

Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo
Escola Pós-Graduada de Ciências Sociais
Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão e Políticas Públicas

**O APOIO INSTITUCIONAL COMO FERRAMENTA DE COGESTÃO
NA ATENÇÃO BÁSICA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE OSASCO**

GILMAR ANTONIO MENESES

São Paulo

2014

GILMAR ANTONIO MENESES

**O APOIO INSTITUCIONAL COMO FERRAMENTA DE COGESTÃO
NA ATENÇÃO BÁSICA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE OSASCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Comissão Avaliadora como exigência parcial para obtenção do certificado de conclusão do curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão e Políticas Públicas, pela Escola Pós-Graduada de Ciências Sociais, da Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo.

Orientadora: Prof^ªD^{ra} Maria Cristina Briani

São Paulo

2014

Aos meus filhos:

Carolina, Danilo e Raul

Aos meus pais:

Humbelina e José Menezes (in memória)

Gente não nasce pronta e vai se gastando; gente nasce não-pronta, e vai se fazendo. Eu, no ano que estamos, sou a minha mais nova edição (revista e, às vezes, um pouco ampliada); o mais velho de mim (se é o tempo a medida) está no meu passado e não no presente.

Mário Sérgio Cortella

Agradecimentos

Aos funcionários do Departamento de Atenção Básica, nas figuras das gestoras e gestores das Unidades Básicas de Saúde, das Apoiadoras do Núcleo de Apoio Institucional e da diretora de Atenção Básica; Gilma Rossafa. Aos meus colegas de diretoria, a Enf^a Patricia Barreira pelo apoio, dedicação e paciência, aos meus colegas de curso e em especial a minha orientadora Prof^a Dr^a Maria Cristina Briani.

Resumo:

Este trabalho tem como premissa a descrição do processo de implantação do Apoio Institucional como ferramenta não só de gestão, e sim também, da instituição da cogestão nos processos de trabalho no interior das Unidades Básicas de Saúde da Atenção Básica na Secretaria de Saúde da cidade de Osasco. Analisando o cenário encontrado, os desafios inerentes á implantação da ferramenta, com suas especificidades enquanto criação de um novo paradigma de gestão e as consequências desta nova dinâmica no interior das equipes de saúde, na busca do sistema de atenção á saúde ideal, tendo o Sistema Único de Saúde (SUS) como pressuposto básico, enquanto conquista do povo brasileiro e da participação cidadã na criação de um cenário sem exclusão.

Sumário

1. Introdução.....	01
2. Objetivos.....	02
3. Metodologia.....	03
4. Atenção Básica.....	03
5. Apoio Institucional.....	05
6. Cogestão.....	07
7. Relato sobre a experiência.....	10
8. Considerações finais.....	13
9. Referencias Bibliográficas.....	15

1. Introdução

Múltiplos aspectos relacionados à formulação de políticas, à construção do conhecimento e à implementação das práticas no setor da saúde interagem e têm como produto a maneira como se prestam os serviços de saúde em determinado contexto histórico. (Campos, 2007).

Atualmente, a baixa capacidade gerencial dos profissionais vem agravando a situação de saúde no país, associado ao sucateamento dos equipamentos e a desqualificação dos recursos humanos, agrava a precariedade do atendimento prestado nos serviços públicos de saúde (Ramires, 2004).

A hipótese de que a maioria dos métodos de gestão, desenvolvidos no século XX, tem como estratégia, explícita ou implícita, a utopia de controlar absolutamente o trabalho humano, reduzindo o espaço para reflexão e decisão autônoma durante a execução das tarefas (Campos, 2000).

Especialmente em um país como o Brasil, com profundas desigualdades socioeconômicas, permanecem vários desafios na saúde, como a ampliação ao acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde e à ampliação do processo de corresponsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar (Ministério da Saúde, 2008).

A Atenção Básica sendo um direito universal e ancorado por um Sistema Único, sob regulação do Estado, objetiva a eficiência, eficácia e equidade e deve ser construída permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial do desenvolvimento, de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle popular sobre o sistema (Mendes, 1999).

