua percepção quanto à participação dos atores e a existência de dificuldades de alguns participantes para compreender o processo participativo da avaliação, mostrando-se como meros espectadores.

Isso nos leva a crer que a institucionalização da avaliação participativa requer amadurecimento, tanto por parte dos condutores, em relação à metodologia aplicada e abertura para críticas, estimulando melhor a participação, como pelos demais atores, sendo necessário promover mecanismos para que estas se apoderem dos programas e políticas de saúde e sejam protagonistas também na tomada de decisão quanto à intervenção no seu local de atuação.

Contudo, ainda que a avaliação das metas dos indicadores do Pacto pela Saúde aponte para uma avaliação normativa, quantitativa, evidenciam-se aspectos qualitativos dos serviços e ações de saúde prestados à população, de modo a identificar as necessidades da mesma, com proposições para o planejamento das ações e programas. Neste sentido, o modelo de gestão compartilhada, sobretudo com os trabalhadores e a participação dos diversos segmentos da sociedade, resultou exitoso na construção coletiva de estratégias para a melhoria dos indicadores de saúde do município, verificada pela redução do coeficiente de mortalidade infantil, indicador que reflete melhoria global da qualidade das ações e serviços de saúde.

Neste patamar, muitas demandas foram elencadas pelos usuários, principalmente no que concerne à ampliação da cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Ao se priorizar a Atenção Básica como reorganizador do sistema de saúde, tendo a ESF como indutora de um sistema de saúde mais eficiente, pode-se proporcionar a integralidade no desenvolvimento das ações, contribuindo para o acesso universal e consolidando os vínculos entre a população e as ações e serviços de saúde.

Movimentos foram realizados através de pactos entre a esfera estadual e municipal, proposições das lideranças comunitárias e o Conselho Municipal de Saúde. Deve-se destacar a participação de outras instâncias de interlocução, como o Ministério Público, o Poder Legislativo local e setores municipais que fazem interface com o setor de saúde: ação social, educação, meio ambiente e outros.

Em 2007, em parceria com a SESAcre, foi construída uma proposta de fortalecimento da atenção primária – o Pacto pela Saúde – contemplando o novo desenho da Reorganização da Assistência de Saúde de Rio Branco, modernização das estruturas físicas das Unidades de Referência da Atenção Primária (URAPs), aquisição de equipamentos, cessão de profissionais e valorização dos servidores através da equiparação salarial dos profissionais municipais destas unidades, e das ESFs com os salários praticados pelo estado. No entanto, de toda esta proposta foram executadas as reformas e adequações físicas das unidades e aquisição de equipamentos, sem o investimento nos recursos humanos, devido a dificuldades operacionais da Secretaria Municipal de Saúde.

Observa-se que, em 2007, quando iniciou essa discussão, o município de Rio Branco possuía 41 ESFs, que representavam 42,83% de cobertura. Em 2009 e 2010 essa cobertura caiu, principalmente pela alta rotatividade de médicos na estratégia, chegando a 30,91% de cobertura (26 ESF). Essa redução interferiu direta e negativamente nos indicadores da atenção básica do município.

Como reação a essa queda, em 2011 foi definida uma política de fortalecimento da atenção básica a partir da criação e ampliação de espaços propositivos e deliberativos, visando a maior articulação pela melhoria da cobertura. Foi nesse contexto que se realizou a VII Conferência Municipal de Saúde, com o tema “SUS: Saúde de todos para todos”, que foi precedida por pré-conferências em sete regionais. Os eventos que a antecederam foram realizados em parceria com organizações não governamentais em feiras de saúde, em que foram oferecidos à população serviços assistenciais, educativos e de cidadania, oportunizando a todos o debate aberto e franco sobre as questões de saúde de Rio Branco. Ao todo, foram mais de 40.000 pessoas

assistidas nas feiras de saúde e aproximadamente 1.500 participaram dos debates sobre o tema da Conferência de Saúde, numa demonstração de compromisso da população na construção do SUS.

As deliberações da Conferência Municipal de Saúde foram consideradas no planejamento da secretaria com a elaboração do Plano Municipal de Saúde 2011 a 2013 e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, destacando como uma das proposições o Fortalecimento da Estratégia da Saúde da Família. (Rio Branco, 2011). Seguindo esse movimento, em 2012 a prefeitura realizou concurso público para a contratação de agentes comunitários de saúde e médicos para completar as equipes de todas as Unidades de Saúde da Família de Rio Branco, finalizando a gestão com uma cobertura da ESF de aproximadamente 60%, correspondendo a 52 equipes (Rio Branco, 2012).

Em 2012, no último ano de gestão, a SEMSA promoveu dois processos de educação permanente em que um dos pontos principais foi a gestão participativa: o Curso de Desenvolvimento Gerencial para o SUS (CDG-SUS) e o Curso de Apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH). Os dois movimentos reuniram, num processo sinérgico, mais de 300 atores do SUS, articulando gestores, trabalhadores e usuários. Como produto, o CDG-SUS pactuou com gestores, trabalhadores e usuários a Agenda de Fortalecimento Gerencial, tendo como uma das principais questões pontuadas o fortalecimento da representação e participação dos usuários nas instâncias de controle social.³

O curso de apoiadores da PNH abordou os princípios e dispositivos da política, que tem inclusão dos diferentes atores do cotidiano do SUS, um dos seus principais condicionantes. Esses processos criaram as condições para que as equipes pudessem debater seus processos de trabalho, aproximando-se das necessidades dos usuários. O conjunto destas ações motivou o corpo de trabalhadores e fortaleceu a gestão participativa e as ações desenvolvidas no sistema de saúde em Rio Branco.

³ Para mais informações, ver capítulo “Agenda em redes: construindo planejamento participativo responsável” nesta coletânea.

Os Conselhos Gestores

A criação dos Conselhos Gestores das Unidades de Saúde em 2007 tem duas importantes referências: o êxito da descentralização financeira e gerencial da Secretaria de Estado de Educação através dos Conselhos Escolares, a partir de 2003, e os bons resultados da experiência iniciada em 2004, com a proposta de descentralização financeira nas unidades de saúde através dos Conselhos Populares de Saúde (COPS), tendo como projeto experimental o COPS do Hospital João Cândio Fernandes, no município de Sena Madureira.

Os resultados da descentralização nesta unidade incluíram: estímulo à cultura de planejamento, agilidade no processo de compras e transparência na aplicação dos recursos públicos, além de aproximar trabalhadores e gestores dos usuários da unidade de saúde. O processo teve início com a mobilização de gestores, trabalhadores e usuários das unidades de saúde que elegeram representantes para o Fórum Estadual, realizado nos dias 31 de maio e 1º de junho de 2007 em Rio Branco, com a participação de 300 delegados e o objetivo de elaborar uma proposta de lei que tratasse da gestão democrática e participativa no âmbito da saúde estadual. Foram então discutidas e aprovadas pela Assembleia Legislativa do Estado do Acre, e sancionadas pelo governador Binho Marques, em 31 de julho de 2007, a Lei nº 1.910, que institui o programa de autonomia financeira das unidades de saúde estaduais (Acre, 2007a), e nº 1.912, que dispõe sobre a gestão democrática do sistema público de saúde do Estado do Acre (Acre, 2007b).

Seguiram-se fóruns nas unidades de saúde para eleição dos representantes nos conselhos, mantendo-se a paridade – 50% de usuários, 25% de gestores e 25% de trabalhadores – e finalizando o processo com as assembleias de criação dos Conselhos Gestores. Ao final de 2007, já estavam em funcionamento 18 Conselhos Gestores, e no início de 2008, mais seis Conselhos foram criados e iniciaram o seu funcionamento.

A efetivação do funcionamento dos Conselhos se deu no momento em que cada um registrou suas atas de criação e estatuto em cartório, inscrevendo-se no CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica) e a partir da constituição de pessoa jurídica, habilitaram-se a receber recursos da Secretaria de Estado de Saúde (SESACre). O passo seguinte

foi a realização de diagnóstico situacional, base para a construção do Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS), um instrumento de planejamento estratégico realizado com a participação de todos. Neste plano estavam contidos os objetivos estratégicos, metas, ações e avaliação de indicadores de metas, todos com prazos determinados e aprovados pelo Conselho Gestor.

Com base no PDUS, foi elaborado o Plano de Trabalho Anual (PTA), responsável pelo detalhamento dos investimentos a serem realizados – aquisição de medicamentos e insumos, material permanente, equipamentos, serviços – com o objetivo de atingir as metas propostas. O plano de trabalho também era aprovado pelo Conselho Gestor e submetido à aprovação da SESACre. Concluída esta etapa, com o início dos repasses financeiros programados, ocorriam as licitações *in loco* de acordo com a Lei nº 8.666/93, que disciplina as licitações públicas. As prestações de contas eram apresentadas trimestralmente, através de audiência pública. Nessa prestação de contas eram avaliados os recursos e as metas estabelecidas no planejamento, contando com a participação, na maioria das vezes, do Ministério Público do Estado (MPE), Tribunal de Contas do Estado (TCE), da Assembleia Legislativa de Estado do Acre (ALEAC). Nas cidades do interior, era muito comum a realização das audiências públicas nas Câmaras Municipais.

A SESACRE criou um setor para acompanhamento dos Conselhos Gestores, atuando desde a capacitação de conselheiros até a apreciação e aprovação do PDUS e PTA, chancelados pela SESACRE e a assinatura do termo de compromisso firmado entre a SESACRE e o Conselho Gestor. Os Conselhos Gestores de Saúde constituíram-se rapidamente como novos espaços públicos de participação na saúde, tendo como base o pressuposto de que o Estado deve acolher a participação da sociedade como forma de controle social e interferência na definição e desempenho das políticas de saúde.

Percebidos como espaços de democratização da gestão nas unidades de saúde, os Conselhos Gestores tornaram-se inegável conquista política da sociedade civil, mesmo considerando que a concretização de suas proposições dependia da maneira como funcionavam os espaços de poder constituídos localmente, e de que modo aconteciam

as interações entre os representantes do governo, dos trabalhadores e dos usuários nesse ambiente político.

Muitos Conselhos, inicialmente, não conseguiram exercer seu papel social, tendo como prioridade a gestão administrativo-financeira das unidades em detrimento do exercício do papel fundamental de estimulador do debate e formulação de propostas de políticas públicas locais. A maturidade experimentada por cada Conselho, de forma heterogênea, foi responsável pela ampliação gradativa do escopo de atuação destes e direcionando-os para o exercício de seu papel social.

Foram conquistadas deste período, segundo avaliação conjunta dos conselhos gestores e da Central de Articulação das Entidades da Saúde (CADES) enviada através de ofício ao governador do estado do Acre, em 5 de julho de 2011:

[...] facilidade no acompanhamento sistemático do reabastecimento de insumos e produtos, de forma rápida, sem causar nenhum prejuízo, agilidade na manutenção preventiva e emergencial de equipamentos e instalações físicas; agilidade nos processos de licitação; estreitamento de laços entre trabalhadores, usuários e gestores no intuito de garantir o atendimento de excelência; redução do desperdício através do tratamento de forma individualizada a cada unidade de saúde, respeitando a sua particularidade; padronização das unidades de saúde como referência técnica para a execução orçamentária e avaliativa; realização de planejamento de cada unidade e monitoramento desse planejamento.

Entre as dificuldades, destacou-se a incipiente participação social. Deve-se, no entanto, reconhecer que a participação da sociedade na gestão pública ainda é muito recente, pela própria constituição do Estado, que dificulta a participação dos movimentos organizados. Nesse sentido, segundo Guizardi & Pinheiro (2006, p.798):

[...] em nosso país a consolidação das instituições democráticas é bastante recente (a partir da década de 1980), tendo ocorrido em outros períodos de forma frágil e esparsa ao longo de nossa história republicana. Assim como frágil foi a construção do Estado de Direito que a deveria embasar. Nesse sentido, mesmo a formalização igualitária assegurada pelo reconhecimento comum dos direitos civis e políticos (sem mencionar os direitos sociais) revelou-se inconsistente, já que permanentemente submetida a um padrão de

dominação social caracterizado por absurdos hiatos e desigualdades entre as classes populares e os setores médios e altos da população.

Outra questão importante a destacar é o fato de os conselhos populares e, posteriormente, os conselhos gestores, não terem sido fruto da reivindicação popular, mas da vontade política dos governos em democratizar suas gestões. Portanto, mesmo com a regulamentação da Lei nº 1.912/07, que dispõe sobre a Gestão Democrática da Saúde e avaliza a existência de conselhos gestores em todas as unidades de saúde, isso não é garantia para o exercício do controle social. Guizardi & Pinheiro (2006) afirmam que, “afinal, a participação política e o controle social não dependem apenas de sua formulação legal, uma vez que somente podem materializar-se no conjunto das práticas sociais que constituem e atravessam o sistema de saúde”.

Ocorre que, mesmo sendo a política de descentralização amparada pelas Leis Estaduais nºs 1.910/07 e 1.912/07 e estar em conformidade com a Lei nº 8.142/90, que assegura à sociedade através de suas representatividades e segmentos sociais, a participação junto com o poder público na fiscalização e execução das políticas públicas de saúde, em 2011 o Tribunal de Contas do Estado (TCE) expediu um acórdão exigindo que os conselhos gestores passassem a exercer sua função fiscalizadora e deixassem de gerenciar os recursos das unidades de saúde. No cumprimento às exigências de TCE, o governo do estado encaminhou Projeto de Lei à Assembleia Legislativa do Estado do Acre (ALEAC), que posteriormente se transformou na Lei nº 2.526/2011 (Acre, 2011), extinguindo os Conselhos Gestores e requalificando-os como Conselhos Populares, com atribuição consultiva e fiscalizatória.

Organização do terceiro setor: a criação da CADES

A organização da sociedade civil em torno das lutas da saúde no Estado do Acre remete-nos à década de 1980, com a criação de organizações importantes como a Associação dos Portadores de Hepatite do Acre (APHAC) e o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), cujo coordenador, Bacurau, fez parte da composição do primeiro Conselho Nacional de Saúde (CNS), após a criação do SUS.

Esse movimento ganhou força nos anos 1990, com o surgimento de outras organizações, fortalecendo a luta da sociedade civil na busca pela melhoria inclusiva dos serviços de saúde, defendendo principalmente o direito à saúde de pessoas com doenças crônicas, pessoas com deficiência, portadores de transtornos mentais e condições relacionadas ao uso e abuso de álcool e outras drogas. No entanto, agia de forma isolada, na defesa de sua luta específica e com muitas dificuldades de gerenciamento de recursos.

Em julho de 2003, idealizada pelo médico infectologista Sebastião Viana, foi criada a Central de Articulação das Entidades da Saúde (CADES), reunindo inicialmente 18 entidades consideradas como fundadoras, com os objetivos de fortalecer e unir as entidades filiadas que atuam nas áreas de assistência, prevenção e controle social das políticas públicas de saúde no Estado do Acre, que representam os usuários do SUS. O reconhecimento desta condição pode ser verificado na frase síntese do encontro que deliberou pela criação da CADES: “a sua dor não é maior do que a minha, e nem a minha dor é maior do que a sua, portanto, precisamos nos unir e nos fortalecermos para garantirmos a consolidação do SUS para todos e com todos.” Esta afirmativa chamava todos para uma ação coletiva, solidária e organizada no intuito de fortalecer a luta na busca por soluções às dificuldades enfrentadas pela população necessitada dos cuidados do SUS.

Vencida a etapa inicial de organização e profissionalização da gestão da CADES, incluindo a resolução de dificuldades apresentadas pelas entidades filiadas na execução de ações previstas em parcerias com instituições governamentais e do terceiro setor, que teve como marco a realização do II Seminário Planejando para Agir em 2005, a CADES ampliou seu escopo de atuação, destacando-se principalmente na representação dos usuários nos espaços de controle social e em ações de mobilização comunitária.

A participação nos conselhos populares de saúde (COPS), campanha com coleta de assinaturas em prol da adequação das empresas aéreas ao transporte de pessoas para tratamento fora do domicílio (TFD), entregue ao Ministério Público Federal (MPF), apoio a ações de combate à dengue, campanhas de controle do câncer e às famílias desabrigadas nos períodos de alagação, o gerenciamento de

casas de apoio às pessoas que realizam tratamento fora do domicílio – em Rio Branco, Goiânia e São Paulo – o apoio à estruturação e organização das comunidades terapêuticas filiadas e posteriormente o gerenciamento de uma Unidade de Acolhimento e o ativismo social como a participação nos conselhos e conferências de saúde e assistência social e na caravana em defesa do SUS, destacam-se no conjunto de ações desenvolvidas pela CADES.

A participação no programa de transferência de renda e emancipação social Adjunto da Solidariedade, desenvolvido pelo governo do estado, estimulou a CADES a levar o trabalho de suas afiliadas às comunidades carentes. Numa articulação com instituições públicas e utilizando equipamentos públicos locais (escolas, unidades de saúde, centros e associações comunitárias, igrejas), surgiram as feiras de saúde.

Tecnologia de mobilização comunitária para construção da cidadania através da participação social, as feiras de saúde iniciaram em junho de 2005 e tiveram sete edições até 2010. Serviços de saúde, ações de educação em saúde, promoção e prevenção de agravos e ativismo comunitário foram oferecidos a estas comunidades, com destaque para o envolvimento da comunidade escolar. Em 2011, as feiras de saúde passaram a compor a programação de ações da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (SEMSA) com um desafio: mobilizar a sociedade para o debate da saúde pública e participação na VII Conferência Municipal de Saúde, com o tema “SUS: Saúde de todos para todos”, realizada pelo Conselho Municipal de Saúde. Assim, foram realizadas sete feiras de saúde – uma em cada regional do município – agregando-se a elas pré-conferências que contaram com a participação de aproximadamente 1.500 pessoas. Discutiram-se questões de saúde locais nos dois eixos propostos para o debate: Acesso e Acolhimento com qualidade – um desafio para o SUS; e Participação da Comunidade e Controle Social, em referência aos eixos (b) políticas públicas para a saúde e qualidade de vida e (c) participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde, propostos pelo Conselho Nacional de Saúde. Foram apresentadas propostas para a Conferência Municipal de Saúde, que ficou marcada como a edição com maior mobilização e participação popular, de trabalhadores e gestores da saúde em Rio Branco (Rio Branco, 2011).

Em 2012, cumprindo o compromisso de incluir todas as propostas aprovadas na Conferência e enviadas pelo Conselho Municipal de Saúde, no plano Municipal de Saúde – uma delas foi a continuidade das feiras de saúde – a SEMSA efetivou parceria com a CADES e junto com o Conselho Municipal de Saúde incluíram as feiras de saúde na agenda da SEMSA. Os locais foram definidos pelos COPS e lideranças comunitárias, que também participaram da organização das feiras, e a mobilização realizada localmente, nas unidades de saúde, escolas, igrejas, centros e associações comunitárias, e por meio de carro de som que percorria as ruas dos bairros. Foram realizadas 16 feiras de saúde, com um público estimado em 80.000 pessoas.

