

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA – FESF-SUS
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ROBERTA ALVES LOPES

**GESTÃO COMPARTILHADA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
CONTRIBUIÇÕES DO APOIO INSTITUCIONAL PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE UM
COLEGIADO GESTOR EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) NO
MUNICÍPIO DE CAMAÇARI/BA**

CAMAÇARI/BA
2018

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA – FESF-SUS
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ROBERTA ALVES LOPES

**GESTÃO COMPARTILHADA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
CONTRIBUIÇÕES DO APOIO INSTITUCIONAL PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE UM
COLEGIADO GESTOR EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) NO
MUNICÍPIO DE CAMAÇARI/BA**

Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), em formato de Artigo Científico (Relato de Experiência), apresentado como requisito final e obrigatório à Residência Multiprofissional em Saúde da Família, no âmbito da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), para a obtenção do título de “Especialista em Saúde da Família”.

Autora / Residente Responsável:

Roberta Alves Lopes

Orientador Responsável:

Esp. Renan Vieira de Santana Rocha

Coorientadora Responsável:

Esp. Amanda Menegola Blauth

**Camaçari/BA
2018**

RESUMO

A gestão hegemônica trouxe várias alterações nos processos de trabalho em saúde. No SUS, a descentralização de poder e instalação de conselhos e conferências de saúde mudaram também a forma de gerir do Estado em relação a saúde. Como um dispositivo que utiliza tecnologias leves, o Apoio Institucional é reconhecido na PNH como um instrumento de intervenção que traz um novo modo de fazer cogestão, viabilizando a criação do modo de trabalhar compartilhado e vem como uma forma complementar as funções gerenciais. Dessa forma, o produto de determinado serviço passa a ser um produto construído por um coletivo, de forma que todos os participantes sejam responsabilizados pelo início, meio e fim. Esse trabalho é um relato de experiência e tem como objetivo compartilhar o processo de implementação de um Colegiado Gestor em uma Unidade de Saúde da Família do Município de Camaçari/BA, assim como relatar a experiência de uma residente na função de Apoio Institucional no processo de implementação do Colegiado Gestor. Apesar de um modelo ainda tradicional de gestão, observou-se como o Colegiado gestor contribuiu para que houvesse descentralização de decisões e responsabilidades locais. Espera-se que este relato incentive a implementação do Colegiado Gestor em espaços de decisão, principalmente nas unidades básicas de saúde como forma de fortalecer os princípios do SUS.

Palavras-chaves: Apoio Institucional, Colegiado Gestor, Gestão Compartilhada; Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. METODOLOGIA	11
3.1 Contexto do Relato	12
3.2 Processo de Construção do Colegiado Gestor	12
3.3 Estrutura do Colegiado Gestor	14
3.3.1 Formação dos Membros do Colegiado	14
3.3.2 Pautas do Colegiado Gestor	15
3.3.3 Frequência das Reuniões	17
4. RESPONSABILIDADES DO APOIO INSTITUCIONAL NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO COLEGIADO GESTOR	19
5. PAUTAS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO COLEGIADO GESTOR	23
5.1 Territorialização	23
5.2 Acolhimento	25
5.3. Construção de Agendas	27
6. ANGÚSTIAS DA EXPERIÊNCIA NA FUNÇÃO DE APOIO INSTITUCIONAL	29
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	44

1. INTRODUÇÃO

Em 1988, com a nova Constituição Federal, o País volta ao regime democrático. O Sistema Único de Saúde (SUS), resultado da reforma sanitária brasileira, foi criado por essa mesma Constituição após o sistema de saúde centralizado, verticalizado e excludente, consolidado anos antes, se esgotar depois de muitas lutas a favor da saúde pública universal. Assim, a nova Constituição transforma a saúde em direito de cidadania e da origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde. Dessa forma, o novo sistema de saúde inclui todos os cidadãos no que diz respeito a condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação da saúde (PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

Após a criação do Programa de Agentes Comunitários (PACS), em 1991, com a intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e melhorar as ações de prevenção e promoção da saúde, o Ministério da Saúde adotou o modelo de Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, como uma alternativa ainda mais forte de fazer com que a atenção básica fosse mais resolutiva, oportuna e humanizada, se tornando uma das mudanças mais significativas na saúde que já aconteceu no Brasil (BRASIL, 2000).

Em 2010, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Ministério da Saúde estabeleceu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica nos municípios brasileiros, garantindo financiamento tripartite. Assim, como responsabilidade dos municípios, os mesmos deveriam inserir a Estratégia Saúde da Família em sua rede de serviços como prioridade de organização da atenção básica. A ESF objetiva a ampliação da resolutividade e o aumento do impacto na situação de saúde das pessoas, assim, é notório o motivo de ser considerada uma estratégia tão forte para SUS. Dessa forma, a equipe de saúde de uma ESF é multiprofissional, composta por, no mínimo: um médico generalista ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Para as equipes de saúde bucal acrescenta-se a essa equipe o cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

Entretanto, em 2017, uma nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi aprovada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), lugar que reúne representantes das três esferas de governo. A PNAB 2017, além de ainda estabelecer a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária, passa a financiar outros tipos de equipes, o que pode servir de incentivo aos municípios a não implantação da ESF, mesmo com tantos avanços que a estratégia trouxe para a atenção básica no País. Além de muitas outras mudanças que alteram a rotina das equipes de Saúde da Família, a nova legislação altera também o número de profissionais nas equipes, que permanece com o número mínimo de médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, mas reduz o número obrigatório de agentes comunitários de saúde (ACS), passando de quatro para um nas equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2017).

Apesar de todo o contexto de luta que o SUS passou e ainda tem passado, no decorrer dos anos, políticas e programas foram criados para a melhoria do cuidado da assistência, do acesso e da gestão. Dentre as diversas políticas públicas criadas, o Ministério da Saúde lançou, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), incentivando a transversalidade por meio de adesão. A PNH fortalece o SUS, uma vez que se estrutura em princípios que dão maior autonomia e protagonismo aos sujeitos (gestor, trabalhador e usuários), além de um modelo de gestão não dissociada da atenção. Fundamenta-se também em diretrizes voltadas à implementação da cogestão e da clínica ampliada (BRASIL, 2003).

Pasche e Passos (2010), afirmam que a PNH nasceu como um movimento tanto de avanços quanto de desafios, superando problemas da própria formulação do SUS. Assim, a PNH traz dois grandes objetivos: qualificar a política pública para que produza uma maior e melhor saúde e ampliar o valor de uso das práticas do SUS, fazendo com que a sociedade ratifique sua opção de política pública de saúde. Incluir trabalhadores nas decisões e provocar uma maior autonomia do paciente no seu próprio cuidado é desafiante para o SUS, mas é isso que a PNH propõe. A prática de cogestão no processo de trabalho em saúde, modifica as práticas gerenciais e assistenciais, afirmando a inseparabilidade de atenção e gestão, o que é positivo para a continuação da construção do SUS que queremos.

1.1. Gestão Compartilhada e Apoio Institucional

A gestão hegemônica trouxe várias alterações nos processos de trabalho em saúde. No SUS, a descentralização de poder e instalação de conselhos e conferências de saúde mudaram também a forma de gerir do Estado em relação a saúde, responsabilizando as três esferas de governo. Campos (1998) sugere uma nova metodologia de gestão para estabelecimentos de saúde, que se difere da Teoria Geral de Administração (TGA) de Taylor, onde o modo de administrar é delegando padrões e normas, diminuindo a autonomia e iniciativa crítica, domesticando os comportamentos do trabalhador. Assim, o autor traz novos conceitos de gestão que podem ser denominados como gestão colegiada, gestão democrática ou gestão colegiada centrada em equipes de saúde.

Campos (1998), enfatiza em sua nova metodologia de fazer gestão, que essas denominações de gestão hegemônica não substituem nem devem ser confundidos com os conselhos de saúde, onde existe participação majoritária de usuários. O que o autor denomina como gestão colegiada ou democrática, tem função operacional, interna às organizações e aos estabelecimentos e assim, estão subordinadas aos conselhos de saúde. Assim, existe uma diferença entre gestão participativa, que está ligada a participação majoritária dos usuários, líderes comunitários e controle social, e a Gestão Compartilhada, que está relacionada a uma descentralização das decisões nos processos internos de trabalho.

Campos et al (2014) traz em seu conceito mais amplo uma maneira de enxergar essa cogestão como um exercício compartilhado do governo de um determinado programa, serviço, sistema ou até mesmo política. Afirma que essa forma de compartilhar o governo implica na coparticipação de sujeitos com distintos interesses e diferentes inserções sociais em todas as etapas do processo de gestão: definição de objetivos e de diretrizes, diagnóstico, interpretação de informações, tomada de decisões e avaliação de resultados. Dessa forma, o produto final de determinado serviço passa a ser um produto construído por um coletivo, de forma que todos os participantes sejam responsabilizados pelo início, meio e fim.

Para que aconteça essa cogestão, são necessários dispositivos como forma de tecnologia para facilitação de bons resultados. Merhy e Feuerwerker (2009), trazem a ideia de que a tecnologia não envolve apenas os equipamentos, ferramentas e instrumentos envolvidos na produção, mas também um saber tecnológico e um modo de operação, que dão sentido ao que

será ou não a razão instrumental do equipamento, ou seja, a mente que está por trás de toda a construção. Merhy (2002) classifica as tecnologias leves em saúde como tecnologias de relações como acolhimento, vínculo e gestão orientando processos. Classifica também outros tipos de tecnologias, que são as leve-duras, saberes estruturados como a clínica, a epidemiologia, o taylorismo; e as tecnologias duras, definidas como equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais. Assim, as práticas de saúde são consideradas trabalho que utilizam tecnologias porque visam produzir efeitos e buscam alterar um estado.