Em 1986, ocorre um dos eventos mais importantes da década de 80, a VII Conferência Nacional de Saúde, constituindo o momento apical de formatação político-ideológica do projeto de reforma sanitária brasileira, que até então não conseguia se concretizar. Esta Conferência constituiu-se no instrumento político-ideológico que influenciou de forma significativa na implantação do SUDS em 1987 e na elaboração da nova Constituição Federal em 1988. A Constituição incorporou um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes propondo uma nova lógica organizacional (Mendes, 1999).

Promulgou-se então a Lei 8080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, as Constituições Estaduais e as Leis Organizacionais Municipais. Esta lei instituiu como preceitos: saúde como direito e dever do Estado; o conceito ampliado de saúde incluindo sua determinação social; o SUS com universalidade, integralidade da atenção, igualdade, direito à informação e incorporação do modelo epidemiológico (Ministério da Saúde,1990).

Para que o SUS seja realmente implantado, desde os municípios até todo território nacional, existem os gestores que são as entidades encarregadas de fazer com que ele funcione adequadamente dentro das diretrizes doutrinárias, da lógica organizacional e seja operacionalizado dentro de seus princípios. Nos municípios, os gestores são as secretarias municipais de saúde e prefeituras, o município é o principal responsável pelo atendimento ao doente e pela saúde da população de sua área de abrangência, sendo capaz de resolver seus problemas, e quando extrapolar sua capacidade de resolução, encaminhá-lo ao serviço de maior porte (Ministério da Saúde,1990).

Desenvolver a competência gerencial impõe-se três dimensões: ao nível do saber ou dos conhecimentos, compreendendo as teorias, os conceitos, dados sobre o ambiente, difundir e implementar estratégias, organizar o trabalho e gerir o pessoal; e, por último, ao nível do saber-fazer ou das atitudes, que compreende abertura de espírito, sentido ético, empatia e pragmatismo(Dussalt, 1992). Investir no gerenciamento em Unidades Básicas de Saúde faz com que o sistema de saúde dê passos importantíssimos rumo à melhoria da qualidade da assistência prestada à população; há a necessidade de maiores investimentos na capacitação e preparo dos profissionais para a prática gerencial (Ramires,2004).

2. Objetivos

- Analisar a implantação de um projeto de cogestão a partir da utilização do instrumento de Apoio Institucional da diretoria do Departamento de Atenção Básica junto às Unidades Básicas de Saúde (UBSs) na cidade de Osasco.
- Verificar as dificuldades encontradas durante este processo, dado o perfil gerencialista vertical e divisão de tarefas taylorista existente nessas Unidades.

3. Metodologia

Pesquisa de revisão bibliográfica com busca nas bases de dados Scientific Electronic Library On-line (SciELO), fontes do Ministério da Saúde (MS), teses e dissertações publicadas entre os anos de 1999 a 2013. Além disso, o trabalho teve como importante referência o livro sobre gestão em saúde e apoio institucional do Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos com o título Saúde Paidéia. Os artigos e o livro foram analisados através de leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, tendo como palavras chave Atenção Básica, Apoio Institucional, Cogestão, Saúde, Gestão Pública.

Os artigos científicos obtidos na íntegra, em língua portuguesa que abordam o tema de gestão em saúde pública foram analisados e um fichamento dos artigos selecionados foi desenvolvido com o objetivo de obter conhecimento sobre o tema pesquisado.

4. Atenção Básica

Historicamente, a ideia de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo britânico procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (Matta, 2009).

A atenção primária ganha efetivamente relevância a partir da Declaração de Alma Ata, que a apontou como a mais importante estratégia para atingir a meta de “Saúde para todos no ano 2000” (Assembleia Mundial da Saúde, 1978). Segundo a OMS, a Atenção Primária de Saúde (APS) é tida como:

A atenção essencial à saúde baseada em práticas e tecnologias cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis a indivíduos e famílias de uma comunidade, a um custo compatível com o estágio de desenvolvimento de cada país (...). É função central dos sistemas de saúde de cada país e principal enfoque do desenvolvimento social e

econômico da comunidade (...). É o primeiro nível de contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde mais próxima possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (World Health Organization, 1978; Ministério da Saúde, 2010)