Considerações finais

O SUS, como conquista social e marco da reforma sanitária brasileira, precisa ser defendido e reafirmado na luta diária dos movimentos sociais. A acirrada disputa entre os que defendem o aperfeiçoamento SUS entendendo-o como um direito de cidadania e uma das mais significativas conquistas sociais – senão a maior – do povo brasileiro e os que o consideram falido e defendem a progressiva privatização da saúde com base na lógica mercadológica representada por planos e seguros de saúde, está na ordem do dia do debate técnico-político.

É nesse contexto que estão inseridos os movimentos sociais e sua militância na defesa do SUS. Historicamente construtores dos referenciais da luta que viabilizou politicamente o SUS, cujo nascedouro comum, o movimento pela Reforma Sanitária, estabeleceu as bases desta proposta, aprovada na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e incorporada à Constituição em 1988, veem-se desafiados a se manter vigilantes, ao mesmo tempo em que buscam qualificar-se para os enfrentamentos vindouros.

As conquistas do movimento social no Acre e em Rio Branco têm referência na luta do movimento pela reforma sanitária. A APHAC e o MORHAN, na década de 1980, iniciaram a defesa dos direitos das pessoas portadoras de hepatites e das pessoas vitimadas pela hanseníase respectivamente, esta última até hoje com grande representatividade e influência nacional. Ao tempo em que cresciam em número, na

década de 1990, diversificaram sua atuação, já sob o manto do SUS, na defesa e grupos de pessoas com deficiências ou condições específicas, e conquistaram espaços importantes em conselhos de saúde.

Nos anos 2000, parte destas organizações se reuniu em torno de uma Central (CADES), e a partir deste ponto, além de maior capacidade organizativa e gerencial, ampliou sua atuação em conselhos gestores e populares de saúde, expandindo sua influência nas decisões da gestão. Em que pese o reconhecimento de que na última década essas organizações foram impulsionadas pelo poder público estadual e municipal, desejosos de ampliar a participação social na gestão, elas guardam autonomia em suas decisões e práticas, por vezes contrárias ao posicionamento estatal. E embora também reconheçam dificuldades na manutenção da mobilização popular em torno das causas da saúde, mantêm-se firmes na defesa do SUS, sendo importantes parceiras das propostas de avanço e críticas das tentativas de desconstrução do SUS.

Importante, por fim, reconhecer a relevante contribuição dos movimentos sociais na defesa e proteção do SUS. Não fosse este comportamento vigilante e combativo, certamente já estaríamos vivenciando tentativas mais ousadas de subtração dos direitos conquistados no setor saúde.

Referências

- ACRE. Secretaria de Estado de Saúde. *Convênio nº 006*. Rio Branco, 2003.
- _____. Lei nº 1.910, de 31 de julho de 2007. Institui o Programa de Autonomia Financeira das Unidades de Saúde Estaduais. Acre, 2007a. Disponível em: < [http://www.aleac.net/legislacao_estadual?field_tipo_value_many_to_one\[ordinaria\]=ordinaria&field_numero_diario_oficial_value=](http://www.aleac.net/legislacao_estadual?field_tipo_value_many_to_one[ordinaria]=ordinaria&field_numero_diario_oficial_value=) >. Acesso em: 15 jun 2013.
- _____. Lei nº. 1.912, de 31 de julho de 2007. Dispõe sobre a Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre. Acre, 2007b. Disponível em: < [http://www.aleac.net/legislacao_estadual?field_tipo_value_many_to_one\[ordinaria\]=ordinaria&field_numero_diario_oficial_value=](http://www.aleac.net/legislacao_estadual?field_tipo_value_many_to_one[ordinaria]=ordinaria&field_numero_diario_oficial_value=) >. Acesso em: 15 jun 2013.
- _____. Lei nº. 2.526, de 29 de dezembro de 2011. Altera a Lei n. 1.912, de 31 de julho de 2007, que dispõe sobre a gestão democrática do sistema público de saúde do Estado do Acre. Disponível em: < [http://www.aleac.net/legislacao_estadual?field_tipo_value_many_to_one\[ordinaria\]=ordinaria&field_numero_diario_oficial_value=](http://www.aleac.net/legislacao_estadual?field_tipo_value_many_to_one[ordinaria]=ordinaria&field_numero_diario_oficial_value=) >. Acesso em: 15 jun 2013.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: < <http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm> >. Acesso em: 15 jun 2013.

_____. 8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final. 1986. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em: 15 jun 2013.

_____. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasil, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18666cons.htm. Acesso em: 15 jun 2013.

_____. Portaria n 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm> >. Acesso em: 15 jun 2013.

DANTAS, A.L. Levantamento do programa de gestão participativa com ênfase no meio ambiente no município de Rio Branco. Belo Horizonte, MG. Disponível em < <http://www.secretariageral.gov.br/arquivos/monografias/Alan%20de%20Lucena%20Dantas.pdf> > Acesso em: 12 maio 2013.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R., Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p.797-805, 2006.

RIO BRANCO. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Final da VI Conferência Municipal de Saúde de Rio Branco*. Rio Branco: SEMSA, 2006.

_____. *Relatório Final da VII Conferência Municipal de Saúde de Rio Branco*. Rio Branco: SEMSA, 2011.

_____. *Plano Municipal de Saúde 2011*. Rio Branco: SEMSA, 2011.

_____. *Relatório do Sistema de Cadastro Municipal de Servidores da Prefeitura de Rio Branco*. Rio Branco: SEMSA, 2012.

PARTE III

Olhares constitutivos do desenvolvimento institucional no SUS

Desenvolvimento gerencial como práxis de educação permanente: construindo agendas e coletivos de saúde

SONIA MARIA DE SOUZA CORREA
JULIO S. MÜLLER NETO

Introdução

O Curso de Desenvolvimento Gerencial do Sistema Único de Saúde (CDG-SUS) é um programa que tem como objetivo desenvolver novos saberes e práticas na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) em Mato Grosso, com foco no usuário e formando coletivos, visando à qualificação dos profissionais, trabalhadores e conselheiros dos SUS. O programa tem como referência o direito à saúde, a integralidade e as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente.

A metodologia adotada pelo curso favorece a análise da realidade municipal e enfatiza a relação entre o conteúdo temático e a metodologia participativa, estimulando a implantação de coletivos de educação permanente. Um dos seus fundamentos teóricos tem como base os estudos de processo de trabalho em saúde, desenvolvidos por Peduzzi (2007). Segundo Schrader e Müller Neto (2012), a proposta do CDG-SUS adotou como orientação para o trabalho coletivo a transformação de “equipes agrupamentos” em “equipes integração”. Acreditamos que o SUS é feito por e para sujeitos, em seu sentido mais pleno, que lhe dão feição e corporeidade cotidianamente.

Este trabalho é um recorte do estudo de caso realizado em São Félix do Araguaia, Mato Grosso, que investigou se o curso contribuiu para aprimorar e/ou desenvolver em seus participantes conhecimentos e habilidades sobre a realização do direito à saúde no dia a dia; para consolidar em seu cotidiano um coletivo mais fortalecido e

democrático; e para propiciar alternativas de mudanças de atitudes e de práticas de trabalho em saúde. Foram analisadas as correspondências entre as ações propostas pela Agenda de Fortalecimento Gerencial, aprovada em plenária final do curso, e a Programação Anual de Saúde do ano subsequente e as potencialidades e dificuldades enfrentadas para execução das ações propostas no curso.

A realização do curso ocorreu em setembro e outubro de 2010, e o estudo de caso foi feito em 2012, ambos no município citado. A história de vida da comunidade e dos trabalhadores da saúde, o engajamento do coletivo, o sentimento de compromisso dos alunos, aliados à herança cultural de luta de Dom Pedro Casaldáliga, herdada pelos moradores da região, instigaram-nos a escolher esse município como local para a pesquisa. O município de São Félix do Araguaia é um dos 141 que compõem o Estado de Mato Grosso. Pertence à Macrorregião do Araguaia e à Microrregião do Baixo Araguaia. É município sede da Regional de Saúde de São Félix do Araguaia. Sua colonização se deu nos anos 1940, com a “Marcha para o Oeste”. Foi emancipado em 13 de maio de 1976. Sua população, segundo o IBGE, é de 10.713 habitantes. Está distante da capital (Cuiabá) 734 quilômetros. Em 2000, segundo o PNUD/ADH, seu IDH era de 0, 726, colocando-o na 2.503ª posição no país e 71ª em Mato Grosso (CDG-SUS, 2010).

A estratégia de pesquisa adotada foi o estudo de caso. Um dos procedimentos da coleta de dados utilizados foi a técnica de entrevista, com roteiro semiestruturado. O critério de escolha dos entrevistados, gerentes, técnicos e conselheiros de saúde levou em conta o fato de, necessariamente, terem participado e concluído o curso em São Félix do Araguaia, além de estarem atuando na área da saúde pública municipal. Uma amostragem qualitativa privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer e considera-os em número suficiente para permitir uma reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta (Minayo, 1993, p. 102). Para a autora, em pesquisas qualitativas existe uma preocupação menor com a generalização e maior com o aprofundamento e abrangência

da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma política ou de uma representação.

Outra técnica utilizada foi a análise documental. Foram observados os instrumentos de gestão municipal, para identificação da incorporação, ou não, nestes instrumentos das propostas construídas pelos alunos no decorrer do curso, através da Agenda de Educação Permanente para o Fortalecimento Gerencial. Foi analisado também o banco de dados do Núcleo de Desenvolvimento em Saúde (NDS/ISC/UFMT), utilizando as fichas de inscrição dos alunos para análise do perfil e a ficha de avaliação final dos alunos para identificação dos conhecimentos e habilidades apreendidos e por eles relatados.

Por fim destacamos que, obedecendo aos critérios éticos, normatizados pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Júlio Muller, sob o protocolo CAAE nº 08548812.3.0000.5541.

O curso de desenvolvimento gerencial como praxis da educação permanente

O Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS integra um projeto de ensino-pesquisa e extensão desenvolvido pelo Núcleo de Desenvolvimento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Mato Grosso (NDS/ISC/UFMT), em cooperação com os municípios, tendo como referência as demandas de saúde do usuário, a integralidade e o direito à saúde (Müller Neto; Schrader, 2011b). Para tanto, o curso favorece a apropriação das estratégias da educação permanente pelos participantes, atendendo às diretrizes do Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no SUS (PNDG), Portaria GM/MS nº 1311/2010, qualificando-os para a gestão participativa do sistema.

A execução do projeto deu-se em estreita parceria com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso (COSEMS/MT) e os gestores de saúde de cada município, tendo ainda a cooperação teórico-metodológica da equipe do Laboratório de Práticas da Integralidade (LAPPIS/IMS/UERJ) (Schrader; Müller neto, 2012).

O curso tem como objeto a situação social e sanitária do município e os problemas de saúde prioritários para a população e adota como princípios pedagógicos a integralidade, a ação comunicativa e a interdisciplinaridade do processo de trabalho em saúde. Tem como produto a elaboração de uma agenda de educação permanente para o fortalecimento gerencial do SUS, construída pelos participantes, e visa estimular a mobilização dos trabalhadores de saúde e dos sujeitos coletivos nos municípios, essencial à garantia do direito à saúde (Müller Neto et al., 2009).

Um dos critérios imprescindíveis para a realização do curso no município, além da sua intenção formalizada e intermediada pelo COSEMS/MT, é a assinatura do Termo de Cooperação Técnica e Parceria, estabelecido entre o NDS/ISC/UFMT e a Secretaria de Saúde do município. O instrumento tem por objeto estabelecer as condições de cooperação dos partícipes no desenvolvimento de ações conjuntas no campo do ensino e pesquisa para a operacionalização do curso no município em tela, visando a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

A estrutura do curso foi organizada em duas unidades que totalizaram 80 horas de atividades. A primeira unidade, com 30 horas de atividades presenciais, enfatiza a área de política, planejamento e gestão da saúde no município. Essa unidade é composta por três módulos. O módulo 1 aborda a condição de vida e políticas de saúde. O módulo 2 contempla a política e gestão da saúde no município e o módulo 3, a informação e planejamento em saúde. No módulo 2, há um momento que merece destaque: a história viva da saúde no município. Utilizando-se das técnicas do mosaico e da memória viva, os alunos (re)constróem a história da saúde pública municipal. O mosaico visa resgatar materiais (fotos ou recortes de jornais) e documentos impressos que retratem a história da saúde municipal. A memória viva refere-se à entrevista de informantes-chave que contarão a história vivida no contexto da saúde local. O objetivo é contextualizar a saúde pública no município e a participação dos atores sociais no processo coletivo de sua construção.

Ao final da primeira unidade, são distribuídas atividades aos alunos para serem realizadas no intervalo de tempo, em geral 30 dias, entre a

primeira e a segunda unidade. Além da redação individual de resumos de textos teóricos relacionados às temáticas do curso, a turma é dividida em grupos, que deverão se reunir para realizar entrevistas com usuários do SUS e trabalhadores da saúde, além do desenvolvimento da observação da unidade de saúde referenciada pela tutoria a cada grupo.

A segunda unidade, também com 30 horas de atividades e dividida em quatro módulos, trata do Gerenciamento e Organização do Sistema e Serviços de Saúde. O módulo 4 trabalha os modelos technoassistenciais em saúde e avaliação do cuidado. O módulo 5 traz o tema do trabalho em equipe. O módulo 6, gerência de recursos na unidade e o módulo 7 que aborda a Educação Permanente para o fortalecimento gerencial.

A metodologia do curso incorpora técnicas participativas, como pequenos grupos, plenárias, estudo dirigido em grupo, mosaico, memória viva e a construção de narrativas a partir das entrevistas com usuários das unidades de saúde e da agenda que orientará a intervenção do coletivo do curso.

A organização didático-pedagógica do curso apoiou-se no conceito de integralidade em saúde e na teoria da ação comunicativa. A integralidade é entendida aqui nas dimensões da organização da rede de serviços, dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores de saúde, das práticas do cuidado e da participação social na formulação e avaliação das políticas de saúde (Pinheiro; Mattos, 2006). A teoria da ação comunicativa, de Habermas (2012), propõe que o conhecimento seja construído a partir da interação intersubjetiva entre os participantes, na qual todos podem participar em condições de igualdade e sem nenhum tipo de coerção. Também utilizou-se o referencial para análise do processo de trabalho em saúde, desenvolvido por Peduzzi (2007).

Analisando a prática cotidiana dos trabalhadores da saúde, observa-se que são escassos os momentos em que a equipe dispõe para fazer a reflexão sobre a execução de suas ações e tarefas. Essa prática reflexiva produz conhecimento, pois não há aprendizagem se os atores não tomam consciência do problema e se nele não se reconhecem, na sua singularidade. Os saberes produzidos nas atividades cotidianas alimentam o patrimônio, que por sua vez transforma os modos de agir dos trabalhadores que formam esse coletivo. É na produção e

compartilhamento cotidiano dos saberes coemergentes ao fazer que o trabalho em equipe pode transformar o agir dos profissionais de saúde (Bonaldi et al., 2007).

O papel das práticas educativas deve ser crítica e incisivamente revisto, para que almeje a possibilidade de pertencer aos serviços / profissionais / estudantes a que se dirigem, de forma que os conhecimentos que veiculam alcancem significativo cruzamento entre os saberes formais previstos pelos estudiosos ou especialistas e os saberes operadores das realidades – detidos pelos profissionais em atuação – para que viabilizem autoanálise e principalmente autogestão (Ceccim, 2005).

Os diferentes lugares dos participantes

A seleção dos participantes deu prioridade aos servidores estatutários com terceiro grau completo, que atuavam em unidades de saúde básica e especializada, assim como em unidade administrativa e/ou de apoio. Foram destinadas quatro vagas ao Conselho Municipal de Saúde. Foram inscritas 35 pessoas, entre gerentes, trabalhadores, técnicos e conselheiros de saúde. Destes, 23 concluíram o curso e foram certificados pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Todos os concluintes responderam a Ficha de Avaliação do Curso, ao final da Unidade II. Para análise do perfil, foram considerados todos os alunos inscritos no curso.

Embora a prioridade no processo seletivo fosse dada aos trabalhadores com terceiro grau de escolaridade, ao analisar o perfil dos alunos inscritos no CDG-SUS em São Félix do Araguaia, constatou-se que dos 35 inscritos, apenas 14 possuíam ensino superior completo. Este dado reflete a dificuldade dos municípios interioranos do Estado de Mato Grosso para contratar ou nomear trabalhadores de saúde com este grau de escolaridade. Outro ponto sugestivo é a difícil fixação destes profissionais em municípios distantes dos grandes centros urbanos.

Em relação à categoria gênero, podemos observar que a maioria dos participantes é do sexo feminino, representando 76% do total de alunos, evidência do crescente processo de feminilização da força de trabalho no setor saúde.

Mudança de práticas em saúde

A Ficha de Avaliação do curso, preenchida pelos alunos ao final da Unidade II, é composta por 11 questões, sendo nove fechadas. Das questões fechadas, uma referia-se aos aspectos mais significativos que o aluno consideraria possível modificar no gerenciamento do SUS municipal. Os temas que poderiam ser assinalados eram: Modelo de Atenção, Análise da Situação de Saúde, Educação Permanente, Cuidado com o Usuário, Gerenciamento de Recursos, Participação Popular / Controle Social e Planejamento. Cada aluno poderia marcar três desses aspectos.

Dos aspectos significativos que os alunos consideraram possíveis de serem modificados no gerenciamento do SUS municipal, dois se destacaram: Cuidado com o Usuário e Planejamento, seguidos pela Educação Permanente. Estes dois aspectos representaram 24,62% da intenção cada um, somando, portanto, 49,24% do total de intenções. O tema Modelo de Atenção representou 6,15% das intenções; Análise da Situação de Saúde (4,62%); Educação Permanente (16,92%); Gerenciamento de Recursos (13,85%) e Participação Popular / Controle Social (9,23%).

Na análise das questões abertas, ao serem indagados sobre a possibilidade da modificação do seu modo de trabalhar e se relacionar com a equipe, do total de 23 alunos que concluíram o curso, 22 declararam afirmativamente à pretensão de mudança e apenas um não respondeu à questão. Isso evidencia uma sensibilização sobre a intenção de mudança das práticas e posturas nas relações interpessoais, conforme se verifica na transcrição das respostas de alguns alunos:

Aluno 01: Sim. Participar um pouco mais, aceitar as críticas como forma de melhorar o relacionamento com toda a equipe. Ouvir um pouco mais.

Aluno 02: Rompimento com práticas individualistas, buscar parcerias com outros setores sempre. [...] Através de reuniões e discussões com a equipe e usuários, na sensibilização da importância do cuidado, acolhimento, responsabilidade individual e coletiva na realização das ações.