Como um dispositivo que utiliza tecnologias leves, o Apoio Institucional é reconhecido na PNH como um dispositivo de intervenção que traz um novo modo de fazer cogestão, viabilizando a criação do modo de trabalhar compartilhado e vem como uma forma complementar as funções gerenciais. Assim, o apoio se insere nos processos de produção de saúde para contribuir nessas novas formas de gestão (GUEDES; ROZA; BARROS, 2012). Dessa forma, na rotina de serviço, o apoio deixa a forma tradicional de gerência e propõe um modo mais interativo, construtivo, levando em consideração os interesses dos trabalhadores e usuários, mobilizando um espaço coletivo, com trocas de saberes e responsabilidades, provocando o aumento da capacidade de analisar e intervir em processos (BRASIL, 2006).

O Sistema Único de Saúde traz a lógica de descentralização e responsabilização dos diversos entes, para que, dessa forma, as decisões do processo de trabalho passem a ser compartilhadas também a partir da PNH. O espaço coletivo propõe encontros entre sujeitos com diferentes interesses e papéis institucionais, construindo oportunidade para análise e tomada de decisão sobre temas relevantes. Assim, na PNH cria-se colegiados de gestão, para que haja participação de gestores e de trabalhadores, equipes de referência, entre outros, nas tomadas de decisão (CAMPOS et al, 2014). Dessa forma, essa tecnologia pode ampliar o diálogo entre os trabalhadores, população e a administração, promovendo gestão participativa, colegiada e compartilhada (BRASIL, 2006).

Para se efetivar a cogestão, o Apoio Institucional é um dos recursos metodológicos que compõem o método Paideia ou da Roda, que objetiva ampliar a capacidade de analisar e operar sobre algo. O método busca compreender e interferir nas dimensões do poder, do conhecimento e do afeto. Assim, a metodologia amplia a capacidade de as pessoas lidarem com poder, saberes e afetos ao mesmo tempo que estão trabalhando e cumprindo suas tarefas. Dessa forma,

estabelece relações dialógicas com compartilhamento de conhecimentos e poder (FERNANDES e FIGUEIREDO, 2014; CAMPOS 2014).

Campos (2014) afirma que a gestão é o produto de uma interação entre pessoas e o apoio objetiva cuidar da formação Paideia, ampliada e dos sujeitos envolvidos, pressupondo a cogestão, negociação, mediação de conflitos, composição articulada de projetos, e contudo, contribuindo para que os agentes consigam cumprir sozinhos esses compromissos. Assim, o apoio em todos os momentos deve-se colocar na roda e permitir-se a diversas possibilidades de inclui-se no processo e sofrer do método Paideia junto com os outros membros.

Após o conceito de saúde ter se ampliado e diante de diversas situações vividas no SUS, a contribuição dos profissionais são de extrema importância para a resolução e enfrentamento de problemas, uma vez que determinado profissional focado em sua própria área pode ter dificuldade de fazer o enfrentamento sozinho de forma adequada e eficaz. Assim, uma visão holística contribui para uma ampliação do cuidado e gestão dos processos, que serão realizados por toda a equipe. Entretanto, ainda existe um grande desafio para introduzir um modelo de gestão democrático e romper com o autoritarismo, deixando de lado o modelo de administração centralizado e implantando uma gestão feita pelo coletivo, ampliando as responsabilidades éticas na construção do SUS (PONTE; OLIVEIRA; ÁVILA, 2016).

Este relato se justifica uma vez que o programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF/FIOCRUZ traz em seu plano de ação alguns projetos que visam humanizar a atenção básica, intervindo de forma a fortalecer a PNH nas unidades básicas de saúde do município de Camaçari-BA através da implementação da Gestão Compartilhada nas unidades e estabelecendo as residentes sanitárias como Apoio Institucional das equipes de saúde da residência. Assim, como a região quatro, a qual está implantado o Programa de Residência Integrada, foi utilizada como projeto piloto para a implementação do Colegiado Gestor, espera-se que este relato seja utilizado como incentivo para a implementação desse processo nas demais unidades de saúde do município.

A experiência a ser relatada foi realizada no período de Abril de 2016 a Abril de 2017 e, portanto, tem-se por objetivo compartilhar a experiência do processo de implementação de um Colegiado Gestor em uma Unidade de Saúde da Família do Município de Camaçari/BA, assim como relatar a experiência de uma residente na função de Apoio Institucional no processo

de implementação do Colegiado Gestor; os métodos utilizados para a implementação do Colegiado Gestor; e sugerir ações de melhorias para a implementação do Colegiado Gestor no Município de Camaçari/BA.

2. METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como um relato de experiência, de natureza qualitativa e descritiva, baseado na vivência de uma residente na função de Apoiadora Institucional no município de Camaçari-BA. Foi-se utilizado, além de memórias e afetos vividos, o registro em diários, portfólios e demais documentos institucionais.

A experiência relatada se deu em uma Unidade de Saúde da Família de Camaçari-BA, que foi campo de práticas do Programa de Residências Integradas em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família, da Fundação Estatal Saúde da Família, em convênio com a Fundação Oswaldo Cruz (FESF-SUS/Fiocruz).

O município de Camaçari, situado a aproximadamente 41 km de Salvador, é dividido em oito Regiões de Saúde, coordenadas pela atenção básica do município através do Apoio Institucional. Dentre essas oito regiões, a Região Quatro é onde está implantado o Programa de Residência Integradas da FESF-SUS/Fiocruz. Na Região quatro, as residentes sanitaristas assumem a função de Apoio Institucional de 16 equipes mínimas e dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), divididas em cinco unidades de saúde, ambas equipes compostas apenas por residentes.

Este relato foi escrito por uma residente sanitarista bacharel em saúde coletiva, no primeiro ano da residência, tendo o primeiro contato com a função de Apoio Institucional. O período deste relato na USF Nova Aliança foi compartilhado com mais uma enfermeira sanitarista do primeiro ano (R1), que esteve presente nas vivências de apoio no período de março a outubro de 2016; uma residente bacharel em saúde coletiva do segundo ano (R2), que esteve presente nas vivências de apoio deste relato de março a agosto de 2016; e uma residente bacharel em saúde coletiva do segundo ano (R2), que esteve presente nas vivências de apoio deste relato de outubro de 2016 a março de 2017. Grande parte das experiências aqui relatadas foram também compartilhadas com as residentes sanitaristas (R1 e R2) que estavam assumindo o Apoio Institucional das outras quatro unidades de saúde da Região Quatro.

3. APRESENTANDO A EXPERIÊNCIA

3.1 Contexto do Relato

O relato de experiência se deu na região Metropolitana de Salvador, município de Camaçari, situado a aproximadamente 41 km de Salvador. Segundo o último censo do IBGE, em 2010, Camaçari possui uma população de 231.973 habitantes em zona urbana e de aproximadamente 11.000 habitantes em zona rural. A cidade possui o maior território da região metropolitana e têm o maior PIB industrial do Nordeste. É o município mais industrializado do Estado, correspondendo a 35% das exportações, além de abrigar o polo industrial responsável por 30% do PIB baiano (BRASIL, 2017).

Como sinalizado anteriormente, o município é dividido em oito regiões, sendo a Região Quatro aquela de abrangência do Programa de Residências Integradas. Tendo em consideração o fato de que o modelo de cogestão e o Método Paideia são prerrogativas no processo de trabalho deste Programa, todas as unidades da Região Quatro tiveram a missão de implantar o Colegiado Gestor como um projeto-piloto para todo o município. Esse relato se especifica na implementação do Colegiado Gestor na Unidade de Saúde da Família (USF) Nova Aliança, situada na Região Quatro.

A USF Nova Aliança, era composta por quatro equipes de família para uma população estimada em 13 mil habitantes. A equipe mínima era composta por médicos, dentistas e enfermeiros, e o NASF composto por fisioterapeutas, professores de educação física e nutricionistas. A equipe da unidade era também composta por uma gerente, duas técnicas administrativas, quatro técnicas de enfermagem, uma agente de saúde bucal (ASB), uma vigilante patrimonial, duas auxiliares de limpeza e uma médica do município que também fazia a função de preceptora.

3.2 Processo de Construção do Colegiado Gestor

A implementação do modelo de Gestão Compartilhada se deu orientada nos princípios dispostos na Política Nacional de Humanização (PNH), que o próprio SUS estabelece. Uma vez que a USF estava sem o profissional responsável pela gerência da unidade, uma medida de emergência foi convidar a gerente de uma UBS próxima da região para auxiliar nos processos

administrativos da USF Nova Aliança. Em meio à dificuldade de dividir uma gerente com uma USF e uma UBS, foi-se necessário a construção do Colegiado Gestor para que as decisões não ficassem centralizadas apenas em uma pessoa e conseqüentemente não a sobrecarregasse. Foi então que se iniciou o processo de implantação do Colegiado Gestor, com a ajuda das profissionais sanitaristas que estavam na função de Apoio Institucional da unidade. É importante esclarecer que as residentes sanitaristas do segundo ano iniciaram o processo de implantação do Colegiado Gestor na USF, e nós, as residentes do primeiro ano ficamos com a responsabilidade de fazer esse processo continuar e ser implementado de maneira adequada.

Para início, várias agendas do Apoio Institucional foram focadas na implementação do Colegiado Gestor. Essas agendas aconteceram entre as próprias apoiadoras, como forma de discussão e análise de estratégias para que fosse possível essa realização. Vários desafios na construção de significados foram encontrados. Antes mesmo de se iniciar o processo de construção com as equipes, foi necessário construir uma base sólida entre as próprias apoiadoras para que houvesse um consenso sobre como faríamos essa implementação de forma mais homogênea possível.