No caso brasileiro, o referencial proposto em Alma Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início de 1980, e trouxe aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos. Porém, no transcorrer do tempo e com o desenvolvimento do SUS, este referencial parece perder gradativamente sua potência sendo, cada vez mais, substituído pela concepção da Atenção Básica à Saúde (ABS) e, em meados da década de 1990, com a implantação do PSF (Programa Saúde da Família) e dos incentivos financeiros específicos dirigidos aos municípios, em especial o Piso da Atenção Básica em 1998 que resultou no fortalecimento da Atenção Básica e do PSF no âmbito municipal, percebe-se uma intensificação deste movimento (Gil, 2006).

Assim, a concepção da ABS desenvolveu-se a partir dos princípios do SUS, principalmente a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular, como pode ser visto na portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica, definindo a ABS como:

(...) um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e

continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social (Brasil, 2006).

Contudo, a eficácia e a efetividade da atenção primária/básica estão diretamente associadas à capacidade político-institucional das equipes dirigentes da saúde de organizar o sistema em rede. Da mesma forma, é influenciada pela dinâmica de interação/comunicação que se estabelece em cada unidade e em cada uma das equipes de atenção básica, o que corresponde à construção de determinadas dinâmicas de intercâmbio, reposicionamentos no trabalho e capacidade inventiva dos trabalhadores face às expectativas e exigências ético-político e clínicas da sua ação no território. Além disto, a efetividade da atenção básica é também determinada pela dinâmica das relações estabelecidas com as populações – que se expressam em contratos explícitos ou não -, que na perspectiva da inclusão cidadã deixam de ser o “alvo da ação” para se constituírem em sujeitos protagonistas da produção de saúde no território (Ministério da Saúde, 2010).

5. Apoio Institucional

Os estabelecimentos de saúde são organizações profissionais compostas por sujeitos que detêm coeficientes ampliados de autonomia (de ação, de agir deliberado), o que faz com que a gestão sofra constrangimentos para sua ação. A grande diversidade de sujeitos na composição do trabalho em saúde é definida, entre outros, pelo objeto, objetivos estratégicos, missão e posição do serviço na rede de cuidados.

Todo trabalho tem uma tríplice finalidade e produz três sentidos distintos: primeiro objetiva e interfere com a produção de bens ou serviços para pessoas externas à organização-trabalha-se para um outro por referência à equipe de operadores -; segundo, procura sempre assegurar reprodução ampliada da própria organização; e, terceiro, acaba interferindo com a produção social e subjetiva dos próprios trabalhadores e dos usuários (Campos,2003).

Ao não reconhecer que toda gestão é produto de uma interação entre pessoas, verifica-se, com frequência, tendência a se reproduzirem formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e dos usuários (Campos, 2003).

O termo Apoio procura capturar todo esse significado: não se trataria de comandar objetos sem experiência ou sem interesse, mas de articular objetivos institucionais aos saberes interesses dos trabalhadores e usuários (Campos, 2003).

A diretriz do apoio institucional é a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Assim sendo, o apoiador deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações. É, portanto, em uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão- lá onde estes domínios se interferem mutuamente- que a função de apoio institucional trabalha no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações (Ministério da Saúde, 2008).

Campos (2000) delimitou alguns lugares institucionais de onde se poderia realizar o apoio:

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

O apoiador institucional tem a função de:

- a. Estimular a criação de espaços coletivos, por meio de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre os sujeitos;
- b. Reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de conhecimentos propiciando a viabilização dos projetos pactuados pelos atores institucionais e sociais;
- c. Mediar junto ao grupo a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos;
- d. Trazer para o trabalho de coordenação, planejamento e supervisão os processos de qualificação das ações institucionais;
- e. Propiciar que os grupos possam exercer a crítica e, em última instância, que os profissionais de saúde sejam capazes de atuar com base em novos referenciais, contribuindo para a melhora da qualidade da gestão do SUS.

A função apoio se apresenta, nesta medida, como diretriz e dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, entendimento e análise de coletivos, que assim poderiam qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde para todos. (Ministério da Saúde, 2008).