Aluno 03: Sim. A minha equipe encontra-se desmotivada por muitos motivos, mas eu, como agente multiplicador, quero através deste curso, motivar minha equipe e entendê-los melhor.

Relação entre a agenda de fortalecimento e o processo de planejamento

Ao observarmos o Plano Municipal de Saúde de São Félix do Araguaia realizado em 2011, verificamos, em seu texto de apresentação, a indicação da equipe técnica de planejamento da gestão municipal, constituída por 12 integrantes. Constatamos, confrontando o banco de dados dos alunos inscritos para o CDG-SUS que, desta equipe técnica, apenas três participaram e concluíram o curso (São Félix..., 2011). O plano foi elaborado nos dois primeiros meses de 2011, portanto posterior à realização do CDG-SUS no município, e foi regulamentado pela Resolução nº 20, do Conselho Municipal de Saúde (São Félix..., 2011). Das ações e prioridades programadas para o ano de 2011 e presentes no instrumento de planejamento, algumas delas foram declaradas na Agenda de Fortalecimento Gerencial construída durante o curso pelo coletivo de participantes.

A formulação dos compromissos para o ano de 2011 (item 11 do Plano Municipal de Saúde) contempla, no total, 18 prioridades. Dessas prioridades, nove constavam na Agenda construída pelos alunos no decorrer do curso (São Félix..., 2010). São elas:

- Capacitação dos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde;
- Redução de morbidades preveníveis e evitáveis;
- Implantação de política de valorização dos servidores da saúde pública municipal;
- Fortalecimento da gestão participativa e descentralizada para planejamento local ascendente;
- Assegurar o cumprimento dos compromissos assumidos no Pacto pela Saúde nos seus três componentes;
- Consolidação e qualificação da Estratégia de Saúde da Família;
- Readequação física e tecnológica das Unidades de Saúde;
- Qualificação da gestão da saúde, com ênfase no fortalecimento do financiamento e tecnologia da informação e comunicação;
- Planejamento e realização de mutirões de saúde pública na zona rural municipal.

Essa confrontação de dados sugere uma semelhança muito forte entre as ações constantes no planejamento local e as ações propostas

pelo CDG em São Félix do Araguaia. Pudemos constatar, durante a realização das entrevistas, que muitas das propostas discutidas durante o CDG-SUS, em São Félix do Araguaia, tornaram-se também propostas aprovadas pela Conferência Municipal de Saúde e incorporadas ao planejamento local. No entanto, segundo os entrevistados, a agenda não foi utilizada como subsídio direto para a Programação Anual de Saúde.

A construção do coletivo

Segundo os relatos colhidos junto aos informantes-chave após o término do curso, um grupo de alunos liderou uma articulação, no município, para apresentação da agenda de prioridades construída no processo. Foram convidados, além do prefeito municipal e vereadores, todos os demais servidores municipais de saúde e os parceiros citados nas ações planejadas pela agenda. Ao final das apresentações, o grupo encaminhou um documento contendo o texto apresentado ao prefeito para colher sua assinatura, como forma de este se comprometer no apoio à realização daquelas prioridades, e o chefe do executivo municipal o assinou.

Ao serem indagados sobre o funcionamento do coletivo que se formou após o CDG-SUS, os informantes declararam que esse coletivo se reuniu por mais três vezes para discutir e traçar um planejamento das ações constantes no instrumento. No entanto, assinalaram, esse sujeito coletivo não se tornou permanente. Um dos entrevistados relatou: “[...] porém o que se pode observar não somente neste curso, mas como em vários outros é a continuidade do mesmo, ainda falta um *feedback* maior entre esses profissionais, embora alguns desses tenham deixado nosso município [...]”. Outro entrevistado afirma que, no seu entendimento, o coletivo não teve continuidade por inúmeros motivos que distanciaram os membros, mas reconheceu que muitas atitudes foram modificadas e que a postura dos profissionais envolvidos contribuiu muito para a melhoria da saúde em geral.

A segunda pergunta solicitava aos entrevistados que descrevessem as facilidades e dificuldades que foram encontradas para o desenvolvimento das ações propostas no CDG-SUS. Ao se referirem às facilidades, alguns citaram o aprendizado adquirido no curso, o exercício dos

trabalhos em grupo, o sentimento de responsabilidade e compromisso deles, enquanto gerentes e gestores nas suas unidades de atuação.

Em relação às dificuldades, assinalaram a ausência ou insuficiência da relação interpessoal entre as equipes, principalmente entre os responsáveis pela gestão e os profissionais e executores do serviço; a estranheza como os trabalhadores receberam as críticas em forma de problematização na Rede Explicativa da Agenda de Fortalecimento Gerencial, construída no curso. Segundo os entrevistados, alguns colegas de trabalho perceberam esse exercício como um afrontamento às suas práticas; a dificuldade em firmar as parcerias no desenvolvimento das ações; ao fato de terem ficado reféns dos prazos estabelecidos no planejamento da agenda; a não continuidade do sujeito coletivo formado pelo CDG-SUS, além da migração dos profissionais qualificados durante o curso para outros setores ou para outros municípios.

A dificuldade de receber críticas ao seu desempenho por parte dos trabalhadores e gerentes de saúde que não participaram do curso indica-nos pelo menos duas questões: a inexistência de processos comunicativos permanentes de avaliação, característica do modelo burocrático de gestão, já assinalado por Deluiz (1997), o que é confirmado pelos déficits de comunicação e coordenação entre gestores, gerentes e trabalhadores observados nas entrevistas; e a necessidade de desenvolver e fortalecer as competências comunicativas do conjunto dos trabalhadores de saúde. A dificuldade de estabelecer e cumprir prazos pode ser vista, acreditamos, como decorrência do próprio processo de aprendizagem em trabalhar e planejar coletivamente.

Na terceira questão, quando perguntados se gostariam de acrescentar alguma coisa sobre o CDG-SUS, salientaram a importância do curso para o município e declararam que observaram, após o CDG, uma melhoria na prática e no atendimento aos usuários nas unidades de saúde. Um dos alunos afirmou: “[...] com este curso aprendemos a ter um olhar mais crítico, a saber buscar parcerias a trabalhar em equipe na tentativa de construir um SUS de mais qualidade e efetividade [...]”. Outro entrevistado disse que gostaria que houvesse continuidade do curso, um retorno ao município para avaliação das ações propostas.

Conclusão

As contribuições do Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS para os processos gerenciais da saúde pública municipal, as práticas do cuidado ao usuário, a transformação do modo de agir e a iniciativa de mobilização dos trabalhadores de saúde e dos sujeitos coletivos puderam ser percebidas neste recorte feito sobre o estudo de caso no município de São Félix do Araguaia. A formulação das políticas de saúde no município, por meio da Conferência Municipal e do processo de planejamento e programação, também foi influenciada pelo curso e por sua agenda, construída pelo coletivo. Os resultados da pesquisa indicam que o curso propiciou um consenso de intenções de mudanças, por parte dos alunos, e que se transformou em mudanças de práticas de gestão e de cuidado, mesmo que durante um período determinado. Também ficaram evidentes os limites da iniciativa e a necessidade de outras ações, de modo a garantir a continuidade do processo de mudança das práticas de trabalho e de cuidado, tornando mais comunicativas e participativas as atividades gerenciais.

Há muito a ser implementado nos mecanismos de Educação Permanente. Gostaríamos de sugerir a institucionalização de práticas de desenvolvimento gerencial, orientadas pela integralidade e pelo agir comunicativo, ao Plano de Educação Permanente Estadual e aos Planos Regionais. Acreditamos que, desse modo, a iniciativa poderia contribuir para a sustentabilidade do processo de mudança da gestão, do cuidado e da participação nos sistemas municipais de saúde. Neste sentido, os colegiados regionais e estadual (CIB) e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-MT) poderiam exercer mais articuladamente seu papel político nas instâncias decisórias.

O estudo mostra que é possível o fortalecimento da ação coletiva e comunicativa que favoreça trabalhadores e usuários da saúde o reconhecer-se como sujeitos, de direito e de fato, na condução dos processos decisórios da gestão da saúde. Também evidencia a possibilidade de interagir e integrar diferentes saberes entre si para colaborar no processo de gestão democrático e participativo no interior da saúde pública, assim como mudar a lógica fragmentada do planejamento das ações e serviços de saúde. E, finalmente, o estudo

permite cultivar a esperança de que é possível fazer do SUS um sistema orientado ao cuidado do usuário de forma universal, integral e equitativa, reconhecendo neste usuário não um mero consumidor de serviços, mas um cidadão de direito.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1311, de 27 de maio de 2010. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial do SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, 2010.

BONALDI, C. et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

CURSO DE DESENVOLVIMENTO GERENCIAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Núcleo de Desenvolvimento em Saúde (NDS/ISC/UFMT). *Caderno de Indicadores do Município de São Félix do Araguaia/MT*. Cuiabá: CDG-SUS, 2010.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004 - fev. 2005.

DELUIZ, N. *Mudanças no mundo do trabalho e necessidades de qualificação dos trabalhadores de saúde*. Texto apresentado na Reunião de La Red Latinoamericana de Tecnicos en Salud. OPS/OMS/Fiocruz. 3 a 5 de setembro, 1997.

HABERMAS, J. *Teoria do agir comunicativo, 2: sobre a crítica da razão funcionalista*. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.

MÜLLER NETO, J.S.; SCHRADER, F.T.; MOTTA, A.P. Desenvolvimento de Novos Saberes e Práticas na Gestão do Sistema Único de Saúde em Municípios de Mato Grosso. *Divulgação em Saúde para Debates*. Rio de Janeiro, n. 44, p. 74-84, maio - 2009.

MÜLLER NETO, J.S.; SCHRADER, F.T. (Orgs.). *Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS: Coletânea de Textos*. Cuiabá: EdUFMT, 2011a.

_____. (Orgs.). *Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS: Caderno do Tutor*. Cuiabá: EdUFMT, 2011b.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.; BARROS, M.E.B. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Implicações da Integralidade na Gestão da Saúde. In: _____. (Orgs.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

SCHRADER, F.T.; MÜLLER NETO, J.S. Experiência de ensino-aprendizagem e produção do cuidado em saúde: o curso de desenvolvimento gerencial do SUS em Mato Grosso. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). *Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2012. p. 281-296.

SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde*. São Félix do Araguaia: SMS, 2011.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Agenda de Fortalecimento Gerencial/CDG-SUS*. São Félix do Araguaia: SMS, 2010.

Educação Permanente no cenário da Estratégia de Saúde da Família no município de Rio Branco

AMANDA CAROLINE MACIEL AMORIM
ALDERLÂNDIA DA SILVA MACIEL
ROSANA APARECIDA SALVADOR ROSSIT

A formação profissional tem se firmado como um desafio para as instituições. Hoje não há mais espaço para uma formação totalmente desvinculada da realidade em que se pretende atuar, baseada somente em teorias saídas de laboratórios, sem aplicabilidade a situações que surgem no cotidiano das pessoas. Com o processo de globalização, a necessidade de mais informações, mais produtos e em menos tempo, almeja-se um profissional capaz de resolver as mais diversas situações surgidas no cotidiano do trabalho. Para isso, as instituições têm procurado investir em qualificação profissional que atenda às lacunas deixadas pela formação inicial.

No setor da saúde, o papel de ordenar a formação de recursos humanos é do Sistema Único de Saúde (SUS) que, historicamente, tem proposto mudanças nos modos de ensinar e aprender neste setor, no intuito de formar profissionais que agreguem competências que promovam a melhoria da qualidade da assistência em saúde.

A Portaria nº198/GM/MS, de 2004, institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, e explicita a importância da reflexão coletiva da equipe de trabalho, a partir dos problemas reais encontrados na prática cotidiana. Sua existência visa atender à demanda de readequação da formação de profissionais da saúde, até então desvinculada da realidade do serviço e à margem das discussões e problemas sociais. Considera-se

que na Educação Permanente em Saúde, a prática profissional é o ponto de partida do seu saber real e irá determinar seu aprendizado subsequente (Brasil, 2004).

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a Educação Permanente é uma ferramenta essencial para indução de transformações de práticas, visto que o processo de trabalho na saúde requer assistência integral à saúde do indivíduo de acordo com suas necessidades. A partir dessa definição, nossa inquietação como profissionais da área da saúde e educação passou a ter sentido: não há possibilidade de pensar em mudança, sem pensar em um processo formativo sólido, que tenha relação com as atividades diárias executadas, propicie um aprendizado expressivo e que seja possível de ser colocado em prática.

Assim, este estudo teve como objetivo analisar as ações da Educação Permanente ofertadas aos profissionais de saúde, que atuam na ESF no município de Rio Branco, Acre, e sua interferência nas práticas em serviço. Participaram deste processo 127 profissionais de saúde e dez gestores da Atenção Básica, que manifestaram seus conhecimentos e inquietações através de questionário e entrevista. O intuito foi de não somente apontar as fragilidades, mas também identificar as potencialidades adormecidas com a demanda diária e assim fortalecer a assistência em saúde das comunidades do município de Rio Branco.

Educação Permanente: uma ferramenta indutora de mudanças

A discussão sobre a relação do fortalecimento do sistema de saúde com a assistência dos profissionais de saúde vem desde a década de 1980, quando a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) difundiu “a ideia de que para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde da região era preciso elaborar uma estratégia capaz de promover a adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano de seus processos de trabalho.” (Brasil, 2010, p.12) Nesse momento, a execução da atualização de conhecimentos através de capacitações pontuais não atendia mais às necessidades da assistência e de consolidação do sistema de saúde.

Segundo Davini (2006, p.39), grande parte dos esforços para alcançar a aprendizagem nos serviços de saúde ocorre por meio de capacitações, “ações intencionais e planejadas que têm como missão

fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios, pelo menos em escala suficiente.” Isso não necessariamente responde aos problemas reais de saúde que determinada população enfrenta, resultando em um processo educativo voltado a alcançar objetivos pontuais, com início e fim, e não no intuito de gerar mudanças significativas no âmbito institucional, através da permanência de estratégias educativas sustentáveis.

Compreende-se que as capacitações são importantes e que alguns momentos geram resultados, mas não suficientes para reconsiderar as práticas de assistência em saúde. O foco é voltado somente para atualização de técnicas, por meio da transmissão de conhecimentos, e não para os processos que se pretende desenvolver a partir da realidade. Isso nos mostra que nem toda ação de capacitação é um processo de educação permanente. Mas é importante ressaltar que apesar de as capacitações ainda não possuírem caráter de execução dinâmico, não se deve desconsiderar seu significado. Davini (2006, p.40) afirma que

[...] a educação permanente, como estratégia sistemática e global, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação e não o inverso. No âmbito de uma estratégia sustentável maior, podem ter um começo e um fim e serem dirigidas a grupos específicos de trabalhadores, desde que estejam articuladas à estratégia geral de mudança institucional (Davini, 2006, p.40).

O processo formativo através das capacitações é uma estratégia para os profissionais que já se encontram inseridos no serviço e pode ser associado ao conceito da Educação Continuada. Segundo Silva et al. (1989, p. 9-10), a educação continuada deve ser entendida como

[...] conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento do funcionário, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetivamente e eficazmente na sua vida institucional. ...a educação continuada está voltada para melhorar ou atualizar a capacidade do indivíduo, em função das necessidades dele próprio e da instituição em que trabalha (Silva et al., 1989, p.9-10).

Paschoal (2007, p.480) reafirma que a educação continuada é entendida como toda ação desenvolvida após a profissionalização

com o propósito de atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações e atividades de duração, definida por meio de metodologias formais.

Na tentativa de corresponder ao novo contexto sócio-econômico-político do país com uma assistência em saúde realizada por profissionais com visão integral sobre a saúde do indivíduo, em 2004 foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) pela Portaria nº198/GM/MS. Essa política foi pensada como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, explicitando a importância da reflexão coletiva da equipe de trabalho, a partir dos problemas reais encontrados na prática cotidiana. No mesmo documento, no parágrafo único do art. 1º, há a descrição das funções do Polo de Educação Permanente em Saúde, das quais destacamos três, por descreverem o principal objetivo da PNEPS (Brasil, 2004, p.3):

III. propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;

IV. articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;

V. formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base local/regional; (Brasil, 2004, p.3).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) surgiu a partir de uma constatação da OPAS de que havia estreita relação entre o planejamento das ações na saúde e o planejamento de recursos humanos da saúde. E também para atender à demanda de readequação da formação de profissionais da saúde, até então desvinculada da realidade do serviço e à margem das discussões e problemas sociais. A EPS considera que “a atividade do trabalhador pode ser o ponto de partida de seu saber

real, determinando, desta maneira, sua aprendizagem subsequente” (Lopes et al., p.149), uma vez que o conhecimento tem sua origem na identificação das necessidades do serviço e na busca de solução para os problemas encontrados.

Segundo Ceccim (2005, p.976), “a Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente”.

O Pacto pela Saúde (2006), na sua dimensão do Pacto de Gestão, aponta como diretrizes para o desenvolvimento da Educação na Saúde:

- avanço da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio da compreensão do conceito de EPS adequado às especificidades de cada instituição/região;
- reconhecimento da EPS como processo educativo essencial da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS;
- compreensão e adoção das diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, inerentes à educação permanente;
- discussão e avaliação da implementação da PNEPS;
- revisão da normatização vigente que institui a Política, considerando a descentralização do planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da educação permanente no SUS;
- planejamento e acompanhamento das atividades de EPS e alocações de recursos pautados pela lógica de fortalecimento do SUS e atendimento das demandas sociais de saúde;
- cooperação técnica, articulação e diálogo entre gestores federal, estaduais e municipais, instituições formadoras, serviços de saúde e controle social.

Apesar de historicamente a Educação Permanente estar permeando os programas voltados para a área da saúde, só recentemente alçou o *status* de política pública. Esta nova perspectiva vem gerando um movimento inovador de construção de conhecimentos, visando apoiar sua consolidação e implementação, que foi regulamentada com a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.

A partir da publicação desta portaria, no município de Rio Branco houve a pactuação da composição da Comissão Permanente de Integração Ensino/Serviço do Estado do Acre (CIES-AC), composta por gestores, trabalhadores, estudantes e representantes do controle social. Essa comissão conduziu o processo de elaboração do primeiro plano a partir dos princípios da Política Nacional de Educação Permanente, priorizando ações que contribuíssem para a estruturação e o fortalecimento dessa política.

A Educação Permanente desempenha sua função quando está envolvida numa prática de transformação, que traduz uma teoria dialética do conhecimento, como um processo de criação e recriação, desenvolvendo a reflexão crítica sobre sua prática/trabalho (Brasil, 2000). Paschoal et al. (2007, p.479) afirmam que não basta “saber” ou “fazer”; é preciso “saber fazer”, interagindo e intervindo, tendo como características: a autonomia e a capacidade de aprender constantemente, de relacionar teoria e prática e vice-versa. Isto se refere à inseparabilidade do conhecimento e da ação, o que permite produzir conhecimentos em saúde, como um processo gerado no trabalho, fundamentalmente participativo, resultado da confrontação de diferentes e complementares experiências entre a equipe de saúde e a comunidade.