Assim, além de trabalhar a compreensão do conceito sobre cogestão, houve a necessidade construir conceitos que se trabalham dentro de um Colegiado e um dos primeiros a ser definido foi o conceito de consenso. Ao se trabalhar em colegiado precisa-se também trabalhar com definições de conceitos. Entender conceitos utilizados nos processos de cogestão é fundamental para um bom andamento e funcionamento das reuniões. Assim, a definição clara do conceito de consenso é fundamental, uma vez que é importante entender que mesmo que não seja decidido aquilo que particularmente se quer, é necessário pensar num todo e trabalhar em equipe, entendendo que mesmo em discordância é necessário haver um consenso.

Durante o processo de implantação do colegiado, ter qualquer documento para que usássemos como respaldo foi preponderante, inclusive para a equipe. Assim, para o projeto de implantação do Colegiado Gestor, foi criada uma orientação/nota técnica específica do Programa de Residência para orientar a implantação desse projeto nas USF com residência. Além disso, o município de Camaçari/BA também criou uma nota técnica a respeito do Colegiado Gestor para orientar os demais profissionais do município que estavam lotados nas USF do Programa de Residência. Em algumas unidades de saúde com o projeto de residência, houve resistência por parte dos funcionários do município para a implantação do Colegiado.

Dessa forma, a nota técnica foi uma estratégia do município para reafirmar o projeto e o apoio do Departamento de Atenção Básica em relação ao Colegiado nas unidades. Cabe aqui destacar que a formação do colegiado foi feita de forma gradativa, ou seja, iniciamos aos poucos, e questões como pautas e participantes nas reuniões foram sendo reorganizadas com o tempo.

3.3 Estrutura do Colegiado Gestor

3.3.1 Formação dos Membros do Colegiado

Ao definir os conceitos, foi necessário definir também as pessoas que estariam compondo a equipe colegiada. Pessoas “chaves”, que estavam interessadas nos processos de trabalho da unidade, ou que estavam “na raiz do problema”, como no acolhimento e nas marcações das agendas, prontamente se colocaram para participar do grupo, uma vez que estavam se sentindo sobrecarregadas e um grupo que ajudaria na solução dos problemas como um todo seria fundamental para a descentralização, neste caso, dos problemas.

O programa de residência estabeleceu (anexo 2) alguns critérios para a formação dos membros do Colegiado Gestor. Esses integrantes podem ser indicados por autoinscrição/indicação/eleição dentro de cada seguimento que compõe a representação do colegiado. No manual dos serviços está estabelecido a composição dos seguintes integrantes:

- Gerente da unidade, quando houver;
- Preceptores da equipe mínima e NASF;
- Profissionais de nível superior que não estejam em função de preceptoria;
- Apoiador Pedagógico Institucional;
- Apoiador (a) institucional residente (do primeiro ou segundo ano);
- Representante dos residentes do segundo ano;
- Representante dos profissionais de nível médio (agentes comunitários de saúde, assistente administrativo, técnico de enfermagem ou técnico de consultório odontológico).

Segundo a Nota Técnica do município que estava em construção (anexo 1), os Colegiados Gestores das Unidades de Saúde da Atenção Básica devem ser compostos por integrantes fixos e integrantes temporários, de acordo com as orientações do perfil das Unidades, definidos em:

- Unidades de saúde com Programa de Residência Médica e/ou Multiprofissional – integrantes fixos: gerente, preceptores e apoiadores e integrantes temporários: 01 profissional de nível superior, 01 profissional de nível médio e 01 ACS;
- Unidades Básicas de Saúde sem Saúde da Família: integrantes fixos: gerente e apoiadores e integrantes temporários: 02 profissionais de nível superior, 02 profissionais de nível médio e 02 ACS;
- Unidades Básicas de Saúde com Saúde da Família: integrantes fixos: gerente e apoiadores e integrantes temporários: 01 profissional de nível superior, 01 profissional de nível médio e 01 ACS, independente da equipe.

Levando em consideração esses dois documentos e por ser uma USF onde a equipe mínima e o NASF eram formados apenas por residentes, a formação dos membros do Colegiado Gestor foi feita de maneira específica para a realidade da unidade. De acordo com as notas técnicas, tanto do município quanto do programa de residência, o Colegiado Gestor da USF Nova Aliança, neste desenho, contava com: um representante de nível superior residente do segundo ano da equipe mínima e um do NASF; um preceptor de cada área; o apoiador pedagógico institucional da USF; um profissional de nível médio podendo ser assistente/técnico de saúde bucal, técnico de enfermagem ou assistente administrativo; um representante dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); o gerente da unidade e as sanitaristas residentes na função de Apoio Institucional.

Os representantes de nível superior residentes do segundo ano eram considerados “temporários”, uma vez que todos os profissionais das equipes mínimas e NASF deveriam experimentar o espaço de cogestão para complementar a formação do programa de residência. Sendo assim, era utilizado um método de rodízio dos profissionais de nível superior a cada três meses. As sanitaristas, mesmo sendo residentes, participavam do Colegiado Gestor desde o primeiro ano de residência, na condição de integrantes fixas, visto que o Colegiado Gestor é também um campo de trabalho do Apoio Institucional, participando da formação e representando a gestão, neste caso, o Departamento de Atenção Básica do município.

3.3.2 Pautas do Colegiado Gestor

Segundo o Manual de serviços do programa de residência, a pauta mínima é estabelecida da seguinte forma:

- Acompanhamento dos problemas/necessidades identificados na Unidade;
- Participação de trabalhadores em atividades de educação permanente e programação de multiplicação do aprendizado para os demais trabalhadores;
- Acompanhamento das manifestações da Ouvidoria;
- Acompanhamento da situação de acordos, faltas, licenças, cumprimento de carga horária, e outros referentes a Recursos Humanos;
- Monitoramento dos registros e produção dos dados da unidade.
- Assuntos referentes ao plano municipal de saúde;
- Assuntos referentes ao processo de trabalho, ao modelo assistencial, linhas de cuidado, unidades de produção (recepção/acolhimento/sala de farmácia/ sala de vacinas/curativos/procedimentos, entre outros);
- Monitoramento do Planejamento Anual da Unidade.

Segundo a Nota Técnica do município que estava em construção, as pautas do Colegiado Gestor das Unidades de Saúde devem constar:

- Acompanhamento das manifestações da Ouvidoria;
- Acompanhamento da participação de trabalhadores em atividades de educação e programação de repasse para os demais trabalhadores;
- Acompanhamento das não conformidades identificadas na Unidade;
- Acompanhamento e registro da paralisação de algum serviço da Unidade;
- Acompanhamento da reunião de Unidade/Equipe com elaboração da pauta dessas reuniões.

Levando em consideração a realidade e as necessidades da unidade deste relato, algumas pautas fixas foram eleitas pelo colegiado da USF Nova Aliança para tornar o trabalho e as discussões mais contínuas e processuais. Entre elas, apareceram com maior frequência na lista de prioridades: acolhimento, programa saúde na escola (PSE), demandas administrativas da unidade, prontuário da família e territorialização. A USF Nova Aliança vivia momentos importantes, como a implementação do acolhimento, territorialização e a implantação do prontuário da família, visto que Nova Aliança antes da chegada do programa de residência foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) por trinta anos, fazendo com que esse processo de territorialização e implantação do prontuário da família tivesse início apenas a partir da chegada

do Programa de Residências Integradas. Com isso, esses três temas foram eleitos para pautas permanentes no colegiado, para discussão e planejamentos de melhores estratégias para as resoluções dos problemas constantes.

Outros assuntos também eram abordados durante as reuniões. Dessa forma, informes e pautas urgentes eram feitos de forma prioritária, e ao fim dos encaminhamentos dessas pautas, as pautas fixas eram discutidas. As pautas fixas eram sempre lembradas nas reuniões, como forma de acompanhamento e monitoramento de como as ações estavam acontecendo, de forma a impulsionar as ações, ou finalizá-las, uma vez que atingiam seus objetivos.

Nas reuniões do Colegiado, foram eleitos alguns membros representantes para essas pautas fixas, onde suas funções eram especificamente acompanhar os processos durante a semana e fazer os repasses nas reuniões do colegiado. Era uma forma de deixar uma pessoa de referência para determinado assunto, facilitando a comunicação entre equipe e colegiado, descentralizando do gerente a necessidade de resolução dos problemas da unidade.

As pautas das reuniões de unidade também eram discutidas anteriormente nas reuniões do Colegiado Gestor, de forma a organizar as prioridades e estabelecer alguns critérios para discussão. Pautas que causariam desgastes nas reuniões, eram feitas de formas estratégicas, estabelecendo tempo de discussão, além de uma pessoa com perfil adequado para a pauta para conduzir a discussão de forma mais clara e objetiva.

3.3.3 Frequência das Reuniões

A rotina de uma unidade de saúde é bem intensa. Isso pode dificultar a priorização das reuniões do Colegiado Gestor. Por isso, elas foram direcionadas a acontecer em um turno em que a unidade estivesse menos agitada a fim de que os demais serviços não fossem prejudicados pela falta de profissionais.