6. Cogestão

A gestão se faz necessária, entre outros, por não haver previamente coincidência entre as finalidades da organização e interesses e desejos dos trabalhadores. Uma das tarefas da gestão é, portanto, construir coincidências entre os interesses e necessidades dos trabalhadores, a disposição de meios e os fins da organização. Não sendo necessária nem previamente estas coincidências, a gestão tem por objeto os conflitos derivados desta discrepância (Ministério da Saúde, 2009).

O tema “gestão” comporta processos complexos, relacionados com a demanda e necessidades de saúde, e principalmente, está relacionado com as possibilidades de resposta social. Supera os antigos processos administrativos clássicos, onde administrar era apenas ser eficiente em solucionar questões relativas a recursos materiais, humanos e estrutura física de determinada área. Não significa que isto deixou de ser cobrado, porém o pensamento mecanicista e racional não consegue dar conta de assuntos mais complexos, como aceitar novos desafios, exigências do mercado consumidor, incertezas, processos de mudanças e adaptação entre outros (Ramirez, 2004).

A tendência é subordinar o trabalho a modos de funcionamentos padronizados a priori. Tenta-se reduzir o espaço para reflexão e decisão autônoma durante a execução da tarefa. A realização dessa tarefa dependeu de uma aproximação entre o discurso próprio da gestão com o discurso científico. Para a ciência de base positivista, seria possível, mediante a acumulação de evidências quantificáveis, construir-se padrões e normas que regulassem o trabalho em um determinado processo específico. Segundo essa concepção, somente os especialistas ou os dirigentes conheceriam “*the best way*” para construir-se alguma coisa. Entretanto, conforme apontaram vários autores, essa tendência a esvaziar a capacidade de imaginação, de criação e de decisão dos trabalhadores durante o trabalho funda-se em discursos racionais sobre a natureza do trabalho humano. Aponta em diminuir ao máximo a imprevisibilidade do trabalho (Campos, 2010).

A gestão toma por objeto o trabalho humano e lida com uma multiplicidade e diversidade de interesses que nele se atravessam. O trabalho humano é composto por contradições, apresentando-se, ao mesmo tempo, como espaço de criação e de repetição; espaço de exercício da vontade e ação pelo constrangimento de outrem; trabalho para si e trabalho de mandado do outro, encarnado em sujeitos e coletivos que portam necessidades (sempre sócio-históricas). Assim, é ilusão pensar que se trabalharia sempre a favor dos interesses e das necessidades dos agentes imediatos do trabalho. Trabalhar resulta, pois, da

interação de elementos paradoxais, os quais determinam tanto a sua realização como sentido, quanto como alienação para seus agentes. Uma nova gestão do trabalho nas organizações de saúde precisa reconhecer a indissociável relação entre trabalho livre e trabalho estranhado e apontar exatamente aí inovações que permitam – no caso da área da saúde – ampliar a capacidade de produção de saúde e, ao mesmo tempo, ampliar a realização dos trabalhadores (trabalho dotado de sentido) (Ministério da Saúde, 2009).

A percepção dos gestores em relação às competências para gerir uma UBS baseiam-se em uma visão simplista que influencia diretamente o modo de operacionalização das estratégias e na dinâmica das equipes, dificultando a implementação de propostas eficazes; é importante ressaltar que no nível local eles são reféns de regulamentações que restringem severamente, no plano formal, sua autonomia. Dentre outras limitações, não contam com orçamento próprio para gerir recursos humanos, contratar, descontratar, realizar negociações salariais ou instalar mecanismos de incentivo ou sanção condicionados à produção de metas quanti ou qualitativas (André, 2007).

Podemos conceituar como ideal o trabalho do gestor em saúde que teria capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos (modos de fazer), dar diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes, pois a gestão é um campo de ação humana que visa a coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para obtenção de fins/metabolos/objetivos. Trata-se, portanto de um campo de ação que tem por objeto o trabalho humano que, disposto sob o tempo e guiado por finalidades, deveria realizar tanto a missão das organizações como os interesses dos trabalhadores (Ministério da Saúde, 2009).