Assim sendo, as necessidades de aprendizagem das equipes da ESF deverão coincidir com seus conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, elementos essenciais para a resolução dos problemas identificados nas áreas de abrangências. Nessa perspectiva, tem-se preconizado que o processo educativo não deve ser considerado um momento particular da vida acadêmica, e sim, um investimento na formação para o trabalho, onde o mesmo possa definir as demandas educacionais (Brasil, 2000).

Para Ceccim e Ferla (2009, p.454):

A Educação Permanente em Saúde requer que seus atores se sintam convocados à criação, à abertura e ao coletivo. Sob esta perspectiva, somos sempre uma novidade, potência de afetar e ser afetado, caminhando na diversidade, construindo alianças, desconstruindo evidências. O investimento pedagógico é para poder quebrar o que está dado, ampliar as noções de autonomia do outro e constituir espaços criativos e sensíveis na produção da saúde.

Em 2009, o DEGES/SGTES/MS deu continuidade à implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, definindo como pilares desse processo a regionalização, a criação dos espaços de articulação e a observância dos princípios da educação permanente na elaboração dos planos estaduais. Para acompanhar a execução da política no âmbito estadual, o Departamento elaborou a pesquisa “Programa de Monitoramento e Avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente” e o “Plano de Monitoramento”, que seguiram os princípios e diretrizes do Pacto pela Saúde.

Neste momento, no município de Rio Branco, ações de educação na saúde vinham ocorrendo de forma tímida, com pouca divulgação. Mas, de acordo com o Plano Estadual de Educação Permanente, não havia previsão de processos formativos voltados à qualificação profissional, especificamente, para a equipe da ESF.

O caminho percorrido

A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.

Paulo Freire

Esta pesquisa foi desenvolvida com a equipe básica de 19 unidades de Saúde da Família, da zona urbana do município de Rio Branco, Acre, e suas respectivas unidades de saúde de referência, a partir da autorização da Secretaria Municipal de Saúde e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFESP, respeitando as questões éticas, com base na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Seu desenvolvimento ocorreu em duas etapas: na primeira, foi feita a análise documental da Portaria nº 1.996/2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dos Planos Estadual e Municipal de Educação Permanente do município de Rio Branco de 2007 a 2011. Nestes já foi possível detectar uma fragilidade no planejamento das ações de Educação Permanente como um todo e ainda a ausência de propostas de qualificação profissional para a equipe que atua na ESF.

Após esta etapa, foi o momento de ir ao encontro dos gestores e dos profissionais da ESF, para que respondessem à entrevista com o objetivo de analisar o papel do gestor na implementação da Educação Permanente nos serviços ofertados pela ESF e o questionário para análise da interferência da Educação Permanente nas práticas de saúde, respectivamente. Todos os gestores e profissionais receberam uma carta-convite, contendo um texto explicativo informando sobre os objetivos do estudo.

Os dados foram coletados no período de setembro a dezembro de 2012. Nas unidades foram aplicados 152 questionários para os profissionais da ESF, dentre eles médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), que segundo a Portaria GM/MS nº 2488/2011, constituem a equipe básica. A pesquisa foi exploratória, descritivo-analítica, com abordagens qualitativas e quantitativas, através da utilização de roteiros de questionário e entrevista como instrumento de coleta. Neste texto, serão expostos somente os dados obtidos através da análise qualitativa sobre algumas considerações dos profissionais acerca da Educação Permanente no município de Rio Branco.

Ludke e André (1986) e Chizzotti (2000), descrevendo a abordagem qualitativa na pesquisa, defendem que esta se desenvolve numa situação natural, é rica em dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada. A pesquisa qualitativa supõe o contato direto do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada, através do trabalho de campo. Tem, portanto, o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento. Os indivíduos envolvidos nas pesquisas qualitativas devem ser entendidos como atores sociais, que têm um conhecimento prático e representações relativamente elaboradas que formam uma concepção de vida e orientam suas ações individuais.

Nesta linha de raciocínio, Marconi e Lakatos, (2008) referem que a metodologia qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Assim, corroboram a literatura, colocando que a perspectiva qualitativa difere da quantitativa não só por empregar instrumentos

estatísticos, mas também pela forma de coleta e análise dos dados, fornecendo análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento, entre outros.

Minayo (2007) ressalta que uma pesquisa que tenha como objetivo uma visão da questão do significado e intencionalidade, inerentes às relações dos indivíduos com a sociedade, em seu contexto histórico, atos e estruturas sociais, visando a um aprofundamento do estudo, deve ter o olhar do método qualitativo.

A percepção dos profissionais sobre a Educação Permanente

A formação dos profissionais de saúde ainda ocorre de forma descontextualizada, sem aproximação com as reais necessidades de saúde dos indivíduos. É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade (Brasil, 2011).

Na ESF, a superação desse desafio se torna muito maior em virtude de a Saúde da Família representar uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, tendo como um dos principais objetivos gerar práticas de saúde que possibilitem a integração das ações individuais e coletivas, com visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade na qual ela está inserida (Brasil, 2000).

A seguir, são apresentados os resultados extraídos do posicionamento dos profissionais com relação à situação da Política de Educação Permanente em Saúde no município de Rio Branco. Os dados obtidos na análise das entrevistas e questionários demonstram que os profissionais e gestores entendem a importância dos processos formativos na lógica da Educação Permanente, visando a qualificação profissional e melhoria da assistência em saúde.

A educação permanente facilita a comunicação entre ACS e a comunidade, dando qualidade e segurança no que passa. (P10).

Olha a educação é assim... é... importantíssima porque... o profissional tem que tá sempre atualizado né?! Tudo que gira em torno da saúde... tá sempre em constante mudança, então a educação permanente ela é importante nesse sentido...(G5).

E os funcionários começaram a perceber a necessidade da educação permanente nos serviços, e vemos que não eram mais capacitações... né?! Era um processo educacional, que ele tinha que ser contínuo dentro dos serviços, e até hoje nós percebemos a necessidade dele. Muito importante, muito, muito. (G10).

Mas os profissionais ainda se não se posicionam como ator principal para a mudança de práticas, alguns atribuem o não avanço a forma de como o sistema de saúde é conduzido.

Nem todas as qualificações profissionais que fazemos da pra por em prática devido ao próprio sistema de saúde. É muita burocracia, é falta de apoio, é muito papel que finda não dando em nada. (P16).

Quero colocar algumas observações, essa educação seja implantada para melhorar o desenvolvimento de nossas atribuições e não para nos sobrecarregar com mais trabalhos... (P61).

Segundo o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Acre (2009), a formação na lógica da Educação Permanente significa compreender as constantes transformações que ocorrem no processo de trabalho em saúde e de propor uma formação que promova aprendizagem significativa. Para isso, é importante que a equipe responsável pelos processos formativos tenha a clareza do conceito de Educação Permanente e que planeje as ações em conjunto com os atores envolvidos, para que a proposta formativa seja ofertada de forma contextualizada com a realidade, de modo que permita maior e melhor participação dos profissionais.

Alguns profissionais e gestores sugerem a existência de um cronograma dos processos formativos para que a equipe possa se organizar e não prejudicar o atendimento na Unidade de Saúde, demonstrando não conhecer o trabalho de desenvolvimento da Educação Permanente no município.

Vejo a necessidade de um programa trimestral de capacitação dos profissionais, para que assim possamos nos programar para nos ausentarmos do serviço sem causar prejuízo a clientela que atendemos e do funcionamento interno do serviço. (P21).

Deve ter um cronograma anual com datas programadas para que o profissional possa se adequar sem deixar a desejar o atendimento da US, pois o que temos são capacitações campanhistas. (P34).

[...] a dificuldade maior é que não tem um cronograma... porque as equipes elas trabalham todas com um cronograma [...] a gente já tem um cronograma de atividades... então quando o curso chega assim um dia antes né?! aí inviabiliza dos profissionais participarem... (G5).

Um ponto que os profissionais julgam contribuir para o desenvolvimento da Educação Permanente é o trabalho em equipe. A educação permanente das equipes de Saúde da Família constitui importante estratégia para desenvolver a reflexão crítica sobre as práticas dessas equipes (Brasil, 2000).

Na unidade tem que existir união entre nós equipe de saúde para um melhor aproveitamento das ações desenvolvidas pelo módulo, para a comunidade. (P13).

Com Educação Permanente em nossa USF e o envolvimento de toda equipe, traria mais satisfação para nossa comunidade e para nós." (P23).

Enquanto os profissionais de saúde da família de Rio Branco de um modo geral, não se fortalecerem como equipe, a educação permanente estará fadada ao fracasso. Infelizmente o que vemos nos dias atuais são profissionais descompromissados que não se integram, não se comunicam, não interagem entre si, dificultando a própria essência da estratégia de saúde da família. (P27).

É interessante que os profissionais possuem o entendimento que a Educação Permanente não é um processo de educação que deve ser ofertado exclusivamente ao trabalhador, mas também é uma ferramenta para a educação popular.

Não devemos esquecer que é muito importante também, a educação permanente para nossa população, nosso profissional pode ser bom, mas sem a estratégia de educação para a comunidade, não temos bons resultados [...] se observa que os programas básicos das USFs, não são suficientes com o nível baixo educativo da população. (P26).

Sugiro que aconteça mais capacitações e cursos na área que possam contribuir e melhorar ainda mais nosso trabalho com a comunidade. (P84).

A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular (Brasil, 2011).

Quanto à responsabilidade do desenvolvimento da Educação Permanente, os profissionais entendem que, além de o gestor estar sensibilizado para apoiar e desenvolver a proposta, é preciso que os trabalhadores estejam motivados a executar.

Penso que o processo de mudança de atitude, seja em relação à organização do trabalho ou das práticas profissionais está diretamente ligada a ACEITAÇÃO, compreensão e à visão que o profissional tem sobre o seu papel enquanto agente de transformações sociais. Pessoas fechadas para mudanças/novos conhecimentos são pessoas presas e estagnadas. (P18).

Quanto aos gestores, há divergências, alguns incentivam a participação na educação permanente, e outros inibem e evitam a participação da equipe para não haver redução nos números de atendimento. E quanto a equipe, há colegas que gostam e se interessam em participar, e outros que não gostam e evitam participar. (P60).

A capacitação e entendimento são individuais, é preciso que cada um sintase sensível a mudar... uma andorinha só não faz verão. (P67).

Apesar da consciência das dificuldades existentes e de que ainda há desafios a serem superados, os gestores reconhecem que o município vem fazendo um trabalho de amadurecimento da implementação da Política de Educação Permanente em Saúde. Identificam, assim, o Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS como um exemplo de uma estratégia que pode provocar mudança de prática na assistência em Saúde.

[...] as pessoas que tem o acesso a educação permanente , a um trabalho, a pesquisa ela vai tá sempre evoluindo e isso...o exemplo disso é esse curso que a gente tá fazendo agora. Eu com certeza não vou chegar na minha unidade com a mesma visão eu vou ter outra visão e aí eu vou querer multiplicar pros meus colegas... (G9).

O que eu conheço pela educação é o que eles tem feito com a gente ultimamente né?! Tem, tem dado muito curso , tem, tem aperfeiçoado os profissionais, não só gestor, que nem teve esse ultimamente, eu infelizmente eu não fiz né porque não deu tempo, [...] o CDG-SUS. (G6).

[...] agora no ultimo CDSUS que a gente fez, a gente falou sobre isso , [...] da coisa permanente, é essa coisa de...de ser dinâmica... (G7).

Nessa gestão foi que eu que vi que nasceu realmente a educação permanente né?! Ela começa pelo gestor maior, se ele apoia essa causa ele vai contaminar todo mundo, então a grande facilidade que eu to vendo agora nesse momento, é vê essa parceria que a gente tá tendo com a gestão maior, de trazer essa educação permanente, de as pessoas terem acesso a educação. (G9).

É fato que, para haver mudanças significativas, é preciso o envolvimento de todos os atores envolvidos no processo. A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, nos traz a reflexão de que a Educação Permanente

[...] além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho (Brasil, 2001).

Reflexões finais

A situação da Política de Educação Permanente em Saúde no município de Rio Branco não difere de outros estados, está em processo de implantação. Como visto nos relatos, há menos de três anos as ações nessa lógica vêm acontecendo; mesmo assim, verifica-se a necessidade de esclarecimentos conceituais e operacionais sobre esse processo. É preciso que haja uma equipe gestora com habilidade para identificar os nós críticos e disponibilidade de realizar um planejamento estratégico voltado à assistência da ESF. Nesse planejamento deve haver integração das políticas públicas com a realidade local, visando ao desenvolvimento de ações que efetivamente proporcionem mudanças nos modos de saber e fazer na saúde.

É importante que os profissionais entendam que essa política não visa somente à qualificação profissional/pessoal. Além disso, ela proporciona a transformação das práticas de cuidado, gestão e participação popular, no cotidiano dos serviços de saúde. Sem dúvida, uma ferramenta que pode contribuir para que esse processo se concretize é a metodologia ativa, que permite ao sujeito participar e construir seu aprendizado coletivamente.

Referências

ACRE. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço do Acre. *Plano Estadual de educação Permanente em Saúde do Acre*. Rio Branco: SESAcre, 2007.

ACRE. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço do Acre. *Plano Estadual de educação Permanente em Saúde do Acre*. Rio Branco: SESAcre, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Educar para transformar a prática*. Rede de Escolas Técnicas do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://www.retsus.fiocruz.br/upload/39/RETSUS39_capa.pdf Acesso em: 23 fev. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente para os trabalhadores do SUS*. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26643&janela=1>. Acesso em: 23 fev. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 16 fev 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 22 ago 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, 24 out 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Caminhos para a Educação Permanente em Saúde*: Polos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *Caderno de Atenção Básica nº 3*. Educação Permanente. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. Educ. Saúde*, v.6, n.3, p.443-456, nov.2008/fev.2009.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.14, 1, p.41-65, 2004.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.4, p.975-986, 2005.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

FARAH, B.F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? *Revista APS*, v.6, n.2, p.123-125, jul./dez. 2003

FERRAZ, F. *Educação Permanente/Continuada no Trabalho*: um direito e uma necessidade para o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional, 2005.

GUIMARÃES, I.Z.A. *Programa de Educação Permanente e Continuada da Equipe de Enfermagem da Clínica Médica do Hospital Universitário Clemente de Faria*: análise e proposições. Disponível em: < <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25620.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2012.

LOPES, S.R.S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *Comun. Cien. Saúde*, v.18, p.147-55, 2007.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D. *Pesquisa em educação*: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Fundamentos da metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MATHIAS, M. Educar para transformar a prática. *Revista RET-SUS*, ano V, n.39, p.12-17, out. 2010.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface-Comunic, Saúde e Educ.*, v.9, n.16, p.161-177, set.2004/fev.2005.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo. Hucitec, 2007.

OGUISSO, T. A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial. *Rev. Técnica de Enfermagem – Nursing*, n.20, p. 22-25, jan./2000.

PASCHOAL, A.S.; MANTOVANI, M.F.; MEIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev. esc. enferm. USP*. São Paulo, v.41, n.3, set 2007.

RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Divulgação em Saúde Para Debate*, n.12, p.39-44, jul. 1996.

SILVA, M.J. P. et al. *Educação continuada: estratégias para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem*. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1989.

Formulação e implementação de modelos de atenção à saúde para as populações indígenas: contribuições para o fortalecimento da sensibilidade cultural e da diferenciação das ações de saúde

ANA LUCIA DE MOURA PONTES
SÉRGIO REGO
LUIZA GARNELO

A emergência das lutas etnopolíticas por direitos no interior do Estado nacional gerou mobilizações indígenas em vários campos. Uma delas foi a luta pelo direito à saúde, que no Brasil ocorreu durante a década de 1980, articuladamente com o movimento da Reforma Sanitária. Neste texto discutiremos o desafio da formulação e da implementação de modelos de atenção sensíveis e adequados à diversidade cultural dos povos indígenas.

Segundo Betancourt et al. (2003), o reconhecimento da necessidade de adequação, ou de competência cultural dos serviços, tem se tornado mais evidente nos últimos anos, e no caso da atenção à saúde direcionada aos povos indígenas é mais evidente e necessária, posição compartilhada por vários autores (Wexler, 2011; Ellerby, 2000; Garvey et al., 2004). A falta de uma atenção culturalmente sensível pode ser responsável pelo não uso dos serviços de saúde e pelos maus resultados dos mesmos (Betancourt et al., 2003; Wexler, 2011). Ademais, os sistemas médicos são culturalmente moldados e, no Brasil e em outros países, refletem valores ocidentais, cristãos e liberais, que terão impactos negativos naqueles que não compartilham essas bases (Garvey et al., 2004; Wexler, 2011).

Para tanto, partimos da reflexão de que o trabalho em saúde ocorre eminentemente pelo encontro intersubjetivo entre profissional e usuário; portanto, é caracterizado por alto grau de subjetividade, liberdade e imprevisibilidade (Merhy, 2002). Entretanto, Ayres

(2009) observa que predomina uma visão de que os modelos de atenção visam à implementação de práticas sanitárias uniformes e padronizadas. Faria e Araújo (2010) observam uma tendência, na saúde, de fortalecimento dos métodos quantitativos de avaliação e normatização por meio de protocolos e procedimentos. Na gerência dos serviços de saúde, também predomina uma visão que nega as diferenças e os conflitos, e que busca a integração social por via da disciplina e do controle (Cecilio; Mendes, 2004).

Ayres (2009), que não tratou da realidade indígena, reconhece que o diálogo entre perspectivas instrumentais e estratégicas é um elemento revitalizador das práticas de saúde. Para o autor, trata-se de incorporar a ideia de que a diversidade pode ser elemento de sinergia das ações de saúde, em contraponto ao empobrecimento gerado pela “uniformidade em uma unidade coercitiva”. O caminho indicado por Ayres pauta a possibilidade de diálogo entre a diversidade de estratégias de implementação das ações de saúde, possibilitando “compartilhar horizontes práticos de interesse comum” (Ayres, 2009, p.13).

Assim, neste texto, adotaremos o conceito de modelos de atenção proposto por Ayres (2009, p.12), entendido como “a convergência de horizontes entre os diversos discursos acerca de modos de operar e gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações”. Essa formulação amplia a conceitualização feita por Paim (1999), predominante no debate sobre modelos de atenção, entendidos como “formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde” (Paim, 1999, p.476-477).

Também contemplaremos a perspectiva antropológica de Menéndez (2003, 2005, 2009), que incorpora na análise dos modelos de atenção tanto as diversas práticas de saúde autônomas da população quanto as práticas dos terapeutas profissionais nos itinerários terapêuticos (Gerhardt, 2006; Langdon, 2005).