O manual de serviços do programa de residência estabelece reuniões semanais com duração de duas horas. A nota técnica do município que estava em construção sugeria reuniões semanais no período de implantação e quinzenais após três meses, com reuniões durando uma hora, em um turno onde o fluxo da unidade seja menor. A USF Nova Aliança optou por continuar com reuniões semanais, com duração de duas horas, entretanto, as reuniões duravam

sempre mais que duas horas, utilizando um turno inteiro. Esse fato dificultou vários processos de trabalho, uma vez que a ausência de alguns profissionais na rotina da unidade, por estar nas reuniões, dificultava o processo de trabalho dos demais profissionais, que estavam sempre interrompendo as reuniões para tirar dúvidas ou até mesmo pedir ajuda nos atendimentos, no caso dos preceptores. Dessa forma, algumas vezes, não havia uma participação efetiva dos profissionais nem nas reuniões nem nos acompanhamentos dos residentes, onde estavam sempre saindo para resolver demandas da unidade e perdendo pautas importantes nas reuniões, além de atrasar algumas decisões importantes.

Como forma alternativa de gestão, a metodologia utilizada nas reuniões do Colegiado Gestor de Nova Aliança era o método de roda, onde as pessoas se sentiam mais livres para participar, sem que existisse uma figura de “chefia” no ambiente, onde todos eram iguais e podiam opinar livremente nos assuntos pautados. Para organização, em todas as reuniões eram referenciados um coordenador e um relator. O coordenador organizava pautas e informes, além de organizar falas e disposição do tempo. O relator tinha a função de fazer a ata com todos os pontos discutidos nas reuniões, de forma a destacar os encaminhamentos e prazos, que posteriormente ficaria disponível para todos os funcionários da unidade.

Como na maioria das mudanças que a unidade sofreu, foi um processo que demandou tempo. A unidade estava acostumada com uma rotina, e a implantação do colegiado trouxe um grande impacto não só para os profissionais mais antigos, mas também para os próprios residentes que não sabiam ao certo o que era um colegiado de gestão, por vezes até se esquivando da participação. Essa questão da não participação nas reuniões do Colegiado é uma forma bem clara de entender a queixa sem a necessária implicação no processo de mudança, ou seja, quando são oferecidas as condições materiais de distribuição do poder e de ingerência sobre o processo de trabalho, ainda que não de maneira plena, as pessoas não querem assumir as responsabilidades de resolução, visto que é sempre mais fácil apontar os desafios e dificuldades mas não querer se envolver no processo de resolução de problemas. Entretanto, após essas reuniões se tornarem uma rotina na unidade, tornou-se mais fácil o entendimento sobre o que é um colegiado e como ele funciona, fazendo com que as reuniões fossem um momento importante para discussão e resolução de problemas.

4. RESPONSABILIDADES DO APOIO INSTITUCIONAL NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO COLEGIADO GESTOR

O cuidar em saúde vai muito além de procedimentos, onde as produções de atos de saúde podem não estar focadas diretamente nos usuários (Merhy, 1999). Partindo deste princípio, é possível ampliar a visão a respeito do cuidar em saúde e perceber que atividades que não sejam diretas ao paciente também podem ser consideradas atos de cuidar, como por exemplo a maneira em que se organizam os atos de saúde diretos ao paciente onde o Colegiado Gestor e o Apoio Institucional, assim como os sanitaristas se encaixam perfeitamente. Dessa forma, o apoio precisa tomar para si a responsabilidade de cuidados, diretos ou não.

Caldas (2014) traz os conceitos sobre o que é ser um apoiador e em como ele atua na Gestão Compartilhada, utilizando a PNH como referência. Assim, ativar espaços coletivos, fazendo com que haja interação dos sujeitos, reconhecer as relações de poder, afeto; mediar objetivos comuns e pactuar contratos; promover ampliação da capacidade crítica dos grupos, entre outros, foram conceitos que trabalhamos no nosso cotidiano e tentamos aplicar nas rotinas das reuniões do colegiado na unidade.

O apoio, necessariamente, é utilizado como ferramenta de cogestão. Neste caso, ao se iniciar o processo de cogestão na unidade foi fundamental que o apoio tomasse para si a responsabilidade de “fazer acontecer”. Além disso, o apoio trabalhou grande parte do tempo amenizando os tensionamentos gerados em diversos momentos, tanto antes de o colegiado acontecer na prática, onde os comentários sobre “mais uma reunião” estavam rodando na unidade e o apoio precisava desconstruir alguns conceitos, sensibilizando a equipe sobre a importância do mesmo; quanto nas reuniões, onde várias vezes o clima de tensionamento aumentava por divergência de opiniões e o apoio precisava amenizar o clima de dispersão do objetivo final. Com isso, é importante destacar como é importante se trabalhar o perfil da pessoa que atuará no apoio, uma vez que o perfil desta função exige mais mediação e controle emocional.

Para início, tanto para as equipes quanto para os trabalhadores da unidade, o apoio precisou esclarecer o que seria o colegiado e quais as atribuições específicas dele antes mesmo do processo de implementação, uma vez que era uma demanda nova e poucos tinham o conhecimento do que realmente se tratava. Esse processo não aconteceu como uma forma de

palestra ou uma ação de educação em saúde, mas sim utilizando a estratégia da micropolítica, trabalhando pouco a pouco até que todo o coletivo fosse atingido. Apesar de parecer um processo rápido, explicar um Colegiado Gestor foi uma tarefa contínua na rotina das apoiadoras.

No projeto de residência, como tentativa de organizar o serviço e o processo de trabalho, sugeriu-se como atribuições específicas do Colegiado Gestor decidir sobre fluxos e andamento geral do processo de trabalho das equipes de saúde; planejar, monitorar e avaliar as ações desenvolvidas na unidade; auxiliar na gestão do trabalho de todos os profissionais e coordenar os processos de decisão da unidade e monitorando os encaminhamentos. Apesar disso, ainda havia muita dificuldade da equipe entender o que aconteciam nas reuniões tão demoradas do colegiado.

Com isso, o Apoio Institucional tinha o direcionamento de não deixar o Colegiado Gestor se tornar um espaço apenas de informes, reivindicações sindicais e queixas dos recursos materiais, evitando discussões sobre temas que estavam fora da governabilidade local, justamente para que não se alongasse ainda mais pautas que não nos levaria a nenhum encaminhamento e que deixariam as reuniões extensas demais. O apoio deveria também estar sempre evitando que o gerente da unidade atribuísse ou responsabilizasse todas as decisões, uma vez que o gerente continua sendo gerente mesmo com a presença do Colegiado Gestor. Assim, o Apoio Institucional tinha a tarefa árdua de legitimar o espaço com o conjunto de trabalhadores, deixando sempre claro que as reuniões em momento nenhum poderiam substituir as reuniões de unidade nem muito menos as reuniões de equipe.

Nesse ponto, é importante destacar também que além do Colegiado Gestor, outras demandas também foram encontradas no decorrer do caminho. O Colegiado Gestor era uma demanda do Apoio Institucional acompanhado da Gestão, já para a equipe, outras pautas eram prioridades. Assim, a equipe estava preocupada com agendas, acolhimento, organização da unidade, territorialização e para a mesma, o colegiado não solucionaria essas demandas. Na verdade, o Colegiado Gestor era visto como mais reuniões intermináveis cheias de demandas administrativas e que não resolveria os problemas das equipes e da unidade.

Dessa forma, o Apoio Institucional utilizou de estratégias para mostrar a importância de se ter um grupo de pessoas que facilitassem as decisões, deixando menos centralizado e

fazendo com que as informações fossem compartilhadas com todos. Conforme as pautas das equipes iam surgindo, rapidamente nós trazíamos a importância da discussão no Colegiado Gestor. Então sempre que a equipe tentava resolver problemas que eram comuns a todos na unidade, as apoiadoras remetiam a importância de se levar a pauta para o Colegiado Gestor e resolver de forma compartilhada com os demais membros que representavam a unidade como um todo.

De início, o Colegiado Gestor se tornou uma pauta cansativa para as apoiadoras, uma vez que toda a responsabilidade de “fazer acontecer” estava sob nossas responsabilidades. Assim, estabelecer rotinas de reunião, trazer pautas relevantes, sugerir formas de resolução de problemas, além de estudar muito em casa os métodos e estratégias para levar à equipe, fizeram o processo de implementação do Colegiado se tornar cansativo para nós. Entretanto, com isso é possível perceber que todo esse “cansaço” aconteceu, uma vez que a equipe desconhecia o conceito de Colegiado Gestor e quando é assim, é necessário iniciar do zero. Isso mostra a importância de até mesmo na formação dos profissionais de saúde, se mostrar a importância da gestão participativa e compartilhada, uma vez que essas são as propostas do SUS.

Assim, foi necessário estar no entre de todas essas situações no período de implementação desse novo método de gestão, uma vez que nós éramos a própria ferramenta de cogestão. Assim, para facilitar em todo o processo, nós, apoiadoras, utilizamos o que Campos (2003) propõe: o método de roda ou método Paideia. Foi utilizado esse novo método de fazer gestão, que contribui na formação de sujeitos com capacidade de analisar e intervir no campo de trabalho, deixando de lado a gerência hegemônica. Esse método faz com que o sujeito se torne protagonista, com a ideia de que as funções de gestão partem de sujeitos com graus diferentes de poder e saber, mas com potencial de trabalho compartilhado, onde as pessoas ampliam suas capacidades de compreensão dos outros, de si mesmas e dos contextos. Isso pode contribuir para que a equipe de Colegiado Gestor se torne mais proativa e ganhe mais empoderamento nas tomadas de decisão (CAMPOS, 2003).