A Política Nacional de Humanização entende que o trabalho é elemento substantivo da criação do homem, que cria a si e ao mundo. A autoria do mundo é condição para a construção de si. Como então, no trabalho da saúde, avançar para uma outra gestão do trabalho – e, por consequência, das organizações? (Brasil, 2007).

Como combinar democratização institucional com capacidade operacional e, portanto, com algum grau de centralização vertical, sem o qual os estabelecimentos se perderiam em discussões intermináveis ou em particularismos? Como propiciar independência e autonomia para cada equipe, sem que se perca o sentido de rede de compromissos, sem que se perca a noção de sistema, ou sem que seja comprometida a diretriz da integralidade da atenção? Como assegurar um diálogo (ou um agir comunicativo) entre usuários e técnicos? Como diminuir em alguns graus a alienação ou a burocratização atualmente verificada entre os servidores públicos? Como motivá-los, como ampliar sua capacidade de reflexão e autoestima? Como articular autonomia e criatividade com responsabilidade profissional?

O que se requer é um método de cogestão que, apoiando-se em toda esta tradição, almeje mais do que adaptar e moldar Sujeitos. Na realidade, realizar um duplo trabalho. Por um lado, assegurar o cumprimento do objetivo primário de cada organização - produzir saúde, educar, etc. -; e por outro, ao mesmo tempo, permitir e estimular os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, de cogestão e, em decorrência, de realização profissional e pessoal (Campos, 1998).

O desafio de mudança nas práticas de saúde requer a utilização de métodos que guiem e deem suporte a este intento, sem o qual mudanças mais substantivas terão dificuldades de serem implementadas e sustentadas. A Política Nacional de Humanização, uma das inovações no SUS, propõe como método a inclusão, a qual se apresenta como uma “tríplice inclusão”. Incluir sujeitos, coletivos e a perturbação que estas inclusões produzem nos processos de gestão. Assim, mudanças nos modos de cuidar e de se fazer gestão decorreriam da “produção de plano e ação comum” entre sujeitos, guiados pelo pressuposto ético de produzir saúde com o outro (Brasil, 2009).

Campos constrói, então, um método (Método Paidéia) que pode ser apresentado como a criação de espaços coletivos para o exercício da cogestão considerando a análise de demandas multivariadas, oferta de quadros de referência para sua compreensão (produção de textos) e a construção e a contratação de tarefas (corresponsabilização), considerando não só a função primária da organização de saúde (produzir saúde), mas também a produção de sujeitos (função secundária das organizações) (Campos, 2000).

Cogestão então significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processos de tomada de decisão). Assim, ela seria exercida não por poucos ou alguns (oligo-gestão), mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização, assumindo-se o predicado de que “todos são gestores de seus processos de trabalho” (Brasil, 2009).

A ferramenta utilizada e analisada do ponto de vista de sua implantação neste estudo a partir do Apoio Institucional, é o Colegiado Gestor da Unidade de Saúde que tem por atribuições definidas pela Política Nacional de Humanização as seguintes: elaborar o Projeto de Ação; atuar no processo de trabalho da unidade; responsabilizar os envolvidos; acolher e encaminhar as demandas dos usuários; criar e avaliar os indicadores; sugerir e elaborar propostas e criar estratégias para o envolvimento de todos os membros e equipes do serviço. Na atenção básica, o Colegiado é composto por representantes das equipes de atenção Básica/Saúde da Família, contemplando trabalhadores dos níveis superior, médio e elementar. No caso das unidades de saúde com mais de uma equipe de saúde da Família,

orienta-se que todas elas estejam representadas no Colegiado da Unidade, por meio de um profissional de nível superior, um agente Comunitário de saúde e um representante dos trabalhadores com formação técnica/auxiliar (enfermagem, odontologia ou outro) (Brasil, 2007).