Atenção à saúde indígena e o contexto de estudo

A partir de 1999, se implantou um sistema específico de atenção à saúde dos povos indígenas brasileiros, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). A Política Nacional de Atenção à Saúde dos

Povos Indígenas (Pnaspi), aprovada em 2002, incorporou princípios estabelecidos na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1986), que previam a implantação de um “modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços — voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde” (Brasil, 2002, p.6). Em termos organizacionais, a rede de serviços é caracterizada pela implantação de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), cujo objetivo é oferecer atenção integral à saúde desses povos.

Os distritos oferecem ações de atenção primária à saúde (APS) baseadas na atuação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). O modelo de atenção deve ser operacionalizado, em um primeiro nível, pela atuação da EMSI, tendo como base o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) nas comunidades. Os polos-base – primeira referência para os AIS – devem contar com a presença de enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos e médicos. Delega-se para a Casa do Índio (Casai) o apoio aos casos que demandem atenção de média e alta complexidade. Essa rede local se articula com o restante do sistema de saúde para oferta de serviços de média e alta complexidade.

Uma das diretrizes fundamentais desse subsistema de saúde é a atenção diferenciada, que preconiza a adequação cultural dos serviços devido ao reconhecimento do pluralismo médico e da diversidade das sociedades indígenas (Brasil, 2002). A implantação desse subsistema busca superar o modelo de ações de saúde até então ofertada para as populações indígenas, que se caracterizava por atividades esporádicas voltadas ao combate de doenças infecciosas endêmicas, que muitas vezes se limitava a distribuição de medicamentos e vacinação. Entretanto, Garnelo (2006) avalia que os serviços nos distritos ainda têm se organizado a partir de ações voltadas para demandas espontâneas de medicina curativa, encaminhamento de doente graves, uso excessivo de medicamentos e etnocentrismo. Assim, constata-se que se têm encontrado dificuldades na implementação de um modelo de atenção primária à saúde (APS) sensível culturalmente.

Procurando contribuir com o entendimento desse desafio, apresentaremos reflexões produzidas no âmbito de pesquisa de

doutorado,¹ que discutiu o modelo de atenção da Pnaspi e sua operacionalização no DSEI Alto Rio Negro (DSEIRN) / Amazonas, à luz da diretriz da atenção diferenciada. Abordaremos os desafios dessa temática sob quatro perspectivas: a) da formulação da diretriz de atenção diferenciada na Pnaspi; b) da organização e do uso da atenção oferecida pelo DSEIRN em duas comunidades; c) da atuação dos Agentes Indígenas de Saúde; e d) do ponto de vista dos usuários indígenas sobre as dificuldades encontradas nesse subsistema.

O DSEIRN situa-se no noroeste do estado do Amazonas, com atuação nos municípios de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcellos, sendo responsável pela atenção à saúde de cerca de 25 mil indígenas distribuídos em cerca 700 povoações (Garnelo, 2003). Essa população se diversifica em 17 povos falantes de idiomas de três troncos linguísticos – Arawak, Tukano e Maku – além da língua geral (Nheengatu). As condições de vida são marcadas pela extensa bacia hidrográfica do Rio Negro e seus afluentes, como o rio Içana, em cujo curso se assentam os aldeamentos estudados.

O trabalho de campo foi realizado em duas comunidades indígenas do povo Baniwa da região do Baixo Içana, adscritas ao DSEIRN. Os principais informantes e tradutores foram quatro AIS que atuam nessas comunidades. Na área do Baixo Içana, encontram-se assentamentos predominantemente da etnia Baniwa, falantes da língua Nheengatu. A maior proximidade com a cidade de São Gabriel da Cachoeira (SGC) propiciou um processo de colonização mais contundente, intensa atuação de missões evangélicas e católicas e outras agências da sociedade nacional, que acentuaram as transformações da sociedade tradicional Baniwa (Garnelo, 2003).

Langdon (2005) destaca que a doença é um processo construído socioculturalmente, portanto para cada cultura, os sintomas, as classificações e as terapêuticas para os problemas de saúde variam. No caso dos Baniwa, a origem e classificação das doenças é feita a partir de um sistema de saberes míticos relacionados com guerras entre famílias de heróis criadores (Garnelo, 2006). Garnelo e Buchillet

(2006) estabelecem uma taxonomia das doenças entre os Baniwa, que evolve: doenças relacionadas com a agressão desses seres-espíritos; com envenenamentos, uma forma de bruxaria que tem lugar central na cosmologia Baniwa; com conflitos de gênero que remetem às guerras ancestrais entre homens e mulheres; doenças provocadas por Yoópinai, seres-espíritos da floresta; e doenças trazidas pelo contato, mas inseridas na cosmologia tradicional. Da mesma forma, “a cura remete à instauração de estratégias de resolução de conflitos que ameaçam a ordem cósmica e social, fundada na hierarquia e troca de bens e serviços entre consanguíneos e afins, jovens e velhos, homens e mulheres” (Garnelo; Buchillet, 2006:233).

Tais especificidades da compreensão do processo saúde-doença coexistem com a oferta de serviços do DSEIRN, que também são utilizados pelos indígenas no enfrentamento de seus problemas de saúde, num caráter de complementaridade, conforme proposto por Menéndez (2005, 2009).

Os desafios na formulação da diretriz da atenção diferenciada na Pnaspi

A Pnaspi não apresenta uma definição clara do que seja a diretriz da atenção diferenciada, mas podem-se desprender alguns princípios e estratégias operacionais que a norteiam. O primeiro se refere a levar “em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos (Brasil, 2002, p.6)”, sendo operacionalizado mediante o desenvolvimento e uso de “tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços (Brasil, 2002, p.6)”. O segundo propõe que se devem levar em consideração, na organização do modelo, os “sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas” (Brasil, 2002, p.8) e propõe como estratégias operacionais a preparação dos profissionais de saúde para a atuação em contexto intercultural e a articulação com os sistemas tradicionais de saúde indígena. Por fim, o terceiro se refere à participação das lideranças e organizações indígenas e indigenistas na formulação, na gestão e na execução do sistema de saúde indígena por meio da estruturação de conselhos e conferências,

¹ Desenvolvida no Programa de Doutorado em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca / Fiocruz, sob orientação do Dr. Sérgio Rego e da Dra. Luiza Garnelo.

pois também visam garantir a especificidade e adequação cultural das políticas e ações executadas nos distritos.

Observamos que na forma proposta de operacionalização da atenção diferenciada subjaz uma noção de adequação das tecnologias e dos profissionais – entendidos como partes constitutivas do modelo de atenção, conforme proposta de Paim (1999) – às singularidades culturais da população atendida. Toma-se uma forma de organização da atenção primária já existente, e se adequa nas comunidades indígenas. Nessa perspectiva, a atenção diferenciada não é entendida como elemento estruturante – nem na dimensão gerencial, nem na organizativa – dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Conforme apontado por Ayres (2009), nesse tipo de abordagem a diversidade é fonte de tensão, sendo negada e inibida.

Se agregarmos ao debate as contribuições de Bourdieu (2004, 2010), que concebe que o poder simbólico se refere às lutas estabelecidas em torno do direito de nomear e interpretar a realidade, podemos considerar que subjacentes aos modelos de atenção estão em disputa diferentes modos de intervenção no processo saúde-doença. É possível afirmar então que, para além de questões estratégicas e operacionais, a atenção diferenciada coloca em questão diferentes visões de mundo, que estão em disputa (Bourdieu, 2004, 2010), as quais não podem ser solucionadas somente de uma adequação de conceitos e práticas preexistentes e baseados, principalmente, no enfoque biomédico. Assim, as disputas simbólicas de representações e práticas de saúde existentes se tornam invisíveis, até mesmo pela tendência da biomedicina em negar ou ignorar as diferenças culturais (Menéndez, 2005).

Também observamos na literatura que a proposta de diferenciação da atenção tem recaído no plano local principalmente sobre o trabalho do AIS, mas encontram-se diversas contradições na sua operacionalização:

- O papel de mediação ou elo entre as comunidades, suas práticas locais e os sistemas de saúde é principalmente atribuído ao AIS, desresponsabilizando os demais profissionais das equipes de tal tarefa (Langdon et al., 2006; Erthal, 2003; Novo, 2009; Diehl et al., 2012). Ademais, o restante das equipes desconsidera as informações sobre as práticas locais de cuidado (Dias, 2010).

- Falta preparação aos profissionais para atuação no contexto intercultural. No caso dos AIS, quando tal preparação ocorre, limita-se a uma formação biomédica (Bruno, 2008; Langdon; Diehl, 2007; Diehl et al., 2012).
- Ocorre restrição do princípio da especificidade cultural das ações e tecnologias do sistema ao trabalho do AIS, a quem caberia garantir a aceitação e implementação local das ações da equipe de saúde. (Rocha, 2007; Dias-Scopel, 2005). Vale destacar que as ações das equipes são baseadas nas estratégias e metas dos programas nacionais, sem considerar as especificidades culturais.

Consideramos que perpassa na implementação da diretriz da atenção da Pnapi a naturalização da ideia de que a mera presença de indígenas nesse modelo – a partir da inserção dos AIS – seria capaz de garantir a adequação cultural da assistência.

A organização e uso da atenção nas comunidades indígenas

O modelo de atenção proposto pela Pnapi identifica como recursos de saúde: os postos de saúde nas comunidades indígenas onde atuam os AIS; o polo-base, local de atendimento da equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e odontólogo); e, em seguida, a Rede SUS e a Casai. Pressupõe-se, nesse modelo, que ocorrem fluxos de pacientes das comunidades indígenas para os polos-base, entre polos-base, e para a Casai e Rede SUS.

Entretanto, constatamos que os recursos de saúde utilizados nas comunidades indígenas abrangiam uma maior diversidade de formas de atenção e fluxos. Nesses locais, diante de um problema de saúde, num primeiro momento se recorria aos cuidados domésticos/familiares, com uso de plantas medicinais, e/ou dietas e automedicação com remédios industrializados, manipulados pelos membros das famílias. A estes podiam ser adicionados outros recursos existentes nas próprias aldeias, como os terapeutas tradicionais indígenas e/ou os AIS. Quando as medidas locais não se mostravam eficientes para a resolução dos problemas, as famílias podiam autonomamente recorrer a terapeutas tradicionais indígenas de outras comunidades ou pedir aos AIS que solicitassem à sede do DSEIRN, por radiofonia, orientação sobre

procedimentos ou remoção do doente para a cidade. Idealmente, o primeiro apoio aos AIS seria o atendimento feito pelas equipes multidisciplinares de saúde do polo-base mais próximo; entretanto, com frequência ocorria a remoção do enfermo para os serviços sediados na cidade.

Tomando como base a tipologia proposta por Menéndez (2005, 2009), os recursos de saúde identificados podem ser classificados em:

- forma de atenção de tipo biomédico: ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde do sistema de saúde;
- forma de atenção de tipo popular ou tradicional: curadores especialistas nativos;
- formas de autoatenção: cuidados gerenciados pelos indivíduos e famílias.

Na realidade estudada, observou-se que os sujeitos e famílias mesclam, articulam e transformam as formas de atenção disponíveis no território, conforme Menéndez (2005, 2009) aponta ser feito por meio da autoatenção. A partir de seus saberes e experiências acumulados, os sujeitos refletem, decidem e manejam de forma relativamente autônoma a busca e o uso das diferentes formas de atenção (tradicional e biomédico), caracterizando a importância da autoatenção na construção do itinerário terapêutico.

A atuação do AIS

A partir de revisão bibliográfica sobre a atuação dos AIS em diversos Distritos Sanitários, Diehl et al. (2012) identificam que várias ações são atribuídas aos AIS, de modo a se criar uma situação, denominada pelas autoras, de ambiguidade do seu papel. As autoras avaliam que, nos contextos indígenas mais isolados, os AIS possuem um papel mais claro na assistência e, nos distritos com contato regular com os demais profissionais da equipe multiprofissional, as atribuições dos AIS são mais mal definidas.

Dias-Scopel et al (2007) destacam que se encontra no trabalho do AIS um conflito de expectativas e interesses. Para os enfermeiros e técnicos de enfermagem, os agentes não deveriam executar as ações mais técnicas, mas somente o preenchimento de fichas,

distribuição de medicamento e ações de comunicação. Entretanto, a expectativa das comunidades seria de que os agentes executassem ações biomédicas, achado semelhante a outros autores (Novo, 2009; Mendonça, 2005; Silva, 2010). Nosso trabalho na região do Alto Rio Negro corrobora esses achados.

Nas comunidades estudadas, o trabalho do AIS ocorria em função das demandas espontâneas da comunidade. O AIS atendia às pessoas que o procurassem com queixa, e para as quais costumava sempre ofertar algum medicamento do limitado estoque de que dispunha. Caso sua ação não se mostrasse eficaz, ou se concluísse ser uma doença grave, o AIS entrava em contato com a sede do DSEIRN pela radiofonia e, se necessário, organizava a remoção para a cidade. Para os AIS que realizavam visitas regulares, estas tinham como objetivo restrito de detectar enfermos, que, quando identificados, eram na sua maioria encaminhados.

Outras atividades eventuais desenvolvidas pelos AIS foram a distribuição de medicação para hipertensos, palestras, pesagem das crianças e preenchimento de fichas de notificação de nascidos vivos e de óbitos. Durante a única visita do restante da equipe do DSEIRN observada no trabalho de campo, constatou-se que os agentes somente executaram atividades de apoio como limpeza, tradução e comunicação, conforme Rocha (2007) já havia descrito na região.

Assim, nas comunidades, o papel do AIS é de provedor de recursos terapêuticos do branco e os diagnósticos e tratamentos manejados por eles eram predominantemente biomédicos. Entretanto, observamos que os agentes reconheciam e valorizavam os tratamentos tradicionais na resolução dos problemas de saúde. Existia uma coexistência entre as diferentes formas de atenção, conforme também identificado por outros autores (Novo, 2009; Silva, 2010). A questão que colocamos é que os casos identificados e resolvidos pela medicina tradicional não eram registrados ou informados ao DSEIRN. Portanto, o manejo do AIS de conhecimento e recursos tradicionais fica invisibilizado no modelo de atenção.

Apesar de as tecnologias utilizadas (conhecimentos e práticas) pelos AIS serem semelhantes às adotadas em qualquer contexto urbano, pode-se destacar que a organização da rotina de trabalho e a execução

de suas tarefas eram fortemente influenciadas pela organização social local. Os agentes destacavam que não adiantava seguir um horário de trabalho igual da cidade, pois as famílias não estariam em suas casas. Na observação de campo, além do ritmo de trabalho das famílias, outros fatores influenciavam na dificuldade de estabelecimento de uma rotina fixa para os AIS, como: a) mudanças climáticas (em dias de chuva havia pouca atividade na comunidade); b) eventos comunitários, como mutirões, festas, férias e viagens; e c) as necessidades de subsistência da própria família. No campo da saúde indígena, Garnelo (2003), Dias-Scopel (2005) e Novo (2009) denominam de “lógica comunitária” esses fatores relativos às formas de organização social que influenciam o trabalho do AIS. As dinâmicas das comunidades tensionam as orientações tecno-burocráticas na organização do trabalho do AIS.

Também consideramos que a sobrevalorização, por parte dos AIS, da distribuição de medicamentos na sua atuação, tem relação com as características socioculturais locais. Garnelo e Wright (2001) discutem que, para as sociedades rionegrinas, a distribuição de recursos é uma das principais fontes de prestígio e reconhecimento social, e o AIS nos parece ser reconhecido como um intermediário ou distribuidor dos recursos do branco para as comunidades. Assim, consideramos que o papel do AIS na construção da diferenciação da atenção não ocorre tal como preconizado pela Pnasp. Existe potencial para seu fortalecimento porque os vínculos comunitários dos AIS são fortes e estes reconhecem e valorizam os conhecimentos e práticas locais, sendo desconsiderados pelo sistema oficial. Identificamos que a principal adequação cultural que ocorre no trabalho do AIS é nos modos de gerir as tecnologias de saúde.

O ponto de vista dos usuários indígenas sobre seus conflitos com os serviços de saúde

As variações de compreensões de práticas e de valores morais levam a episódios de conflitos nos serviços de saúde (Ellerby et al., 2000). A Pnasp tem como diretriz o respeito aos costumes e práticas tradicionais de cuidado, o que é entendido como parte da atenção diferenciada. Entretanto, na região do Rio Negro, os relatos dos indígenas mostraram que as instituições e os profissionais de

saúde ainda estão despreparados para lidar com essas especificidades socioculturais do processo saúde-doença.

Durante o trabalho de campo, identificou-se que a remoção para a cidade era frequentemente uma decisão conflituosa para as famílias indígenas e equipes do DSEIRN. Os AIS relatavam que muitas pessoas desistiam ou se recusavam a ser deslocadas ou permitir a transferência de familiares para a cidade. Para os profissionais de saúde, essas recusas significavam resistência ao tratamento ofertado pelo DSEIRN. Na nossa análise, esses relatos não se referiam à recusa à atenção biomédica propriamente dita, mas às barreiras culturais nos serviços e a desconsideração da perspectiva dos indígenas sobre o processo terapêutico.

Na região, percebe-se incompreensão, por parte de profissionais de saúde e gestores das diferenças socioculturais, que se expressa na inadequação cultural na forma de organizar os serviços oferecidos, como: a mistura de pessoas de diferentes etnias, entendida como uma situação de risco à saúde; a desconsideração das dietas e restrições alimentares tradicionais das famílias enfermas; a proibição de especialistas, conhecedores de plantas, pajés e benzedores realizarem seus tratamentos nos espaços dos serviços públicos; e o não reconhecimento das doenças tradicionais.

A internação em hospitais ou permanência na CASAI geram a ruptura de regras dietéticas, bastante restritivas para os enfermos e suas famílias, que alguns grupos mantêm. Essas regras não são exclusivas para o indivíduo enfermo e se estendem para a família, o que é diferente da lógica dos serviços de saúde cujo foco de atenção é exclusivamente o indivíduo enfermo.

Também coletamos relatos de que as práticas médicas tradicionais dos povos indígenas não eram respeitadas nos serviços de saúde. Para os indígenas existia o uso complementar, não conflitivo, de recursos biomédicos e tradicionais, mas para os profissionais de saúde era difícil aceitar essa coexistência. Dessa forma, para garantir um tratamento tradicional, os indígenas preferiam ficar nas suas comunidades e recusavam a transferência para outros serviços.

A maioria dos profissionais de saúde que atuam nos distritos não recebeu nenhuma preparação para atuar no contexto indígena. Vários

autores brasileiros identificam o desconhecimento dos profissionais não indígenas da história, culturas e sistemas médicos dos povos indígenas (Bruno, 2008; Langdon; Diehl, 2007; Lorenzo, 2011), e que os mesmos têm dificuldades na compreensão do que seria a atenção diferenciada (Langdon; Diehl, 2007; Langdon et al., 2006).