Esse empoderamento pode fazer com que os processos se tornem mais fáceis. Descentralizando o poder de decisão das mãos do gerente, o empoderamento contribui para que os profissionais sejam mais proativos e resolutivos, sendo capaz de resolver problemas sem precisar esperar reunir todo o colegiado para consultar se determinada decisão é a correta ou não. Entretanto, é importante lembrar que o profissional faz parte de um coletivo. Por isso, em

algumas situações, foi necessário conduzir a equipe a ouvir os demais profissionais e demais áreas para tomar determinada decisão. É para isso que a gestão deve ser compartilhada, para que todos possam se sentir representados nas decisões, levando em consideração que às vezes isso não será possível.

Apesar disso, em alguns momentos existiu a ausência de uma pessoa de referência que se responsabilizasse por determinada ação. Em um ambiente onde várias pessoas estão participando das tomadas de decisão, às vezes, pode acontecer de sempre o mesmo profissional ser responsável pela maioria das decisões, podendo ele ser até mesmo o gerente da unidade, por já estar acostumado em seu processo de trabalho de gerir. Neste caso, quando foi necessário participar ativamente desses processos, alguns profissionais não se sentiram à vontade em tomar a frente de determinada pauta por diversos motivos, como muitas tarefas em seu trabalho pessoal, fazendo com que outro profissional ficasse mais sobrecarregado em acompanhar e monitorar as diversas ações. E então, o Apoio Institucional precisou intervir com a reflexão de que todos precisam estar disponíveis para que a gestão seja realmente participativa. O Apoio Institucional precisa ser o agente impulsionador disso, fazendo com que o Colegiado Gestor não apenas tome decisões, mas também avalie os processos e participe ativamente deles.

5. PAUTAS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO COLEGIADO GESTOR

5.1 Territorialização

Segundo Fernandes e Figueiredo (2014), um dos objetivos principais do apoiador institucional é aumentar a capacidade dos sujeitos para refletirem principalmente sobre o processo de trabalho, enxergando a realidade enquanto produzem bens ou serviços. Assim, envolve sentimentos na busca de satisfação profissional e pessoal, maior envolvimento dos sujeitos no trabalho, aumento da responsabilidade, causando um maior comprometimento com as finalidades propostas. Dessa forma, o Apoio Institucional conduziu a equipe para maior envolvimento no território, de forma que fosse percebido uma maior responsabilidade dos profissionais de saúde com o território sem que o apoio tivesse que insistir no processo.

Assim que chegamos na USF Nova Aliança, buscamos entender todo o contexto e histórico daquele lugar. A USF, um ano antes de ser implantado o programa de residência, tinha sido uma UBS por 30 anos, ou seja, haviam especialistas atendendo a uma população de aproximadamente 80 mil pessoas e após a mudança a quantidade de pessoas a serem atendidas pela unidade foi reduzida. Em um primeiro momento, a comunidade não acolheu a mudança, uma vez que há 30 anos a unidade funcionava na mesma rotina. A população entendia que era melhor ser atendida por um especialista do que por um generalista.

Por ser uma Unidade de Saúde da Família, foi necessário inicialmente organizar o serviço para atender a um público-alvo. Para isso, quando se fala em territorialização, é necessário levar em consideração que a definição do público-alvo não pode ser feita sem que antes se defina um território-alvo. O território determina o limite de atuação do serviço e a população sob sua responsabilidade (FARIA, 2013). A primeira turma de residência foi a primeira no processo de territorialização da comunidade de Nova Aliança, e precisou de muita paciência em todo o processo. Quando nós da segunda turma chegamos, precisamos dar continuidade a todo o processo que eles tinham feito e realizar algumas mudanças no território e na população alvo, o que fez com que o processo de construção de limites de ruas, por exemplo, fosse feito novamente.

Assim, um dos primeiros papéis do Apoio Institucional foi estabelecer uma análise de conjuntura antes mesmo de trazer a importância do Colegiado Gestor. Então, a nova equipe foi mobilizada a entender a história da unidade, dos profissionais que estavam ali e dos usuários. A análise de conjuntura feita pela equipe buscou ir além das aparências e do que “parecia ser”. A territorialização é conceituada por Faria (2013), como uma técnica de planejamento, que também é uma política do Estado para planejar a localização e os modos de inscrição territorial dos serviços de saúde nas diversas localidades. A territorialização dos serviços de atenção primária à saúde se difere dos demais serviços ligados às especialidades, pois operam sobre uma base territorial muito bem definida para ações específicas de saúde para aquela comunidade.

Entender todo o processo de construção e luta daquela comunidade pela construção e permanência da unidade, nos flexibilizou em vários pontos e isso nos motivou a trabalhar com bastante paciência no processo de mudança. A UBS Nova Aliança foi conquista de muita luta da comunidade. A equipe recém-chegada precisou trabalhar em um passo de cada vez para poder conquistar a comunidade e o espaço. Após entender a história do local, dos profissionais e da comunidade, identificar os principais atores sociais e principalmente como ocorreu o projeto de construção técnico e político do local, iniciou-se o processo de territorialização.

A territorialização foi um primeiro passo de planejamento participativo entre os profissionais da unidade. Foi uma boa estratégia para o Apoio Institucional trabalhar essa nova metodologia de gestão, uma vez que logo de início foi criado um grupo de representantes para tomar as decisões sobre o tema. Tudo aconteceu de forma muito natural e a equipe multiprofissional trabalhando em parceria com o NASF, contribuiu para um trabalho muito mais dinâmico, criativo e independente.

A equipe multiprofissional tende a trazer contratos de compromissos, criação e responsabilização dos riscos, criando um maior vínculo entre eles, uma vez que cada profissional contribui com sua individualidade para o coletivo. Assim, o processo aconteceu de forma pedagógica para os profissionais recém-chegados e para os que já estavam há bastante tempo na unidade e sem que fosse necessário estabelecer, as pessoas de referências foram aparecendo naturalmente e toda a equipe se remetiam a elas. Quando era necessário tomar alguma decisão, as referências conversavam com as equipes e tomavam essas decisões em conjunto.

O momento de trabalho para a territorialização permitiu o crescimento individual e coletivo de forma progressiva da equipe e contribuiu para uma melhor qualidade de serviço oferecida para os usuários. Entretanto, estabelecer limites de pessoas e áreas territoriais não foi algo bem recebido pela comunidade. O fato da antiga UBS que atendia mais de 80 mil pessoas aleatórias e após a formação das equipes Saúde da Família passando a atender pouco mais de 13 mil pessoas não foi bem aceito pela população usuária, o que causou um grande conflito de interesses justamente no ano eleitoral do município. Vários políticos prometiam o fim das equipes de Saúde da Família e trazer de volta a velha UBS Nova Aliança. Os profissionais receberam várias ameaças de que íamos ser mandados embora assim que tal político ganhasse, o que não aconteceu. O Apoio Institucional precisou realmente apoiar as equipes e sempre “cavar” espaços na gestão para a tentativa de resolução dos problemas.

Assim, com a complexidade e importância dos acontecimentos, o tema da territorialização se tornou pauta permanente no Colegiado Gestor. O momento de territorialização durou um tempo considerável e a equipe multiprofissional e o NASF caminharam juntos nesse processo com o auxílio do apoio e do colegiado. Assim, ao mesmo tempo que a territorialização estava acontecendo, o processo de implementação do Colegiado Gestor também estava em andamento, utilizando a estratégia da territorialização para fixar as reuniões de discussão sobre o tema e outros que acabaram surgindo. Desse modo, o Colegiado Gestor enfrentava momentos de consolidação de “rotina” e de participação efetiva dos membros.

5.2 Acolhimento

Uma outra pauta que se iniciou junto com a construção do Colegiado Gestor e que foi utilizada para mostrar a importância de se ter um colegiado na unidade foi o acolhimento. Essa pauta até o fim do período deste relato ainda não havia sido resolvida, levando em consideração a complexidade do que é fazer acolhimento. De início o colegiado precisou estabelecer um conceito sobre o que é acolhimento. Com a ajuda do apoiador pedagógico institucional, trabalhamos várias vezes conceitos teóricos práticos sobre o que é fazer acolhimento, o que contribui grandemente para o entendimento da equipe da unidade. Esse assunto também foi trabalhado nos momentos de roda com os residentes.

No Colegiado Gestor, tentávamos sempre organizar um fluxo para o acolhimento. A USF Nova Aliança não tinha estrutura física para a implementação deste processo, o que dificultava muito o trabalho. A unidade não tinha sala para realizar essa primeira e segunda escuta do acolhimento, além de por estar recebendo novos profissionais residentes da segunda turma, as agendas estavam sempre cheias. Além disso, os novos residentes estavam ainda entrando no ritmo de atendimento da unidade. Assim, o Colegiado Gestor tentava resolver o problema sem sobrecarregar a equipe.

O colegiado montou então uma escala de acolhimento, onde todos os profissionais rodiziavam um ou dois turnos na semana para realizar o acolhimento, que diversas vezes foi confundido com “recepção”. Mas com o passar dos dias, conseguimos levar a ideia de que acolhimento não é um espaço na unidade, mas sim um modo de ser do profissional de saúde.

No entanto, a equipe sempre relatava o acolhimento como um momento ruim, desgastante, onde estavam sempre fugindo das escalas e por isso o acolhimento quase nunca funcionava. Mas para entender melhor esse sofrimento, relatado pelos profissionais é importante ressaltar que esse momento era considerado de sofrimento visto que o acolhimento não conseguia ser resolutivo, por diversos motivos, inclusive greve da saúde no município onde só a região quatro estava de portas abertas e assim, não poderiam fazer nenhum tipo de encaminhamento para nenhum outro serviço, ou seja, ou a unidade atendia, ou mandava o usuário para casa e quem estava no acolhimento sofria ao ter que dizer não para os usuários uma vez que eles cobravam respostas e serviços dos profissionais escalados.