O conceito de cogestão pressupõe então uma configuração diferenciada da lógica que define as seções e departamentos na racionalidade gerencial hegemônica, estruturada em um eixo vertical e hierarquizado de poder e outro que produz a fragmentação dos processos, dividindo os trabalhadores segundo especialidades e funções. A cogestão teria uma dupla direção: por um lado, a construção de sentido para a ação e, por outro, a garantia das condições de sua concretização, dos meios materiais e subjetivos requeridos. Os objetos de investimento dos sujeitos e a satisfação de interesses e necessidades sociais seriam as finalidades polares a operarem as organizações – ou seja, trata-se de incorporar o desejo dos trabalhadores na gestão dos processos de trabalho, sem que isto signifique desconsiderar o diálogo com as necessidades sociais (Guizardi, 2009).

Podemos entender que a emancipação advinda deste novo processo é compromisso de todos, coletivamente, no processo de luta por um mundo melhor. Como tal, é conquista que se dá diariamente e de uma maneira imediata, e a emancipação é a reconstrução da história da humanidade, sob condições de promover meio cujas relações humanas sejam solidárias, no amplo sentido do termo. Sendo deste modo um processo de intervenção política, que pressupõe mudanças significativas nas relações de trabalho, pois é através dele que o homem constrói as condições de existência, faz história. No entanto, o trabalho nos moldes capitalistas o impede de se realizar plenamente, assim exige que novas relações de trabalho sejam construídas, nas quais solidariamente seja possível todos usufruírem do resultado de sua produção (Silva, 2013).

7. Relato sobre a experiência

A cidade de Osasco, com uma área de 65 km², está situada na zona oeste da região metropolitana da Grande São Paulo, atualmente com 667 mil habitantes tem a 5ª maior população do Estado de São Paulo. Possui o 4º PIB do Estado e o 11º PIB entre os municípios brasileiros.

Atualmente o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Saúde está dividido em 10 POLOS de Saúde, num total de 35 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), com mais de

700 mil usuários cadastrados nesta rede de atendimento. Esta é prioritariamente a porta de entrada do Sistema Único de Saúde em nível municipal, dos moradores da cidade e também de inúmeros municípios vizinhos como Carapicuíba, Barueri e São Paulo, sendo, por definição da Política Nacional de Atenção Básica, a ordenadora da rede de saúde com capacidade de resolutividade de até 80% das demandas da mesma.

A rede conta com 255 profissionais médicos no quadro de atendimentos em diversas especialidades como ginecologia, clínica geral, pediatria e generalistas da Estratégia da Saúde da Família (ESF) das UBSs. Deste total, 82 são do programa federal Mais Médicos que atuam na implantação da Estratégia Saúde da Família.

O Departamento de Atenção Básica do município de Osasco tem como *missão*: planejar, coordenar e gerenciar a atenção à saúde básica do município, respeitando as especificidades territoriais e populacionais, interagindo com as demais instâncias da saúde, articulando ações intersetoriais, oferecendo um serviço humanizado e promovendo qualidade de vida. A partir da *visão* de ser referência de equipe facilitadora, norteadora, multiplicadora e apoiadora para as unidades de saúde nas questões de suporte técnico e operacional (institucional), facilitando as ações locais e empoderando os atores dessas ações (trabalhadores e população), implantando desta maneira um novo modelo de cuidados, de prevenção e promoção de saúde, melhorando os indicadores de saúde dos territórios/município.

Diante deste quadro a Diretoria do Departamento instituiu em abril de 2013 a divisão, exposta acima, em dez polos de saúde constituídos por 3 ou 4 UBS agrupadas de acordo com sua localização geográfica e perfil populacional, além da criação do Núcleo de Apoio Institucional, visando aproximar a gestão central da rede de atenção, com a função de instituir a cogestão nos coletivos e uma tríplice tarefa: ativar coletivos, conectar redes e incluir diferentes olhares e saberes nas discussões em prol de novos modos de produção da atenção e da gestão na saúde.

Para ter uma atuação com qualidade cada polo deverá contar com a atuação de um ou dois apoiadores institucionais, atualmente tem um quadro com uma coordenadora e cinco profissionais de distintas formações como: psicologia, assistência social, terapia ocupacional e gestão de unidade de saúde.