Ademais, nos serviços saúde, os indígenas são solicitados a tomar decisões com base em valores biomédicos, mas as decisões éticas indígenas seriam frequentemente situacionais e altamente dependentes de valores individuais e do contexto familiar e comunitário (Ellerby et al., 2000). No contexto rionegrino, o *ethos* é fortemente orientado pela família (parentesco) e vida comunal. Percebeu-se que para os indígenas era extremamente importante, na tomada de decisão, a qualidade da relação com os profissionais de saúde, principalmente o grau de confiança e de empatia.

Concordamos com autores (Garvey et al., 2004; Hanssen, 2004) que apontam que a ênfase dominante na sociedade ocidental no respeito à autonomia, entendida como uma tomada de decisão individual que prioriza o consentimento informado do enfermo, deveria ser substituída por concepções coletivistas. Além disso, cada grupo indígena apresenta uma forma de se expressar verbal e/ou corporalmente seus sinais e sintomas que podem ser incompreensíveis para profissionais não indígenas, o que leva a problemas de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes. Ademais, na tomada de decisão, as relações de poder podem ser acentuadas pelas barreiras linguísticas e hierarquias profissionais.

Os profissionais de saúde deveriam ser capazes de reconhecer os diferentes modos de tomada de decisão, de noção de família e das formas de comunicação dos usuários indígenas (Garvey et al., 2004), o que ainda é um desafio para no contexto estudado.

Considerações finais

A proposta da atenção diferenciada baseia-se na adequação das tecnologias e da atuação dos profissionais à realidade indígena. Essa formulação dificulta a incorporação das tensões e das disputas de sentidos sobre o processo saúde-doença existente na construção de modelos de atenção adequados e sensíveis à diversidade cultural.

Os povos indígenas possuem representações e práticas próprias sobre o adoecimento e cuidado, que podem ser complementadas pelos serviços ofertados pelos DSEI, de modo que nos itinerários terapêuticos os sentidos e soluções para os problemas de saúde são constantemente reformulados e negociados. Nas comunidades indígenas coexistem diferentes formas de atenção, que são articuladas, mescladas e justapostas, conforme destaca Menéndez (2005, 2009).

Mas nesse contexto, o trabalho desenvolvido pelo AIS está fortemente centrado no uso e distribuição de tecnologias biomédicas, não executando a diferenciação da atenção conforme preconizado pela Pnspi. Percebemos que as adequações culturais desenvolvidas pelos AIS se referem principalmente aos modos de gerir essas tecnologias. Consideramos que o papel dos AIS tem potencialidades para o fortalecimento da diversidade cultural, pois estes reconhecem e valorizam a importância das práticas tradicionais, que são desconsideradas pelo sistema oficial.

As ações de saúde implementadas nos distritos ainda são fortemente baseadas nos programas nacionais de saúde e na biomedicina, sem adequações significativas nas tecnologias, sistemas de informação ou de metas. Pode-se reconhecer, nas experiências dos indígenas nos serviços de saúde, que as concepções universalistas dos profissionais se concretizam num cuidado tecnicamente padronizado aos doentes, sem quaisquer considerações a suas singularidades culturais. Devemos atentar para o fato que, devido às diferenças de concepção do processo saúde-doença-cura, os usuários indígenas, quando nos serviços de saúde, podem estar se sentindo desrespeitados, discriminados ou agredidos. Esse pode ser um importante fator para a não adesão e a baixa resolutividade das ações de saúde desenvolvidas pelo sistema de saúde.

Referências

- AYES, J.R.C.M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, v.18, supl.2, p. 11-23, 2009.
- BETANCOURT, J.R. et al. Defining Cultural Competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, v.118, p.293-302, 2003.
- BOURDIEU, P. *Coisas ditas*. São Paulo: Brasiliense, 2004.

- _____. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CECILIO, L.C.O.; MENDES, T.C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? *Saúde e Sociedade*, v.13, n.2, p.39-55, maio-ago 2004.
- DIAS-SCOPEL, R.P.; LANGDON, E.J.; SCOPEL, D. Expectativas emergentes: a inserção do agente indígena de saúde Xokleng na equipe multiprofissional de saúde indígena. *Tellus*, v.7, n. 13, p.51-72, 2007.
- DIAS-SCOPEL, R.P. *O agente indígena de saúde Xokleng: por um mediador entre a comunidade indígena e o serviço de atenção diferenciada à saúde – uma abordagem da antropologia da saúde*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- DIEHL, E.E.; LANGDON, E.J.; DIAS-SCOPEL, R.P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.28, n.5, p.819-831, 2012.
- ELLERBY, J.H. ET al. Bioethics for clinicians: 18. Aboriginal cultures. *CMAJ*, v.163, n.7, p.845-50, 2003.
- ERTHAL, R.M.C. A formação do agente de saúde indígena Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In: COIMBRA JR, C.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.197-216.
- FARIA, H.X; ARAÚJO M.D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde Soc*. São Paulo, v.19, n.2, p.429-439, 2010.
- GARNELLO, L. Análise situacional da Política de Saúde dos Povos Indígenas no período de 1990 a 2004: implicações no Brasil e na Amazônia. In: SCHERES, E.; OLIVEIRA, J.A. (Orgs.). *Amazônia: Políticas Públicas e Diversidade Cultural*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- _____. *Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- GARNELLO, L.; BUCHILLET, D. Taxonomias das doenças entre os índios Baniwa (Arawak) e Desana (Tukano Oriental) do Alto Rio Negro (Brasil). *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 12, n.26, p.231-260, jul./dez. 2006.
- GARNELLO, L.; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, mar-abr, 2001.
- GARVEY, G. et al. Is there an Aboriginal bioethic? *J Med Ethics*, v.30, p.570-575, 2004.
- HANSSSEN, I. From human ability to ethical principle: An intercultural perspective on autonomy. *Medicine, Health Care and Philosophy*, v.7, p.269-279, 2004.
- LANGDON, E.J. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: Baruzzi RG, Junqueira C, organizadores. *Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e histórica*. São Paulo: Terra Virgem, 2005.
- LANGDON, E.J.; DIEHL, E.E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde Soc*. São Paulo, v.16, n.2, p.19-36, 2007.
- LANGDON, E.J. et al. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.12, p.2637-2646, 2006.
- LORENZO, C.F.G. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde. *Rev. bioét*., v.19, n.2, p.329-42, 2011.
- MENDONÇA, S.B.M. O agente indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu: Reflexões. In: BARUZZI, R.G.; JUNQUEIRA, C. (Orgs.). *Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História*. São Paulo: Terra Virgem, 2005.
- MENÉNDEZ, E. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista Antropología Social*, v.14, p.33-69, 2005.
- MENÉNDEZ, E. Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. In: _____. *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009. p.25-72.
- MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- NOVO, M.P. Saúde e Interculturalidade: a participação dos Agentes Indígenas de Saúde/ AISs do Alto Xingu. *Revista de Antropologia Social dos alunos do PPGAS-UFSCar*, v.1, n.1, p.122-147, 2009.
- PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z. (Org.). *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 473-482.
- ROCHA, E.S.C. Uma etnografia das práticas sanitárias no distrito sanitário especial indígena do Rio Negro noroeste do Amazonas. Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia) - Programa de Pós- Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2007.
- SILVA, C.D. Cotidiano, Saúde e Política: uma etnografia dos profissionais de saúde indígena. Tese (Doutorado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2010.
- WEXLER, L. Behavioral health services “Don’t work for us”: Cultural incongruities in Human Service Systems for Alaska native Communities. *Am J Community Psychol*, v.47, p.157-169, 2011.

O apoio institucional: mediação social na atenção primária à saúde

MIRNA TEIXEIRA
ANGELA CASANOVA

Introdução

A proposta do apoio institucional como dispositivo potente para a integração de práticas, políticas e atores sociais diversos e de mediação dos distintos interesses em jogo, surge no contexto de reflexão sobre o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos principais desafios a serem enfrentados para a garantia efetiva de seus princípios éticos fundamentais: universalidade, equidade e integralidade.

Reconhece-se que avanços consideráveis ocorreram ao longo desses anos, especialmente os relacionados à expansão da cobertura da atenção, ao aumento do acesso, ao desenvolvimento de iniciativas inovadoras de gestão e a um relativo fortalecimento da capacidade técnica e gerencial dos municípios, avanços esses mais relacionados à ênfase dada ao processo de descentralização. Ao mesmo tempo, no que se refere à organização da atenção e da gestão, o SUS continua a se caracterizar por uma intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas, com importantes lacunas assistenciais. O modelo de atenção atual se configura em torno da assistência às doenças agudas e aos processos de agudização das doenças crônicas, num contexto epidemiológico que se caracteriza pela tripla carga de doença, não conseguindo, portanto, coerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção da nossa população. A dificuldade de integração entre ações de promoção e vigilância com as de cunho curativo, no âmbito da atenção primária à saúde, reflete sobretudo

a lógica que vem orientando a organização dos serviços e o processo de cuidado prevalente. Acrescem-se a isso os problemas relacionados à gestão do trabalho, incluindo desde a carência de profissionais em quantidade e qualidade, até as diversas formas de precarização dos vínculos trabalhistas em curso. Ao mesmo tempo, o financiamento público continua insuficiente e com baixa eficiência no seu emprego.

Não se pode esquecer, ainda, o contexto de implantação do SUS caracterizado por fortes desigualdades sociais, econômicas e institucionais, principalmente no tocante aos municípios de menor porte populacional e com menor aporte de recursos para efetivar o conjunto de políticas que modelam atualmente o nosso sistema de saúde.

A forte indução ao processo de descentralização das ações, sem ter sido acompanhada com o mesmo vigor pela regionalização, acentuou as dificuldades de integração do sistema, seja do ponto de vista organizacional quanto político. A estrutura federalista que caracteriza o sistema político brasileiro imprime, por sua vez, uma característica importante na estrutura institucional do SUS, uma vez que, segundo Arretche (2003, p.336):

[...] no SUS o governo federal deve “regular” as decisões dos governos locais porque controla o financiamento e os mecanismos de coordenação intergovernamental, mas, como contrapeso, estados e municípios têm direitos institucionalizados de participação na formulação das regras das políticas que lhes afetam diretamente e, no limite, têm a prerrogativa de não aderir à política federal.

Desse modo, ainda que se reconheçam avanços obtidos no decorrer de seu processo de implantação, é preciso reconhecer que o SUS não teve, até o momento, a capacidade de resposta desejada na redução das desigualdades sociais e na garantia da integralidade do cuidado. Nesse contexto, o apoio institucional emerge a partir do reconhecimento da necessidade de mecanismos capazes de favorecer a integração, seja do ponto de vista da prática clínica, efetivada no encontro entre profissional-usuário; seja voltado para a integração organizacional ou mesmo como dispositivo de indução para integração de políticas nos espaços singulares de sua implementação, com vistas a favorecer o processo de regionalização.

O objetivo deste texto é apresentar o contexto de discussões e reflexões em que o apoio institucional surge e como, de acordo com seu âmbito de intervenção, pode configurar estratégias de atuação distintas, tendo no cerne de sua prática, a mediação social e, como finalidade, garantir relações de cuidado e a integralidade da atenção no contexto das práticas de saúde. Pretende-se, ainda, refletir como o apoio institucional, a partir das diretrizes, princípios e dispositivos presentes na Política Nacional de Humanização (PNH), pode se efetivar no âmbito da Atenção Primária à Saúde, como um mecanismo potente para qualificar processos, práticas e principalmente relações na garantia da clínica ampliada. Por fim, argumenta-se sobre os limites dessa estratégia e os desafios que o profissional, apoiador institucional, precisa enfrentar tendo em vista aspectos estruturais e conjunturais no âmbito da gestão, da política e da organização dos serviços de saúde que ainda não foram equacionados.

Para tanto, utilizaremos como referenciais teóricos as discussões adotadas por Roseni Pinheiro e colaboradores, no âmbito das produções teórico-práticas e políticas do LAPPIS-IMS/UERJ acerca dos conceitos de cuidado, integralidade e mediação em sua articulação com a produção de sujeitos e práticas de saúde *vis-à-vis* a garantia dos princípios e diretrizes do SUS como norteadores teóricos para as reflexões acima enunciadas. A perspectiva de que o apoio institucional se configura como mediação capaz de colaborar na formação e multiplicação de redes locais, favorecendo novos recursos de gestão e de participação de equipes e usuários, aqui apresentados, tem como base reflexões oriundas dos debates sobre redes sociais, mediações e integralidade em saúde, por meio de participação no estudo multicêntrico “Usuários, redes de mediação e esfera pública na saúde” (Pinheiro; Martins, 2011).

O apoio institucional: mediação para a integralidade

O apoio institucional é definido como o acompanhamento qualificado do trabalho de equipes de saúde e tem, como característica principal, a oferta de estratégias metodológicas para implementação das diretrizes e dispositivos da PNH. Surge no contexto de reflexão sobre a necessidade de colocar em análise a fragmentação dos processos

de trabalho no âmbito do cuidado em saúde. Deve incentivar, ainda, o trabalho com base em relações democráticas, participativas e cooperativas, estimulando a troca de saberes e experiências, a circulação de afetos e o enfrentamento de conflitos, articulando, no âmbito dos processos de trabalho, a gestão e a atenção. Para Campos, apoiar é:

Articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. Indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens ou serviços. Quem apóia sustenta e empurra o outro sendo, em decorrência, também sustentado e empurrado pela equipe “objeto” da intervenção. Tudo misturado e ao mesmo tempo (Campos, 2003, p.87).

O apoio institucional tem no cerne de sua prática, potencializar a articulação entre o cuidado e a gestão e, por isso, pode ser considerado como dispositivo capaz de fomentar a integralidade da atenção.

A integralidade possui vários sentidos no seu emprego, conforme apontado na literatura (Mattos, 2001, 2003, 2004; Paim, 2006), desde a perspectiva de integração das ações preventivas e curativas, relativo a características de políticas públicas de saúde e à sua capacidade de articulação; referente a aspectos da organização dos serviços ou ainda voltado para integração das práticas de saúde. Atualmente, esse termo tem sido empregado em termos da prioridade da garantia de acesso a todos os níveis de atenção; articulação das ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação, e abordagem integral dos indivíduos e das famílias. Pode ser compreendido ainda como um eixo organizativo das práticas de gestão, que tem na garantia de acesso aos demais níveis do sistema seu principal desafio. Desse modo, pode-se afirmar que o apoio institucional surge como dispositivo potente para promover a integralidade em seus distintos sentidos:

[...] na medida em que [a **integralidade**] constitui um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos, a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde” (Pinheiro; Mattos, 2006, p.14).

Dentre as diretrizes estabelecidas para o apoiador institucional, espera-se que ele seja capaz de atuar por meio da ativação de espaços coletivos, mobilizando os distintos atores e interesses que circulam no âmbito das relações – poder, afeto, saberes – que se estabelecem, com vistas a mediar o estabelecimento de objetivos comuns e viabilizar a pactuação de compromissos e responsabilidades. Espera-se, ainda, que ele potencialize a capacidade institucional no que se refere aos processos de planejamento, monitoramento e avaliação e amplie a capacidade crítica de gestores e profissionais, a fim de favorecer processos transformadores das práticas de gestão e cuidado, com vistas a melhoria da qualidade da atenção e aperfeiçoamento da capacidade de gestão.

Em síntese, podemos afirmar que o trabalho do apoiador envolve uma tríplice tarefa – ativar coletivos, conectar redes e incluir a multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos para a produção de objetivos comuns, na implementação de políticas de saúde. (BRASIL, 2012).

Desse modo, o apoiador institucional pode atuar tanto na esfera institucional quanto na relacional ou técnico-política. No âmbito institucional, atua como mecanismo de indução a processos de regionalização, buscando favorecer a articulação interfederativa em prol da constituição de redes de atenção a saúde (RAS). Promove ainda a solidariedade e cooperação entre os entes em torno de objetivos comuns para as regiões de saúde e fortalece a gestão em seus distintos níveis, na implementação e integração de políticas de saúde. Nesse sentido, o apoio integrado viabilizado pela atuação do apoiador institucional pode ser considerado um dispositivo estratégico importante para o aprimoramento do pacto federativo pela saúde (Brasil, 2012). Ao mesmo tempo, o apoio institucional pode ocorrer no âmbito da articulação técnico-política das diversas políticas de saúde e iniciativas vigentes, com vistas a potencializar a sinergia entre seus objetivos, estratégias e ações, cuja atuação pode ocorrer no interior da gestão federal, estadual e/ou municipal de saúde.

Ademais, no contexto de instituição de redes temáticas, consideradas estratégicas para conformação de RAS e do aprimoramento da

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a atuação do apoiador institucional pode se configurar tanto em torno da articulação das redes, como pode se orientar para a articulação entre gestão e cuidado, no âmbito de uma política específica, como a PNAB, com vistas ao refinamento da Estratégia Saúde da Família.

Qualquer que seja a esfera de atuação engendrada para o apoio institucional, a mediação social encontra-se no cerne das práticas do apoio institucional, na medida em que se considera sua ação-intervenção sendo capaz de fomentar a produção de redes sociais com vistas a propiciar a sustentabilidade de mudanças, seja na política pública como na produção de novos sujeitos e processos de cuidado (Pasche, 2009).

Martins e Pinheiro (2011) destacam que a mediação pode ser compreendida como uma “ponte” ou um “elo” entre ação coletiva, lideranças, direitos, saberes, tecnologia e mobilização. Destacam ainda o significado e a importância dos mediadores, que podem ser indivíduos ou recursos, na reprodução e na articulação de redes de saúde, favorecendo a inovação da gestão pública, fundamental para a efetivação de esferas públicas locais de participação. Ademais, a garantia da integralidade do cuidado é um desafio que exige o desenvolvimento de ações sociais e solidárias, fruto da interação democrática entre os distintos atores no cotidiano dos serviços. Para esses autores, a solidariedade é um valor democrático que adquire sentido de ação social, fomentando a responsabilização coletiva na implementação das políticas de saúde. Assim, a mediação efetuada pelo apoio institucional pode fortalecer a solidariedade como um dos elementos simbólicos de circulação nas relações sociais e técnicas envolvidas no processo de cuidado, com vistas a promover a integralidade.

O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: novos atores ou modo renovado de agir?

A terminologia “apoio institucional” surge em meio a um conjunto de reflexões sobre novas formas de fazer gestão em saúde que envolveria a cogestão dos processos de saúde (Campos, 2005) em direção a uma prática desenvolvida em conjunto pelos atores envolvidos, onde se consideram não apenas um saber no fazer saúde, mas o leque de

saberes coletivos que orientam as práticas de saúde, em contraposição a uma posição autoritária e vertical de gestão.