O que o colegiado poderia fazer para resolver essas questões? Várias formas para resolução deste problema foram pensadas, e alguns profissionais da unidade foram convidados várias vezes para participar das reuniões do colegiado como forma de poderem participar dos momentos de construção para melhorias no acolhimento, na perspectiva de que quem vive o espaço tem muito a contribuir. Os assuntos tratados no colegiado eram tratados também nas reuniões de equipe. Várias vezes foram constatados que o acolhimento que fazíamos não era acolhimento de verdade, então era melhor pararmos de tentar.

Mas, como dito anteriormente, até o fim do período deste relato, o acolhimento não deixou de ser pauta no colegiado. Penso eu, que talvez, tenhamos implementado várias ações de uma vez na unidade, o que pode ter causado cansaço físico e mental não só na equipe como

também nos próprios membros do Colegiado Gestor e apoiadora. Trouxemos vários assuntos para discussão de uma vez, como territorialização, implantação de prontuário de família, implementação do acolhimento, para uma equipe recém-chegada e que ainda estava entendendo o que era ser uma equipe Saúde da Família.

O colegiado contava com pessoas experientes e inexperientes, o que deixou o processo pedagógico e de aprendizado. O Colegiado Gestor contribuiu para deixar os processos menos pesados, uma vez que foram divididos entre os membros do colegiado. Penso que se não houvesse o colegiado principalmente nessas pautas citadas acima, o cansaço mental da apoiadora seria ainda maior.

Um dos conflitos que o apoio enfrentou foi ser convidado pela equipe na participação da escala do acolhimento, o que nos deixou bastante confusas sobre o nosso espaço dentro da unidade e a forma que deveríamos trabalhar. Ao aceitar participar da escala, estaríamos nos tornando equipe? Ao recusar participar do espaço, estaríamos nos distanciando da equipe? Assim, levando essa pauta para o Colegiado Gestor para a tomada de decisão em conjunto, onde cada um pôde levar seu ponto de vista a respeito, foi decidido que o apoio estaria acompanhando de perto no acolhimento, mas sem entrar na escala. A equipe recebeu bem a decisão e isso mostra mais uma vez a importância de um colegiado na unidade, onde a decisão se torna muito mais participativa e compartilhada, diminuindo os conflitos que poderiam ser ainda maiores se uma pessoa tivesse que assumir a decisão sozinha.

5.3. Construção de Agendas

A Unidade de Saúde tinha uma estrutura que não comportava quatro equipes de saúde além do NASF. Assim, as equipes revezavam as agendas nos consultórios. Enquanto uma equipe estava em visita domiciliar, outra estava no acolhimento, outra em atividade coletiva e outra estava atendendo nos consultórios. Entretanto, estava cada vez mais difícil conciliar a demanda dos usuários com a quantidade de consultórios e equipamentos, por exemplo, o SONAR que só tinha um para quatro equipes.

Até que a equipe conseguisse se organizar, momentos de conflitos e estresses foram vividos nos corredores da unidade. Assim, mais uma vez, utilizamos desse contexto para reforçar a importância de construir as agendas nas reuniões do Colegiado. Junto com os

representantes da equipe de medicina, enfermagem, odontologia, NASF, Apoio Institucional, Gerente e recepcionista, fomos consolidando as agendas, que foram aplicadas e reavaliadas várias vezes até que fosse possível equilibrar as demandas das quatro equipes na estrutura da unidade. Todas essas discussões aconteceram dentro do Colegiado Gestor.

6. ANGÚSTIAS DA EXPERIÊNCIA NA FUNÇÃO DE APOIO INSTITUCIONAL

Um dos primeiros dilemas ao estar na função de Apoio Institucional foi conseguir nos encontrar como profissionais, sobre quem éramos, uma vez que tínhamos enfermeiras, psicólogas, bacharéis em saúde coletiva, entre outras profissões, e entender que não estávamos na assistência e sim na gestão, que nossa visão deveria ser outra e o modo de agir e se colocar na resolução de problemas também. Criar uma identidade de Apoio Institucional frente a equipe e gestão, entender os nossos limites nessa função, estabelecer metas e fazer a equipe entender para que servíamos, foi sem dúvidas uma das tarefas mais difíceis ao assumirmos esse lugar.

Assim, foi necessário entender o que era a função, como poderíamos colaborar nos processos de construção das equipes e como fazê-los entender que nós também fazíamos parte do processo de construção. Merhy (1999), fala sobre os processos de trabalho em saúde, afirmando que antes de produzir cuidado é necessário produzir atos de saúde. Assim, existem diversos modos de cuidar, que não necessariamente fazem deste um “cuidador”, mas que mesmo assim através do ato de saúde também está cuidando. Esse conceito foi fundamental para fazer entender o que estávamos fazendo e facilitar o processo de entendimento das equipes em nosso próprio processo de trabalho.

Figueiredo e Fernandes (2015) fala sobre a reflexão de quem propõe e organiza o cotidiano do apoiador. A escolha de utilizar o Apoio Institucional como instrumento de gestão, provavelmente seja demanda da própria gestão e para que seja possível utilizar o apoio como instrumento, a gestão como um todo precisa utilizar a cogestão como método de tomadas de decisão e não apenas colocar sobre o apoio a responsabilidade de fazer tal. Assim, acredito que a dificuldade de encontrar uma gestão que fosse realmente compartilhada, dificultou nosso processo de organização de cogestão, uma vez que por mais que quiséssemos trazer a ideia de Gestão Compartilhada, em diversos momentos éramos paralisadas frentes a uma gestão ainda vertical.

Diante do caos que enfrentamos, foi possível vivenciar na prática o que Figueiredo e Fernandes (2015) fala: “*a submissão dos apoiadores ao modo como a gestão municipal tem lidado com este grupo e a baixa autonomia para transformar seus processos de trabalho, atropelados por uma demanda que parece não ser possível de frear.*” Ou seja, em nossa vivência foi como se estivéssemos sozinhas para fazer acontecer, mas sem autonomia nenhuma

de resolução. Várias demandas nos apareciam, várias cobranças nos eram dadas e era como se não conseguíssemos resolver nada, talvez por falta de apoio, o que por várias vezes nos fazia deixar de ser Apoio Institucional para sermos apenas “fiscalizadores das equipes”.

Além disso, a mediação de conflitos também foi outro ponto difícil nas tarefas das apoiadoras e na implementação do Colegiado Gestor. Trabalhar com uma equipe multidisciplinar trouxe diversos benefícios, mas chegar em um senso comum que englobasse todas as opiniões para que todos se sentissem representados foram tarefas difíceis, quando não exaustivas. Cada um trazendo um ponto de vista é positivo para o grupo, mas tornava-se complicado quando “defendia-se” um lado até o fim com dificuldade de abrir mão pelo grupo. Trabalhar com diversas personalidades e algumas até mais difíceis que outras para chegar num senso comum, nos fez ter que trabalhar com muita calma em todo o processo. Nesse ponto, o apoiador precisava trabalhar com muita sabedoria, de forma a deixar o diálogo mais leve, deixando de focar nas discussões que defendiam pontos de vistas particulares e levando a equipe a dar encaminhamentos. Mais uma vez afirmo a importância de o profissional que está na função de Apoio Institucional realmente ter o perfil para trabalhar principalmente os conflitos existentes.

A mediação de conflitos entre equipe e gestão e a falta de reconhecimento pelo trabalho feriam diretamente a mente do apoio, onde tínhamos que estabelecer o nosso próprio ponto de apoio para conduzir da melhor forma os problemas dentro de nós e para as equipes, além de trazer e levar demandas para a resolução de problemas como um todo. Essa mediação de conflito acontecia desde desgastes pequenos na Unidade de Saúde entre profissionais, quanto nas mediações de conflito relacionadas a gestão (Departamento de Atenção Básica) e equipes. Confesso que essa tarefa foi mais difícil quando assumimos função de Apoio Institucional.

Um outro motivo de angústia foi “mostrar” que o apoio estava trabalhando. Para as equipes da unidade e da gestão, o apoio nunca estava fazendo nada, ou não estava fazendo o que deveria suficientemente. Sabíamos que estávamos trabalhando pelas equipes, e que várias vezes o trabalho do apoio não era visto, mas a falta de reconhecimento disso era bastante desgastante. Em momento nenhum o apoio tinha reconhecimento. Por diversas vezes a equipe achava que as apoiadoras não faziam nada, tentando até mesmo resolver os problemas sem passar para nós. Entretanto, os trabalhos das apoiadoras se dividiam em 50% de ação prática e 50% de ações de planejamento para a equipe, o que exigia muito esforço mental.

Além disso, nós, apoiadoras, sofríamos uma grande questão: não conseguir colocar em prática o que estava na teoria. As sanitaristas estiveram em muitas noites de estudo nos textos de autores como Merhy, Jairnilson Paim, Gastão Wagner, e outros sobre Apoio Institucional e maneiras para estabelecer cogestão nos espaços. Entretanto, ao chegar na prática pouco se conseguia realizar. Várias matrizes de planejamento e monitoramento foram criadas, estabelecendo ações que deveríamos acompanhar, mas que ao decorrer do tempo outros assuntos administrativos e urgentes nos faziam perder o foco principal. Isso fazia com que nosso trabalho fosse frustrante, uma vez que como profissionais de saúde, sabíamos que não estávamos fazendo o que nos era proposto.