O Apoio auxilia no desenvolvimento da identidade singular de cada UBS e no trabalho voltado para a caracterização da loco-região a qual está inserida, mantendo a discussão sobre a clínica ampliada e equipes de referência em consonância com as equipes de apoio matricial e demais componentes da rede de saúde, permitindo o enfrentamento do

desafio de construção de uma atenção à saúde com excelência técnica e humanizada, baseada nos princípios e diretrizes do SUS.

O programa foi iniciado em abril de 2013 com um quadro de um apoiador para cada um dos dez POLOS em que as 35 UBS foram divididas, apoiadores estes que estavam no quadro das coordenações existentes na Diretoria do departamento. Porém, no período até agosto daquele mesmo ano este quadro de apoiadores se viu reduzido a três apoiadores e a coordenadora, fato que dificultou a implantação e a presença em um maior tempo do apoiador junto às equipes de saúde de cada Unidade, pois as reuniões passaram a ser feitas conforme o agrupamento definido na divisão preconizada (em POLOS de 3 ou 4 UBS) e não mais com uma equipe de cada vez, mesmo assim o processo de discussão em roda e de forma horizontal foi amplamente disseminado nestas reuniões de POLO, criando um novo fórum de discussão e avaliação das demandas das Unidades junto à Diretoria.

No momento atual com a incorporação de mais duas apoiadoras, iniciou-se o processo de instituição dos Colegiados Gestores das Unidades de Saúde, com a definição dos membros da equipe que farão parte deles e a periodicidade de seus encontros, com o intuito de indução articulada do processo de cogestão e divisão de responsabilidades quanto à gestão da Unidade e da atenção a saúde daquele território.

Durante esse processo de implantação da divisão em Polos de Saúde e da ferramenta do Apoio Institucional junto às 35 UBS, ficou claro que a motivação quanto a necessidades de mudanças existe, porém dado a descontinuidade no que tange às políticas implantadas anteriormente em outras gestões deste Departamento, fez-se necessário demonstrar junto aos trabalhadores que as mudanças deverão ser apropriadas por eles, como conquistas do processo de institucionalização da cogestão e não de uma Diretoria, para que assim tenha continuidade, independente de qualquer troca de comando na direção, perenizando a institucionalização dos avanços alcançados.

8. Considerações Finais

Ao se pensar em um processo que leve a mudança de uma concepção de mundo, Gramsci sugere que os objetivos da ação estejam claramente definidos; que quem esteja propondo ou querendo implantar uma nova concepção de mundo tenha bastante prestígio e credibilidade junto aos grupos cuja concepção se deseja mudar; que se acompanhe de perto a incorporação da nova concepção e, sobretudo, que não peça às pessoas, grupos, categorias sociais ou classes o que elas não estão querendo e podendo fazer. Com este conselho, Gramsci tenta evitar a tentação mecanicista que não considera a vontade das pessoas no processo de intervenção social e também para evitar a postura voluntarista que não dá a devida importância às possibilidades reais de uma situação. A liberdade da ação, para ele, estaria, então, em tomar na devida consideração os limites e possibilidades das pessoas e da própria realidade sobre a qual se esteja atuando (Gramsci, 2001).

A citação acima explicita claramente a instituição do que é a ferramenta Apoio Institucional: estar junto, buscar em conjunto novas saídas, criar a partir de discussões horizontais uma nova via de gestão do trabalho em saúde e valorização de uma política social que é tão cara a nós brasileiros, como é o Sistema Único de Saúde.

O processo de construção de uma gestão participativa e efetivamente democrática só tem êxito se levarmos em consideração algumas premissas como o prazer de participar da criação desse novo espaço de poder. O poder de expressar os modos de sentir, sonhar, pensar, querer, lutar, se expressar. Um poder de quem tem base social, de quem interpreta dimensões coletivas e que se baseia na discussão, na busca do consenso possível e não em decretos, leis, prêmios, castigos, chantagem, dominação ideológica e, se preciso, em forças armadas. É esse poder de expressar que tem o nome de hegemonia, em contraposição ao poder exercido pela força real ou simbólica, a dominação. Na definição do Método Paidéia de Gastão Wagner, uma das ferramentas utilizadas na elaboração deste estudo, admite-se então o resgate da fala, sobretudo numa sociedade de silêncio e medo, as reuniões em que se aprofundam as origens e possíveis soluções para os problemas, as mais diversas técnicas e dinâmicas de integração grupal, relaxamento e descontração, bem como as votações para definir maiorias, minorias, consensos e unanimidade, são instrumentos e ocasiões de participação quando utilizados numa perspectiva de aprendizagem da capacidade de expressar, fazer valer e viabilizar interesses; tomar gosto em ser dono do próprio destino; se fazer tomar em consideração; querer ser quem decide em vez de querer alguém decidindo por si.