Tais reflexões se refletem na Política Nacional de Humanização (Brasil, 2006), que tem como princípios norteadores o reconhecimento acerca da inseparabilidade da gestão e da atenção, tendo em vista sua mútua determinação; a interdisciplinaridade no processo de produção de saberes; a consideração de que nas relações que se estabelecem no cotidiano das ações circulam afetos, saberes e poderes e a importância de se preservar a autonomia e o protagonismo dos sujeitos na construção de redes de responsabilização. Assim, o apoio busca contribuir para a reformulação dos processos de trabalho e da organização de serviços de saúde, apontando para novos modos de fazer saúde (Santos Filho et al., 2009; Pasche, 2009).

Segundo as diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização (PNH), apoio é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. É uma lógica, uma metodologia, por meio da qual se pretende desconstruir a ideia de que uma supervisão, um “super-olhar”, uma “cabeça pensante” iria, do “exterior” sem envolvimento com o espaço-tempo institucional, com o cotidiano dos serviços, prover os corpos executantes de respostas apuradas. Ao contrário, o apoio institucional tem como objetivo-chave justamente o de construir espaços de análise e interferência no cotidiano, potencializando análises coletivas de valores, saberes e fazeres e, desse modo, implementar e mudar práticas. (Vasconcelos; Morschel, 2009, p.733).

Portanto, o apoio institucional é instituído como dispositivo de mediação entre gestão e cuidado no interior da PNH, conceito este compreendido como o que é capaz de pôr em análise o que está instituído, forçando a desestabilização do que se encontra naturalizado (Santos Filho et al., 2009). Ainda assim, tem como função precípua fomentar a construção de espaços coletivos, favorecendo a inclusão de todos os atores nos processos de reformulação e/ou mudança de práticas a partir da construção de entendimentos comuns.

A proposta do apoio institucional trazida pela PNH tem no seu cerne o entendimento de que todos são corresponsáveis pela gestão

das situações de trabalho. Portanto, não se trata da figura de um supervisor que tem uma função gerencial vertical, sendo responsável pelo desempenho de um trabalho, nem a de um assessor que atuaria de forma externa com vistas a apontar aspectos do processo de trabalho que deveriam ser aperfeiçoados. Tampouco se encaixa no denominado “analista institucional”, que segundo esse autor, “sugere uma usurpação sobre quem faria as análises, se o grupo ou o Analista e o supervisor remete muito diretamente à função de controle advogada pelo taylorismo” (Campos, 2005, p.186).

A proposta de apoio advinda da PNH é a de que o apoiador trabalhe de forma horizontal, onde todos os envolvidos são corresponsáveis pela organização dos processos de trabalho e por seus resultados. Assim, a finalidade principal do apoiador institucional seria alterar a forma de intervir nos processos de trabalho em saúde por meio de uma gestão matricial que se contrapõe ao método taylorista de gestão, que pressupõe a tarefa de administrar pessoas como instrumentos destituídos de vontade ou subjetivação (Santos Filho et al., 2009; Campos, 2003).

O apoio institucional nasce, portanto, da necessidade de se instituir um novo ator que venha atuar na construção compartilhada do trabalho em saúde. Para tanto, se propõem as diretrizes e estratégias de atuação caracterizadas por uma ação intensivista, por contágio e pelo exercício de uma função de referência, por intermédio da tríplice inclusão: dos diferentes sujeitos – gestores, trabalhadores e usuários – no sentido da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade (Oliveira, 2011; Pasche, 2009). O modo de fazer seriam as rodas de conversa e os espaços de educação permanente; dos analisadores sociais – situações que colocam em análise os modelos tradicionais de atenção e gestão, desestabilizando formas e potencializando os processos de mudança, cujo modo de fazer é a análise coletiva dos conflitos e a inclusão do coletivo, seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível às percepções e aos afetos dos profissionais de saúde onde o modo de fazer é o fomento das redes (Oliveira, 2011; Pasche, 2009).

Estes modos de fazer consideram princípios e diretrizes, ou seja, orientações gerais para o processo de mudança, como acolhimento, gestão-participativa e cogestão, ampliação da clínica, fomento de redes

de valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários, ambiência e construção de memória dos processos de mudança.

No âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), o apoio institucional adquire papel central na reorientação dos processos de trabalho das equipes de saúde da família, tendo em vista que a disseminação das diretrizes e modos de fazer apontados na PNH tem sido fundamental para favorecer a efetivação da APS como estratégia de reordenamento do sistema de saúde.

O apoio institucional e matricial na Atenção Primária a Saúde: perspectivas de mediação social

A APS tem como funções essenciais a resolubilidade – capacidade de resolução de problemas inerentes ao nível de atenção primária; a comunicação – APS com capacidade para exercer o papel de centro de comunicação das RAS, ordenando fluxos e contrafluxos das pessoas e informações entre os distintos componentes das redes e a responsabilização com a situação de saúde da população de referência por meio do fortalecimento de seus atributos. São eles: o **primeiro contato**, implicando acessibilidade e uso de serviços para cada nova situação de necessidade de atenção à saúde; a **longitudinalidade**, expressa no aporte regular de cuidados e uso consistente ao longo do tempo, com estabelecimento de relações de confiança e humanizada entre equipes, indivíduos e famílias; a **integralidade**, neste caso compreendida como prestação de um conjunto de serviços capaz de atender às necessidades de saúde, nos distintos âmbitos de atuação (da promoção à reabilitação); a **coordenação**, que seria a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com reconhecimento dos problemas que exigem seguimento constante; a **focalização na família**, que significa considerá-la como sujeito da atenção, requerendo interação da equipe com essa unidade social e conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas de abordagem familiar; e ainda, a **orientação comunitária**, compreendendo que as necessidades das famílias ocorrem em função do contexto físico, econômico, social em que vivem, exigindo uma análise populacional das necessidades de saúde das famílias integradas a programas intersetoriais para o enfrentamento dos determinantes

sociais da saúde. Por fim, mas não menos importante, a **competência cultural**, que impõe a capacidade de respeito às singularidades culturais e preferências pessoais e familiares, exigindo o estabelecimento de relações horizontais entre a equipe de saúde e população (OPAS, 2011). Acreditamos que tais atributos podem ser fomentados ou mesmo fortalecidos *vis-à-vis* a incorporação dos princípios, diretrizes e estratégias formuladas no âmbito da PNH.

A Saúde da Família, como estratégia organizadora da APS, aponta a necessidade de termos profissionais de saúde com capacidade e sensibilidade para compreender o contexto sociocultural, assim como os recursos existentes nas comunidades que possam favorecer a promoção de um cuidado integral em saúde. Nesse sentido, o apoiador pode auxiliar as equipes no entendimento e na compreensão do processo saúde-doença para além do modelo biomédico, levando-se em conta a multidimensionalidade do cuidado em saúde (Tanaka, 2009). Além disso, o apoiador deve atuar junto às equipes articulando recursos comunitários e intersetoriais e elaborando conjuntamente intervenções pertinentes à complexidade dos casos.

A maioria dos casos complexos com os quais as equipes de saúde da família se deparam envolvem situações sociais complexas e diversificadas, demandando um olhar ampliado do cuidado com necessidade de articulação de diferentes saberes para seu enfrentamento (Oliveira, 2011). Por isso, a ampliação da clínica nos remete a modificação do objeto de saber e de intervenção da enfermidade/doença, para o Sujeito e seu Contexto; “a reforma da clínica moderna deve assentar-se sobre um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o Sujeito concreto, no caso, um sujeito portador de alguma enfermidade.” (Campos, 2003, p.54). Nestes casos, o papel do apoiador institucional direto às equipes, assim como dos apoiadores dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), denominados “matriciadores”, se mostra fundamental.

O apoio matricial é um arranjo organizacional, ou seja, uma metodologia de trabalho na qual os profissionais especialistas oferecem uma retaguarda tanto assistencial como pedagógica aos profissionais generalistas, numa relação de trabalho horizontal onde o saber de um complementa o saber do outro:

O apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores. (Campos, 2007, p.401).

Esse apoio matricial, que na sua práxis é denominado “matriciamento”, é um novo modo de produzir saúde que pressupõe um cuidado colaborativo entre diferentes categorias profissionais, sendo uma nova proposta de trabalho integradora, que visa transformar a lógica tradicional dos encaminhamentos, referências e contrarreferências, para a do compartilhamento de casos (Chiaverini, 2011).

Este novo modo de fazer saúde tem por objetivo questionar a racionalidade biomédica (modelos fragmentados, centrados na doença, hierarquizados) para um modelo da clínica ampliada em saúde. Assim, compreende-se por que a clínica ampliada não apenas constitui estratégia na PNH, como também constitui uma das tecnologias de humanização e da gestão no campo da saúde.

Muitos profissionais tendem a considerar tudo o que não diz respeito às doenças como uma demanda “excessiva”, algo que violentaria o seu “verdadeiro” papel profissional. A Clínica Ampliada, no entanto, não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar. Ao contrário, busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional. Trata-se de colocar em discussão justamente a fragmentação do processo de trabalho e, por isso, é necessário criar um contexto favorável para que se possa falar destes sentimentos em relação aos temas e às atividades não restritas à doença ou ao núcleo profissional. (Brasil, 2009, p.14).

O lugar do apoiador é tênue, uma vez que não se encontra nem na equipe de referência (de cuidado direto ao usuário) nem na gestão; ou seja, não está “dentro nem fora” do cuidado, e é exatamente nesse “não lugar” ou esse “duplo pertencimento”, que permite que o apoiador exerça sua função principal que é “intervir no sentido de

ajudar a compreender que a desestabilização faz parte dos processos de trabalho e que o caminho é a mobilização para provocar outras e novas desestabilizações” (Santos Filho et al., 2009, p.610). Sendo assim, o lugar do apoiador institucional na prática pode ficar “nebuloso”, e sua atuação vai depender muito da forma como se faz a gestão local, da sua capacidade de incorporar dispositivos capazes de gerar essas desestabilizações por meio da atuação dos apoiadores.

Um modo de operação dos apoiadores no âmbito das equipes é por meio da constituição de “rodas” no cotidiano dos serviços (Santos Filho et al., 2009). O Método da Roda, ou Método Paideia, foi descrito por Campos (2003, 2005) como um modo de apoiar a cogestão de coletivos utilizados para aumentar a capacidade de análise e intervenção dos grupos ou equipes na prática cotidiana dos serviços de saúde, cujos *settings* são as rodas humanas; portanto, espaços coletivos onde o papel do apoiador assume caráter fundamental.

Por outro lado, seu papel não se restringe apenas na atuação nos espaços coletivos mas também no auxílio aos grupos/equipes no que se refere à constituição desses espaços de diálogo, já que é neles que o método da roda gira. A criação desses espaços coletivos permite a constituição de sujeitos com capacidade crítica de análise, elaborando novos sentidos e significados que orientem o agir concreto. Para provocar, mobilizar, criar esses espaços, o apoiador intitucional é o mediador necessário.

A presença um apoiador institucional, em tese, implica sempre a possibilidade de controle sobre o grupo; por outro lado, facilita a abertura de linhas de comunicação truncadas (o papel de mediador) e amplia o leque de ofertas que o grupo haveria de considerar e com que lidar (incorporação crítica de racionalidade e demandas estranhas à Equipe). (Campos, 2005, p.186).

Nesse contexto, o apoio se apresenta como uma dimensão instituinte, tensionando as práticas de cuidado, fazendo com que os sujeitos reflitam sobre sua prática profissional, sobre os problemas do cotidiano, criando um espaço de produção de autonomia e de sua práxis.

Considerações finais

Discutiu-se aqui a potência do apoio, tanto institucional quanto matricial, para a integração de práticas e atores sociais, visando favorecer a clínica ampliada, considerando os desafios a serem superados com a fragmentação de serviços, programas, ações e práticas combinados a contextos de desigualdades sociais. É necessário entender o apoio como um dispositivo utilizado para fomentar, junto às equipes de saúde da família, a reflexão e conseqüente reformulação sobre suas práticas, utilizando estratégias dialógicas como o Método da Roda, que pressupõe a dinamicidade do projeto de cada coletivo e se encontra em permanente construção.

A discussão do que consiste o apoio, sua finalidade, desafios e ferramentas vem adquirindo cada vez mais vigor nos circuitos da saúde. Cabe ressaltar, no entanto, que o uso da palavra “apoio” ou “apoiador” não garante, por si, uma relação democrática de trabalho nem o compartilhamento de projetos. Conforme apontado, é preciso criar estratégias de diálogo compartilhados nos espaços de trabalho em saúde em contextos de gestão colegiada. Também identificou-se uma linha tênue entre o papel do apoio matricial e do apoio institucional na prática cotidiana dos serviços.

O apoio institucional tem sido abordado como uma função de suporte qualificado ao trabalho das equipes de saúde, tendo como característica principal seu papel de mediador social sinalizado nas diretrizes da PNH. Espera-se que seja capaz de estimular as trocas de experiências e saberes, favorecendo o entendimento comum entre diferentes atores, por meio da criação de espaços coletivos. Já o apoio matricial é utilizado quando diferentes categorias profissionais atuam integradas, num processo horizontal, com a finalidade de ampliar o escopo dos projetos de intervenção nos processos do trabalho em saúde, com o fortalecimento da solidariedade por meio de troca de saberes e ampliação do objeto de intervenção. Desse modo, pode-se dizer que o apoio matricial é um dispositivo pelo qual os profissionais especialistas oferecem auxílio assistencial e pedagógico aos profissionais generalistas, construindo um cuidado colaborativo

entre diferentes profissionais, também com a finalidade de um atendimento em saúde mais qualificado.

Ambos utilizam ações coletivas, como as rodas de conversa, e espaços coletivos, como os de educação permanente. Assim, ainda que exista alguma diferenciação entre as duas modalidades de apoio, os desafios com que ambas se deparam são os mesmos, como a rotatividade de profissionais na APS, o que dificulta um apoio continuado e o estabelecimento de vínculos e a mediação dos distintos interesses que circulam nas relações entre gestão, equipes e usuários, para que um trabalho de qualidade possa ser desenvolvido. Existe ainda, nos dois casos, a necessidade de um espaço de reflexão e formação específico para os apoiadores, tendo em vista os questionamentos que a prática do apoio suscita nesses profissionais, além de permitir a troca de experiências e a autoavaliação de suas ações. Portanto, é necessário que o apoio seja garantido também aos apoiadores, ou seja, um suporte para as ações que vem desenvolvendo.

No entanto, observa-se que apesar do acúmulo conceitual sobre o papel do apoio institucional e matricial, como dispositivos para a incorporação dos princípios e diretrizes da PNH no âmbito da APS, ainda existem desafios a serem superados para que se possa alcançar uma real efetividade em sua prática. Ainda existem dúvidas sobre o que é o apoio, como fazer esse apoio, o lugar do apoio e o papel da gestão e sua relação com o apoio, pois esse “não lugar” pode gerar, no cotidiano das práticas, uma indefinição e/ou sobreposição de funções. Ademais, na prática o apoio matricial e institucional podem se confundir, assim como haver resistências ao papel do apoiador pelas equipes e ou gestores, já que ele suscita questionamentos sobre os modos de organização do processo de trabalho e provoca mudanças de práticas.

Observa-se ainda muita dificuldade para criar espaços de encontro entre apoiadores, para troca de experiências dentro de uma lógica de cuidado fragmentada e médico-centrada. Isso remete à questão do tempo de se fazer gestão e do tempo de se fazer atenção, muitas vezes contraditórios, ainda mais no cenário atual de contratualização, com estabelecimento de metas de desempenho. O apoiador, ainda por ser um ator novo, é percebido como quem vem criticar o trabalho instituído, sendo necessária muita sensibilidade para propor um

fazer junto; criticar sem passar por cima das regras; sair do lugar de supervisão. Tensionar os contratos das relações de trabalho sem perder a ternura, com generosidade crítica e reciprocidade.

Assim, podemos dizer que o apoio é a arte da composição, da reflexão crítica, levando em conta o saber da equipe e dos usuários e que sua inserção vai depender da legitimação da gestão local e da aceitação das equipes de saúde, já que seu lugar é de apoiar, fornecer suporte, construir junto.

Referências

- ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003, v.8, n.2, p. 331-345.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (Caderno de Atenção Básica n. 27).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Oficina de qualificação do NASF* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série E. Legislação em Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Cooperação Interfederativa. *Diretrizes para o apoio integrado à gestão interfederativa do SUS*. Metodologia utilizada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) no processo de cooperação a Estados e Municípios, como forma de potencializar a sua ação. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAMPOS, G.W. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- _____. *Um Método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- CAMPOS, G.W.; DOMITTI, A.C. Apoio Matricial e Equipe de Referência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, fev 2007.
- CHIAVERINI, D.H. et al. (Orgs.). *Guia Prático de matriciamento em saúde mental*. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 216p.
- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.5, ago. 2010.

MARTINS, P.H.; PINHEIRO, R. Introdução. In: PINHEIRO, R., MARTINS, P.H. (Orgs.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011.

MATTOS, R.A. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde In: PINHEIRO, R, MATTOS, R.A. (orgs) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ / IMS/ ABRASCO, 2003 (45-60).

_____. Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, set-out 2004.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p.30-65.

OLIVEIRA, G.N. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERREIRO, V.P. (Orgs.). *Manual de Práticas de atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. *O Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2011
ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate*. Brasília: OPAS, 2011 (NAVEGADORSUS, 2).

PAIM, J. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 91-111.

PASCHE, D.F. A Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*. v.13, supl.1, p.701-8, 2009.

PINHEIRO, R. Cuidado como valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p.15-28.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Gestão em Redes*. Práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v.13, supl.1, p.603-613, 2009.

TANAKA, O.Y. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para a ampliação da integralidade da atenção. *Ciencia & Saude Coletiva*, p. 477-486, 2009.

VASCONCELOS, M.F.F. de; MORSCHER, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v.13, supl.1, p.729-38, 2009.

Anexos

Anexo 1

Carta-convite para a Oficina da Pesquisa “Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS de Rio Branco-Acre” - Áreas Programáticas

O LAPPIS - Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio Branco, realizará nos dias 25 e 26 de Agosto de 2011 uma oficina da Pesquisa “APOIO AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO SUS DE RIO BRANCO/ACRE”, com o objetivo de conhecer o processo de trabalho e a organização das Áreas Programáticas em Rio Branco. Solicitamos, para compor a oficina, a indicação de até três profissionais das seguintes áreas:

- Saúde da Mulher;
- Saúde da Criança;
- Saúde do Idoso;
- Saúde Mental;
- Saúde nas Penitenciárias;
- Saúde da Pessoa com deficiência;
- Política Nacional de Humanização.

Para a realização da oficina, é necessário que os participantes organizem, para cada área programática, uma apresentação contendo a sua estrutura organizacional, os projetos existentes, a operacionalização

de suas ações na rede de saúde e as interfaces com outras áreas. Cada apresentação deverá ter uma duração de 20 minutos (sugerimos a utilização de, no máximo, sete slides).