O Colegiado Gestor também se tornou um dos assuntos que por vezes ficou sob responsabilidade exclusiva das apoiadoras. Para que as reuniões acontecessem, o apoio sempre deveria ficar lembrando a equipe, batendo nas portas dos consultórios para que os membros estivessem no horário das reuniões, estabelecendo pautas e fazendo a coordenação e relatoria na ata. Acredito que por vezes a falta de identidade estabelecida como apoio nos fez não entender o caminho que estávamos seguindo. Entretanto, ao estar em uma reunião do Colegiado Gestor, precisávamos tomar uma posição e identidade. Semanalmente, o colegiado se tornava mais uma responsabilidade do apoio, até que a equipe conseguisse caminhar sozinha e poder realizar as reuniões até mesmo sem a presença das apoiadoras.

Isso nos revela uma questão: fazer cogestão envolve muito mais do que apenas um grupo de pessoas que querem deixar o processo de decisão mais compartilhado. Para que a Gestão Compartilhada seja realmente eficaz, é necessário adotar o modelo em todos os níveis de gestão, desde as equipes da unidade até a secretaria de saúde do município. Se a coordenação da atenção básica não estabelece a Gestão Compartilhada no seu modo de gerir, uma unidade de saúde não conseguirá implantar esse modelo de forma aleatória ao modelo de gestão do município. Assim, se não houver a implantação do modelo de forma completa, mesmo que a cogestão aconteça em um espaço local, ao chegar aos demais níveis de gestão a decisão será desfeita e o modelo vertical mais uma vez deixará o espaço de cogestão ineficaz.

Todos esses motivos citados foram angústias que nós vivíamos diariamente. Acredito eu que todo Apoiador Institucional deveria ter também um apoio psicológico ou motivacional, uma vez que o trabalho é muito desgastante, onde a função ainda é muito frágil e falta

integração. Várias vezes nos questionamos sobre se estávamos fazendo nosso serviço de maneira correta, ou se o motivo do nosso cansaço mental era nossa dificuldade de conseguir ser Apoio Institucional como traz a PNH. Finalizo este tópico citando Feuerwerker (2014, pag. 103) que revela muito sobre nossas indagações cotidianas sobre ser apoio sem ter apoio: *“cuidar de si é pressuposto para cuidar dos outros, dá potência ao trabalhador da saúde para a sua produção cotidiana.”*

7. A POTENCIALIDADE DA UTILIZAÇÃO DO COLEGIADO GESTOR NOS PROCESSOS DE TRABALHO DAS EQUIPES

O Colegiado Gestor traz uma potência de autonomia muito grande para toda a equipe, descentralizando decisões do papel de gerente e deixando os processos mais facilitados, uma vez que todos os profissionais são corresponsáveis pelas atividades e situações-problema da unidade. Essa autonomia, segundo Ponte, Oliveira e Ávila (2016), está ligada ao saber e ao sentir a corresponsabilidade e o compromisso com a criação de novos modelos coletivos de produzir saúde.

Embora seja um espaço coletivo de Gestão Compartilhada, o papel do coordenador é extremamente importante, uma vez que, na perspectiva de gestão participativa, é necessário o papel de liderança, sendo capaz de analisar e conduzir os processos da função administrativa com racionalidade e liderança (PONTE; OLIVEIRA e ÁVILA 2016). Assim, com a participação do gerente, a implantação de um Colegiado Gestor contribui para uma participação mais efetiva dos profissionais, que são representados nas tomadas de decisões. Isso faz com que todo o processo seja mais democrático e participativo. Ainda assim, mesmo na ausência de um gerente, o colegiado tem uma autonomia muito mais responsiva.

Enquanto íamos construindo o Colegiado Gestor na unidade, íamos encontrando diversos obstáculos para sua consolidação. Um exemplo disso foi na formação dos membros do colegiado. Após grande parte dos representantes estarem frequentemente nas reuniões, percebemos que uma categoria profissional não estava sendo representada: os Agentes Comunitários de Saúde. Foi consenso no colegiado a importância desse profissional nas reuniões, uma vez que é uma categoria estratégica para qualquer movimento na USF e que sempre havia queixas dos mesmos nas reuniões de unidade. Assim, iniciou-se o processo de “conquista” para que esses profissionais fossem representados nas reuniões.

O apoio foi escolhido para essa missão, e não foi fácil. A equipe de Agentes Comunitários de Saúde estava muito resistente quanto a participação. Tínhamos em mente uma ACS chave, que sempre movimentava toda a equipe de agentes, mas ela não quis participar, justamente por achar que o colegiado não resolveria nenhum problema delas. Assim, continuamos persistindo nesse período de trazer pra perto profissionais tão importante quanto elas, até que uma ACS se disponibilizou a participar.

As contribuições que essa profissional fez nas reuniões foram tão grandes, que provavelmente não caberiam neste relato. A visão de uma profissional que estava dentro da comunidade mobilizou toda a equipe do colegiado e várias decisões foram tomadas baseadas nas contribuições dela. Assim, o colegiado acabou sendo um método em que a equipe conseguiu se aproximar da equipe de Agentes Comunitários, entendendo os dilemas vividos pela categoria e incluindo muito mais esses profissionais nos processos de trabalho e nas resoluções de problemas, como por exemplo a inclusão do ACS no acolhimento da USF. Com isso, posso dizer com certeza que o colegiado melhorou muito os vínculos e as relações pessoais entre os profissionais da unidade.

A falta de diálogo e de comunicação, seja entre profissional e gerente ou assistência e gestão, centraliza as decisões em uma ou algumas pessoas, fazendo com que o ambiente se torne hierárquico, dificultando o acesso dos profissionais à gerência. Isso torna os processos mais verticalizados, uma vez que o profissional pode não se sentir participante do processo. Isso aconteceu com os ACS de Nova Aliança, que sempre reclamavam da falta de inclusão nos processos de trabalho. Após várias tentativas conseguimos trazer esta equipe para perto, inclusive com um representante da categoria no colegiado.

Para Ponte, Oliveira e Ávila (2016), a organização, os organogramas horizontalizados, o trabalho em equipe, a profissionalização da gerência, os grupos de apoio à gestão, entre outras ferramentas, são as principais características das propostas de gestão em saúde, valorizando um recorte mais democrático e descentralizado, que é justamente a proposta de implementação do Colegiado Gestor e para isso é necessário a implicação de todos os profissionais, inclusive os ACS.

Para que houvesse uma melhor comunicação entre a equipe de Nova Aliança, tínhamos uma preocupação com a questão de fazer chegar nas equipes as discussões feitas no colegiado. Sempre deixávamos disponíveis os livros atas, para que todos da equipe tivessem acesso às discussões. Entretanto, percebemos que nem mesmo nós da equipe do colegiado estávamos utilizando o livro ata para repasses. Assim, por questão de praticidade, resolvemos disponibilizar as atas por e-mail. Utilizando desta praticidade de informação, decidimos fazer uma ata mais compactada, para que todos pudessem ler e se inteirar de forma prática e rápida.

Nossa ata continha pautas e encaminhamento das pautas, além de observações. Achamos que dessa forma seria melhor para toda a equipe e o coletivo concordou.

Após um período, percebemos que quase nenhum profissional estava acessando os e-mails, além disso, nós nos perdíamos com as atas, que se perdiam nos e-mails. Assim, surgiu a ideia de enviar essas pautas e encaminhamentos nos grupos de “whatsapp” da unidade, a fim de que todos pudessem participar em tempo real das discussões. Entretanto, aos finais das reuniões os relatores não se lembravam de enviar, o que foi mais uma alternativa que não deu certo.

Com o tempo, um residente que estava fazendo estágio no Apoio Institucional, questionou o fato de não termos nada documentado no papel, e trouxe a reflexão da importância de estar escrito no livro ata da unidade. Assim, toda a equipe concordou que deveríamos mesmo continuar a utilização do livro ata da unidade, além de continuar a tentar enviar todas as informações para os profissionais da unidade por outros meios mais acessíveis. Isso mostra que o colegiado precisa criar um fluxo de informação eficaz, a fim de acabar com a complexidade de problemas pequenos, além de que nos revela que o colegiado precisa estar em constante mudança, adaptando-se às realidades vividas, sempre disponível para se adequar a maneira mais apropriada no momento.

Dessa forma, a responsabilização de todos os envolvidos faz com que os profissionais se insiram no processo e se sintam responsáveis como um todo. Não apenas com o foco em sua própria área ou no seu próprio serviço, mas fazendo com que o olhar se torne ampliado e se sinta responsabilizado por um todo, mesmo na ausência do papel de gerente. Isso faz com que a sobrecarga saia do papel de gerente e se distribua com os demais profissionais, que direta ou indiretamente fazem parte da gestão local.

Apesar dessa responsabilização, a estratégia de Gestão Compartilhada precisa acontecer nos diversos níveis de gestão. Caldas (2014), afirma que é um grande desafio para a gestão municipal alterar o padrão tradicional de gestão, mesmo entendendo os avanços do SUS e a importância de democratizar esses espaços. Isso foi nítido em nossa experiência, onde foi possível notar a dificuldade da gestão adotar esse modelo como um todo. Ainda assim, sabe-se que todo processo de construção demanda tempo e esforço.

Assim, a gestão como um todo precisa assumir a Gestão Compartilhada em seus diversos espaços, desde os menores níveis para os maiores, de onde saem as principais decisões para a saúde do município. Com isso, foi possível observar que mesmo com a implementação do Colegiado Gestor ainda não foi possível superar o modelo tradicional e cultural de gestão.

Para isso, a educação permanente tem um papel fundamental na construção de uma nova metodologia para que o modelo como um todo se torne compartilhado em todos os espaços. Ceccim (2005), afirma que a educação permanente em saúde é uma das principais estratégias para as transformações dos processos de trabalho, fortalecendo espaços e trabalhadores mais críticos. O município precisa utilizar a educação permanente na construção do fim do modelo tradicional de gestão.