À medida que a saúde se tornou um importante fator para o desenvolvimento humano e social, o setor da Saúde assumiu papel de destaque na economia local, nacional e mundial. O avançar da organização da atenção à saúde e a crescente complexidade da prestação de serviços de saúde têm determinado a necessidade de estruturação de novas formas de organizar os processos de trabalho, nessa área, que respondam a uma demanda social por serviços de qualidade. A utilização do método da roda aposta na possibilidade de se instituírem sistemas de cogestão que produzam tanto compromisso e solidariedade com o interesse público quanto à capacidade reflexiva e autonomia dos agentes de produção. Apostando de fato na democracia, e radicalização da participação cidadã como efetivos instrumentos de gestão pública.

Uma última lembrança de Gramsci, convém, na atuação educativa-política de cada dia, ser bastante intransigente no que se refere a princípios e bastante tolerante na utilização dos meios, sob pena de se conceder aos inimigos o que não seria permitido e, ao mesmo tempo, nada perdoar de amigos, aliados e parceiros, mesmo quando o que esteja em questão sejam simples modos diferentes de atuar.

9. Referências Bibliográficas

André AM, Ciampone MHT. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. Revista da Escola de Enfermagem da USP.vol,41.n.esp.São Paulo.Dez.2007.

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. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. v2. Brasília (DF).2010.

_____.Ministério da Saúde. Gestão Participativa e Cogestão. Secretaria de Atenção à Saúde.Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.Brasília(DF).2009.

_____.Ministério da Saúde.Política Nacional de Humanização: Documento Base. 3ªed.Brasília (DF).2007.

_____.Portaria n.648, de 28 de março de 2006.Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM_648.htm. Acesso em maio de 2014.

Campos CEA. As origens da rede de serviços da atenção básica no Brasil: O sistema distrital de administração sanitária. História, Ciência, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, v14, num.3, p.877-906, jul-set.2007.

Campos GWS. Um método para análise e co-gestão. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. O anti-taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cadernos de Saúde Pública. v14,n4.Rio de Janeiro.Out-dez,1998.

_____.Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. Ciência e Saúde Coletiva. v15.n5.Rio de Janeiro.Ago-2010.

_____.Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. Revista Organizações e Democracia, Marília, v11,n1,p.31-46,jan-jul,2010.

_____.Saúde Paidéia. 3ª Ed.São Paulo: Hucitec.2003.

Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181,jun.2006.

Gramsci, Antonio. Cadernos do Cárcere. Rio de Janeiro: Civilização, 2001. Vol 1 e 2.

Guizardi LF, Cavalcanti FOL. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*.v20,n4,Rio de Janeiro.Dez,2010.

Matta GC, Morosini MVG. Atenção Primária à Saúde. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, 2009. Site: [\(\[HTTP://www.epsj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html\]\(http://www.epsj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html\)\)](http://www.epsj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html). Acessado em /2014

Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: TeixeiraCF, UnglerCVS, GregoC, Araújo EC, MendesEVetal.*Distrito Sanitário: O processo de mudança das prática sanitárias do Sistema Único de Saúde*.4ªed.São Paulo:Hucitec;1999.p11-9.

Ramires EP. Gerenciamento em Unidades Básicas de Saúde: Conhecendo experiências. *Arq. Ciência Saúde* 2004. Out-dez:11(4):205-9.

Silva LE. O sentido e significado sociológico de emancipação. *Revista eCurriculum*,n.11,v3,set/dez.,2013.São Paulo. Disponível em [HTTP://revistas.pucsp.br/index.php.br/curriculum](http://revistas.pucsp.br/index.php.br/curriculum). Acessado em março de 2014.