É importante que sejam enviadas até o dia 10 de agosto de 2011 as seguintes informações:

- 1) **referentes aos profissionais indicados:** Nome, Formação, Cargo, Instituição, Área Programática, Tempo de atuação na função, E-mail e Telefone;
- 2) **referentes às áreas programáticas:** documentos relativos à formulação e à implementação de cada política específica do último quadriênio;
- 3) **referentes à política municipal de saúde:** plano municipal de saúde, relatórios das conferências municipais de saúde, dados demográficos e epidemiológicos concernentes ao SUS de Rio Branco.

Anexo 2

Planilhas respondidas pelos grupos de trabalho na 2ª oficina de pesquisa

Planilha Grupo de Trabalho 1

Questões para discussão	Áreas Técnicas da Saúde	AT MULHER	AT TRABALHADOR	AT TABAGISMO	DIVISÃO DE HUMANIZAÇÃO	AT LEISHMANIOSE
1- Qual a importância das áreas técnicas para o SUS? 2- O que tem de bom e de ruim em dividir a organização do cuidado em áreas técnicas						
3- Que demandas sociais justificam a existência de áreas técnicas?						

Questões para discussão	Áreas Técnicas da Saúde	AT MULHER	AT TRABALHADOR	AT TABAGISMO	DIVISAO DE HUMANIZAÇÃO	AT LEISHMANIOSE
4- Quais são as ações que as áreas técnicas fazem? (foram contempladas nas apresentações) 5- Como essas ações estão presentes na rede? 6- Como a área técnica pensa a continuidade do cuidado?						
7- Que instituições estão envolvidas no trabalho das áreas técnicas?						
8- Existem experiências que tenham sido marcantes no trabalho das áreas técnicas?						
9- Que dificuldades são encontradas no trabalho de cada área técnica?						
10- Quando é necessário negociar com outros atores para realizar o trabalho da área técnica? Quais são esses outros atores?						

Questões para discussão	Áreas Técnicas da Saúde	AT MULHER	AT TRABALHADOR	AT TABAGISMO	DIVISAO DE HUMANIZAÇÃO	AT LEISHMANIOSE
11- Os usuários e os trabalhadores da saúde participam da construção ou da gestão das ações? 12- Que interfaces são necessárias para cada área técnica desenvolver suas ações? (outros trabalhadores da saúde, outros setores, movimentos sociais, conselhos de saúde...)						
13- Existe diálogo entre as áreas técnicas?						
14- Vocês fazem articulações com outras políticas públicas? 15- Existem articulações intersetoriais no desenvolvimento das ações das áreas técnicas?						

Questões para discussão \ Áreas Técnicas da Saúde	AT MULHER	AT TRABALHADOR	AT TABAGISMO	DIVISAO DE HUMANIZAÇÃO	AT LEISHMANIOSE
16- Que conhecimentos orientam as ações e intervenções da área técnica?					
17- A área técnica dialoga com a cultura popular?					
18- Para desenvolver o trabalho das áreas técnicas é importante mobilizar a comunidade, as famílias ou outros grupos sociais?					
19- Caso sim, como é feita essa mobilização?					
20- Como essa mobilização influencia o trabalho da área técnica?					
21- Existem estratégias para avaliar as ações das áreas técnicas?					

Planilha Grupo de Trabalho 2

Questões para discussão \ Áreas Técnicas da Saúde	AT IDOSO	AT HIPERTENSAO E DIABETES	AT SAUDE NA COMUNIDADE	AT CONTROLE DA TUBERCULOSE	VIGILANCIA
1- Qual a importância das áreas técnicas para o SUS?					
2- O que tem de bom e de ruim em dividir a organização do cuidado em áreas técnicas?					
3- Que demandas sociais justificam a existência de áreas técnicas?					
4- Quais são as ações que as áreas técnicas fazem?					
5- Como essas ações estão presentes na rede?					
6- Como a área técnica pensa a continuidade do cuidado?					
7- Que instituições estão envolvidas no trabalho das áreas técnicas?					

Questões para discussão	Áreas Técnicas da Saúde	AT IDOSO	AT HIPERTENSAO E DIABETES	AT SAUDE NA COMUNIDADE	AT CONTROLE DA TUBERCULOSE	VIGILÂNCIA
8- Existem experiências que tenham sido marcantes no trabalho das áreas técnicas?						
9- Que dificuldades são encontradas no trabalho de cada área técnica?						
10- Quando é necessário negociar com outros atores para realizar o trabalho da área técnica? Quais são esses outros atores? 11- Os usuários e os trabalhadores da saúde participam da construção ou da gestão das ações? 12- Que interfaces são necessárias para cada área técnica desenvolver suas ações? (outros trabalhadores da saúde, outros setores, movimentos sociais, conselhos de saúde. . .)						
13- Existe diálogo entre as áreas técnicas?						

Questões para discussão	Áreas Técnicas da Saúde	AT IDOSO	AT HIPERTENSAO E DIABETES	AT SAUDE NA COMUNIDADE	AT CONTROLE DA TUBERCULOSE	VIGILÂNCIA
14- Vocês fazem articulações com outras políticas públicas? 15- Existem articulações intersetoriais no desenvolvimento das ações das áreas técnicas?						
16- Que conhecimentos orientam as ações e intervenções da área técnica?						
17- Para desenvolver o trabalho das áreas técnicas é importante mobilizar a comunidade, as famílias ou outros grupos sociais? 18 - Caso sim, como é feita essa mobilização? 19- Como essa mobilização influencia o trabalho da área técnica?						
20- Existem estratégias para avaliar as ações das áreas técnicas?						

Planilha Grupo de Trabalho 3

Questões para discussão	Áreas Técnicas da Saúde					
	AT ADOLESCENTE	AT DST/AIDS	AT EDUCAÇÃO EM SAÚDE	AT HANSENIASE	AT SAÚDE DO HOMEM	AT SAÚDE MENTAL
1- Qual a importância das áreas técnicas para o SUS?						
2- O que tem de bom e de ruim em dividir a organização do cuidado em áreas técnicas?						
3- Que demandas sociais justificam a existência de áreas técnicas?						
4- Quais são as ações que as áreas técnicas fazem?						
5- Como essas ações estão presentes na rede?						
6- Como a área técnica pensa a continuidade do cuidado?						
7- Que instituições estão envolvidas no trabalho das áreas técnicas?						

Questões para discussão	Áreas Técnicas da Saúde					
	AT ADOLESCENTE	AT DST/AIDS	AT EDUCAÇÃO EM SAÚDE	AT HANSENIASE	AT SAÚDE DO HOMEM	AT SAÚDE MENTAL
8- Existem experiências que tenham sido marcantes no trabalho das áreas técnicas?						
9- Que dificuldades são encontradas no trabalho de cada área técnica?						
10- Quando é necessário negociar com outros atores para realizar o trabalho da área técnica? Quais são esses outros atores?						
11- Os usuários e os trabalhadores da saúde participam da construção ou da gestão das ações?						
12- Que interfaces são necessárias para cada área técnica desenvolver suas ações? (outros trabalhadores da saúde, outros setores, movimentos sociais, conselhos de saúde...)						
13- Existe diálogo entre as áreas técnicas?						

Questões para discussão	Áreas Técnicas da Saúde					
	AT ADOLESCENTE	AT DST/AIDS	AT EDUCAÇÃO EM SAÚDE	AT HANSENIASE	AT SAÚDE DO HOMEM	AT SAÚDE MENTAL
14- Vocês fazem articulações com outras políticas públicas? 15- Existem articulações intersetoriais no desenvolvimento das ações das áreas técnicas?						
16- Que conhecimentos orientam as ações e intervenções da área técnica?						
18- Para desenvolver o trabalho das áreas técnicas é importante mobilizar a comunidade, as famílias ou outros grupos sociais? 19- Caso sim, como é feita essa mobilização? 20- Como essa mobilização influencia o trabalho da área técnica?						
21- Existem estratégias para avaliar as ações das áreas técnicas?						

Anexo 3

Roteiros de Entrevista e de Observação

3.1 ROTEIRO DE ENTREVISTA

Pesquisa: Áreas Programáticas estratégicas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional

Pesquisador(a):

Dados de Identificação:

- Nome
- Área Técnica
- Cargo
- Vinculação Institucional
- Formação Profissional

Questões norteadoras:

1. Histórico da área técnica
 - Investigar a constituição da área técnica na secretaria de saúde;
 - Investigar a inserção do representante e do restante da equipe e o tempo de constituição da equipe.

2. Fluxo (uso e organização) das informações

- Identificar a organização das ações da área técnica; as lógicas utilizadas para a organização dessas ações;
- Investigar tipo de informação que circula; como a área técnica trabalha o uso das informações coletadas;
- Investigar como as informações chegam até os profissionais e usuários;
- Compreender a relação das ações desenvolvidas no nível local com o programa do Ministério;
- Identificar se o trabalho está organizado em rede e os mediadores sociais.

3. Relação da área técnica com as unidades de atenção básica

- Aprofundar sobre assessoria, capacitação e as ações que realizam nessa área;
- Investigar sobre as ações de educação em saúde;
- Levantar os conflitos existentes na interface com a atenção básica.

4. Mecanismos de avaliação

- Investigar o processo de avaliação das ações da área técnica;
- Identificar a existência de mecanismos de avaliação junto aos trabalhadores e usuários.

3.2 ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Pesquisa: Áreas Programáticas estratégicas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional

Pesquisador(a):

Dados de Identificação:

- Nome
- Área Técnica
- Cargo
- Vinculação Institucional
- Formação Profissional

Indicativos de análise

a) Indicativos de análise no âmbito da área técnica

- O funcionamento da área técnica;
- As relações de hierarquia, status e poder dentro da equipe;
- O espaço físico existente;
- As características do ambiente de trabalho no que diz respeito às salas de atendimento, aos recursos existentes e ao espaço de trabalho coletivo para reunião;
- A interface entre as áreas técnicas;
- Os documentos existentes para avaliação interna do trabalho.

b) Indicativos de análise no âmbito da execução das ações

- As atividades executadas;
- Fluxo das informações;
- A experiência de produzir materiais educativos;
- Os impasses e dificuldades e as estratégias de enfrentamento;

b) Indicativos de análise na interface com a atenção básica e com outros setores

- Relação das áreas técnicas com as unidades de saúde e com os Conselhos;
- Ações e parcerias com ONGS e privado;
- Relações extra muro;
- Organização do trabalho em rede (informal e formal)

Anexo 4

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social/UERJ

	<p>UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO Instituto de Medicina Social CEP-IMS Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Bloco D - Maracanã CEP: 20550-013 - Rio de Janeiro - BRASIL TEL: 55 (0-XX-21) 2334-0504 ramal 108 FAX: 55 (0-XX-21) 2334-2152 URL: http://www.ims.uerj.br/cep</p>	
<h3>DECLARAÇÃO</h3>		
<p>Declaramos, para os devidos fins, que o protocolo de pesquisa “Direito à saúde e a construção da integralidade no contexto das áreas programáticas estratégicas”, CAEE nº 0050.0.259.000-11, coordenado por Roseni Pinheiro, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ em reunião realizada em 22/11/2011.</p>		
<p>Rio de Janeiro, 23 de novembro de 2011</p>		
<p>ANA SILVIA GESTEIRA Secretária Executiva do CEP-IMS Mat. 6858-5</p>		

Anexo 5

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo intitulada “Direito à saúde e a construção da integralidade no contexto das áreas programáticas estratégicas” desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é coordenada por Roseni Pinheiro, a quem poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone (21) 2567-7086 ou e-mail lappis.sus@ims.uerj.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais consiste em analisar as ações das áreas técnicas da Secretaria Municipal de Rio Branco - Acre; e identificar elementos norteadores que propiciem a articulação das ações com vistas à integralidade do cuidado em saúde.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de grupo focal e/ou observação e/ou entrevista semiestruturada a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelos pesquisadores.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2334-0504 ramal 148, fax (x-21) 2334-2152 e e-mail: cep-ims@ims.uerj.br.

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Rio Branco, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

Sobre os autores

Adônidas Rodrigues Jr – Médico veterinário; especialista em Saúde Pública. Endereço eletrônico: adonidasjunior@bol.com.br

Alda Lacerda – Pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz; pesquisadora do LAPPIS e do Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde (NEDSS). Médica, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Endereço eletrônico: alda@fiocruz.br

Alderlândia da Silva Maciel – Pedagoga, professora adjunta do Centro de Educação, Letras e Artes, da Universidade Federal do Acre (UFAC). Especialista em Metodologia do Ensino Superior. Mestrado e Doutorado em Educação, na área de Políticas Públicas Educacionais. Endereço eletrônico: alder_ac@hotmail.com

Amanda Caroline Maciel Amorim – Enfermeira, especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde. Mestranda em Ensino em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo. Endereço eletrônico: a.maciellamorim@gmail.com

Ana Flávia da Costa Nobre Angel – Psicóloga; professora da União Educacional do Norte (UNINORTE/AC). Endereço eletrônico: flavianobrepsi@gmail.com

Ana Lucia de Moura Pontes – Doutora em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz; professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz. Endereço eletrônico: analupontes@fiocruz.br

Analdemyra Moreira – Enfermeira; especialista em Gestão em Saúde. Endereço eletrônico: analdemyra.moreira@gmail.com

Angela Casanova – Pesquisadora da ENSP/Fiocruz; pesquisadora do Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde (NEDSS-EPSJV) e do Grupo de Pesquisa Avaliação de Situações Endêmicas Regionais e de seus Programas de Controle (LASER/ENSP). Psicóloga, mestre em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ. Endereço eletrônico: angelacasanova@ensp.fiocruz.br

Domisy Vieira Anute – Enfermeira; especialista em Gerenciamento de Projetos. Endereço eletrônico: vieira.domisy@gmail.com

Douglas J. Angel – Administrador e professor da UNINORTE/AC; mestre em Ensino Superior. Endereço eletrônico: douglas.angel@gmail.com

Elisama Lima – Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco; coordenadora da Central de Articulação das Entidades da Saúde (CADES). Endereço eletrônico: lililima.acre@gmail.com

Emelym Daniela Tonelly – Psicóloga; coordenadora da Unidade de Acolhimento (CADES/SEMSA). Endereço eletrônico: emelym.dani@hotmail.com

Érica Faria – Enfermeira; especialista em Saúde da Família. Endereço eletrônico: erica.fabi10@gmail.com

Eufrasia Cadornin – Cirurgiã-dentista e professora da UNINORTE/AC; especialista em Odontologia em Saúde Coletiva: Saúde da Família; Gestão em Saúde; Democracia Participativa República e Movimentos Sociais; e Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Endereço eletrônico: cadornin_eu@hotmail.com

Felipe Rangel de Souza Machado – Pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz; pesquisador do LAPPIS e do Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde (NEDSS). Cientista Social, doutor em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ. Endereço eletrônico: felipemachado@fiocruz.br

Francini Lube Guizardi – Pesquisadora da Escola de Governo em Saúde da Fiocruz/Brasília. Pesquisadora do LAPPIS e do Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde (NEDSS). Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ. Endereço eletrônico: franciniguizardi@fiocruz.br

Hignês Sena – Acadêmica de Enfermagem da União Educacional do Norte (UNINORTE/AC). Endereço eletrônico: hignes.sena@hotmail.com

Hignês Sena – Acadêmica de Enfermagem da União Educacional do Norte (UNINORTE/AC). Endereço eletrônico: hignes.sena@hotmail.com

Jauane Vilela – Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Acre. Endereço eletrônico: jauane_vilela@hotmail.com

Juliana Lofego – Jornalista; professora assistente da Universidade Federal do Acre; doutoranda em Informação e Comunicação em Saúde pelo ICICT/FIOCRUZ. Endereço eletrônico: julofego@gmail.com

Julio S. Müller Neto – Médico psiquiatra e sanitarista; doutor em Ciências, professor adjunto do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Endereço eletrônico: jmullerneto@gmail.com

Luiza Garnelo – Médica; filósofa; doutora em Ciências Sociais/Antropologia pela UNICAMP. Pesquisadora do Instituto de Pesquisa Leônidas e Maria Deane/Fiocruz, em Manaus. Endereço eletrônico: luiza.garnelo@amazonia.fiocruz.br

Maurício Rebouças – Assistente Social, mestre em Serviço Social. Endereço eletrônico: mcrebou@ig.com.br

Mirna Teixeira – Pesquisadora da ENSP/Fiocruz; pesquisadora do Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde (NEDSS-EPSJV). Psicóloga, mestre em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz. Endereço eletrônico: mirnateixeira@fiocruz.br

Oswaldo Leal – Médico; mestre em Medicina e Saúde; professor assistente do Curso de Medicina da UFAC; médico da ESF no município de Rio Branco-AC. Endereço eletrônico: ms.osvaldo@uol.com.br

Rodrigo Silveira – Médico de Família e Comunidade; professor assistente da Universidade Federal do Acre; doutorando em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ. Endereço eletrônico: ropsilveira@gmail.com

Rosana Aparecida Salvador Rossit – Terapeuta ocupacional; professora da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista. Mestrado e Doutorado em Educação Especial (Educação do Indivíduo Especial). Endereço eletrônico: rorossit@hotmail.com

Roseni Pinheiro – Pós-doutorado em Direito pelo Núcleo de Direitos Humanos da PUC-RIO, em parceria com a Università degli Studi Del Piemonte Orientale Amedeo Avogadro, Itália; doutora em Saúde Coletiva; professora adjunta no IMS/UERJ; coordenadora do Grupo de Pesquisa CNPq LAPPIS. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br

Rosimara Werner – Graduada em Biologia e Biomedicina; especialista em Saúde Pública e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Endereço eletrônico: wernerrosimara@yahoo.com.br

Selma Neves – Licenciada em História com especialização em História Agrária da Amazônia, Administração Pública e mestranda em Educação. Endereço eletrônico: selmaneves@gmail.com

Sérgio Rego – Médico; pesquisador da ENSP/Fiocruz; doutor em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ. Endereço eletrônico: rego@ensp.fiocruz.br

Sonia Maria de Souza Correa – Assistente Social; especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, servidora do Instituto Nacional de Seguro Social. Ex-secretária municipal de Saúde de Novo são Joaquim, MT.

Suziany Dantas – Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Acre. Endereço eletrônico: suzydantas@hotmail.com

Thâmires Albuquerque – Acadêmica de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre. Endereço eletrônico: tamiresalbuquerqueacre@gmail.com

Tuianne Camboim Morais - Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Acre. Endereço eletrônico: tuca.cm@gmail.com

Valéria Matos – Enfermeira; especialista em Gerenciamento de Sistema e Serviços de Saúde. Endereço eletrônico: v.costamatos@gmail.com

Valgerlângela Sousa – Assistente social; gerontóloga; especialista em Saúde Pública e Gestão em Saúde. Endereço eletrônico: valger.angela@gmail.com

Verônica Loureiro – Administradora de empresas; especialista em auditoria em serviços de saúde. Endereço eletrônico: veronica.loureiro@hotmail.com.

Viviane Paza – Acadêmica de Psicologia da União Educacional do Norte (UNINORTE/AC). Endereço eletrônico: tuca.cm@gmail.com