A articulação de redes é um dos pontos fundamentais no processo de implementação do colegiado, uma vez que existem muitos problemas relacionados a isso nas reuniões e, se no município houver dificuldade de diálogo entre as redes de atenção, dificulta a resolutividade do colegiado. A educação permanente pode auxiliar em todo esse processo de facilitação de diálogo entre as redes através de uma maior oferta de conhecimento sobre como acontece os fluxos locais, além de participar de implementações de projetos, propiciando uma articulação melhor no processo de trabalho. Isso mostra como o município, ao apostar na Gestão Compartilhada, deve utilizar a educação permanente como estratégia viva de implementação e continuidade.

A educação permanente também pode contribuir nesse processo na formação dos apoiadores institucionais que estarão no processo de implementação do colegiado. Uma pesquisa realizada em Campinas (FERNANDES e FIGUEIREDO, 2015), revela que 68% dos apoiadores institucionais do município não receberam nenhum curso de formação para desenvolver o trabalho de Apoio Institucional. Essa realidade também acontece em Camaçari, onde nós apoiadoras, não recebemos nenhum tipo de formação para atuar na função, o que dificulta no processo de acompanhamento das equipes e implementação do Colegiado Gestor. Assim, a educação permanente em saúde pode ser utilizada para formar e acompanhar todo o processo de trabalho das apoiadoras, principalmente no processo de implementação do colegiado. Assim, a educação permanente é uma ferramenta potente para qualquer espaço de trabalho, inclusive na implementação do Colegiado Gestor.

Apesar de um modelo ainda tradicional de gestão tanto no município, quanto na própria unidade de saúde, o que não se muda rapidamente apenas com a implementação do Colegiado Gestor, foi possível observar que os resultados das discussões eram muito mais práticos e duradouros entre a equipe. A participação de todos também contribuiu para um aperfeiçoamento do nosso olhar sobre os processos de trabalho, ampliando as decisões pensando em vários processos e não focando apenas nos problemas em si.

Além disso, o colegiado contribuiu para que realmente acontecesse a descentralização de decisões e responsabilidades, fazendo com que um grupo maior de pessoas tomassem para si o problema que antes era resolvido apenas por uma pessoa, o que por várias vezes causava uma discrepância sobre o que a equipe achava. Por fim, percebemos que a equipe da unidade passou a receber melhor as decisões e direcionamentos tomados. A empatia contribuiu muito para isso, uma vez que a equipe confiava no seu representante na reunião e quando as decisões eram repassadas eles recebiam de forma muito mais aberta.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Apoio Institucional e suas diversas funções, finalidades, atribuições, possibilidades e fragilidades vêm sendo discutido em diversos campos da área da saúde coletiva, inclusive entre os bacharéis em saúde coletiva, justamente por trazer consigo um novo método de gestão. Essa nova graduação e/ou especialização vem ocupando diferentes espaços e lugares, tanto na condição de gestores quanto na de Apoiadores Institucionais. É preciso salientar que o apoio não tem um lugar estrutural específico e assim como um processo de mudanças nos modelos de gestão, não está isenta de conflitos e dúvidas.

O método de gestão tradicional traz consigo contratos institucionais, definindo lugares, tarefas e responsabilidades, avaliação e auditorias, sendo rígidos e enfatizando onde cada um deve estar e como trabalhar. Já o Apoio Institucional vem contra a todo este método, mexendo na estrutura tradicional, conduzindo a forma de gerenciar os processos de trabalho de forma mais leve, o que, com certeza, torna-se uma tarefa árdua para o profissional que ocupa esta função (PASCHE e PASSOS, 2010). Isso mostra a importância de, além de utilizar os colegiados como forma de gestão descentralizada, conhecer e incluir o profissional sanitário como um agente formado para assumir a função tanto de gerência quanto de Apoio Institucional, aumentando assim o leque de opções para uma Gestão Compartilhada e participativa.

Assim, é possível perceber que o Colegiado Gestor é um espaço muito potente, tanto para o apoio, quanto para a equipe e para o desenvolvimento efetivo das ações, fazendo com que a equipe multiprofissional possa trazer grandes benefícios, não só no cuidado, como também na Gestão Compartilhada de processos. O compartilhamento da diversidade de atuação, a visão holística, a troca de saberes e conhecimentos, transformam-se em uma estratégia com grande potencial para benefício de um coletivo.

Após nove meses vivenciando outros espaços como residente do segundo ano, voltei a USF Nova Aliança para participar de uma reunião do Colegiado Gestor, fruto de muito trabalho do primeiro ano de vivência no apoio. Ao estar novamente nesse espaço, foi possível perceber uma equipe que apesar de dificuldades culturais de um modelo tradicional de gestão, estava caminhando sozinha no sentido das tomadas de decisões locais. Assim, é possível entender que o processo de adaptação pode ser difícil, mas quando se supera o modelo tradicional e consegue

assumir na prática o modelo compartilhado, principalmente se toda a equipe acatar o novo método de gestão, o processo de trabalho fica mais participativo, deixando os processos de resoluções de problemas muito mais compartilhado. O modelo tradicional hierárquico de gestão possui uma carga cultural muito forte. Isso mostra o quanto ainda é preciso fortalecermos esses espaços de cogestão.

Distribuir tarefas e organizar as demandas de acordo com as prioridades foi de extrema importância para a manutenção do serviço e fortalecimento de uma Gestão Compartilhada. Mas é importante atentar para que a responsabilidade de fazer a gestão ser compartilhada não fique apenas nas mãos de quem iniciou o processo, que, nesse caso, foram as Apoiadoras Institucionais. Assim, o apoiador ajuda nos primeiros passos para que essa gestão se torne compartilhada, conduzindo as prioridades e discussões, instruindo melhorias no processo de trabalho de forma que a própria equipe consiga caminhar sozinha, fazendo do apoiador mais um membro e não o ator principal da cogestão.

A função do Apoiador Institucional, trazendo a descentralização de decisões, apesar das dificuldades que vivíamos na rotina para que acontecesse, pôde facilitar o processo de trabalho tanto do gerente quanto do apoiador. Assim também, representar a gestão em um ambiente com profissionais da ponta, que passam por situações difíceis no dia a dia da unidade, com o discurso de que eles também podem fazer gestão, foi algo bem desafiador, visto a escassez de insumos e de condições adequadas de trabalho à qual esses profissionais estão sujeitos. Em sua maioria, reuniões com cobranças da gestão para a equipe e da equipe para a gestão são sempre desgastantes, fazendo com que o Apoio Institucional não tenha muita governabilidade sobre determinados assuntos e, assim, faça mediação de conflitos.

Levando em consideração que o processo de cuidado em saúde não é feito apenas centralizado em um profissional, o processo de gestão também não pode ser realizado de forma centralizada em apenas um ator. Assim, entende-se que gestão não está concentrada apenas no profissional enfermeiro, ou no gerente da unidade básica de saúde, mas sim todos os profissionais fazem gestão nos diversos níveis de cuidado e organização. Dessa forma, o Colegiado Gestor pretende unir os diversos olhares, opiniões, conceitos, para reorganizar o serviço de forma que todos os espaços e áreas sejam englobados através principalmente da comunicação entre os profissionais, de forma a deixar o processo de tomadas de decisões mais compartilhadas e dividindo responsabilidades por toda a equipe.

Ao introduzir a estratégia de Gestão Compartilhada em uma UBS que se tornou uma USF, possuindo uma bagagem tradicional de mais de trinta anos, foi possível perceber como os processos de mudança são difíceis, e, para um SUS tão jovem, é necessário muita força e luta para que esse sistema enfim alcance seu objetivo, principalmente no que tange ao acesso e integralidade.

Diante de todo o contexto que o SUS passou e ainda vem passando, é necessário fortalecer os espaços, por menores que sejam eles. Diante das questões que a nova PNAB 2017 traz, como a diminuição dos profissionais ACS, as discussões sobre acolhimento, qualidade de serviço e carga horária da equipe e profissionais, é necessário, nós, como trabalhadores que estão na luta por um SUS integral, universal e igualitário, defendermos os espaços de decisões compartilhadas. A construção da PNAB 2017 aconteceu em um contexto difícil no Brasil, e na saúde pública especificamente. Dessa forma, fica nítida a importância de se fortalecer o SUS em todos os espaços em que estivermos trazendo por exemplo, essa Gestão Compartilhada e participativa, contribuindo para que os usuários e profissionais estejam cada vez mais empoderados sobre o SUS.

Portanto, espera-se que o Município de Camaçari se aproprie deste relato, incentivando a implementação do Colegiado Gestor em todos os espaços de decisão, principalmente nas unidades de saúde através das Apoiadoras Institucionais. Sugere-se também que as apoiadoras se apropriem da Gestão da Educação em Saúde como método de facilitar todos os processos de trabalho, inclusive o da implementação do Colegiado Gestor nas unidades de saúde do município. Isso pode contribuir para que educação permanente se torne mais participativa na prática de formação dos profissionais de saúde e trabalhe em consonância com a equipe de apoiadoras. Assim, espera-se que as equipes trabalhem de forma compartilhada um “modo de fazer”, construindo junto as estratégias e metodologias de implementação do Colegiado Gestor.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAO, Ana Lúcia. Colegiado gestor: uma análise das possibilidades de autogestão em um hospital público. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.1, pp.95-102. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100014>.

BRASIL. 2006. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

_____. 2010. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA.

_____. 2013. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH. 2013. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

_____. 2013. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização, 2013. Rede de Bibliotecas. Indexação: orientações técnicas. Brasília, DF, 2005

_____. 2017. Prefeitura de Camaçari. Disponível em: <http://www.camacari.ba.gov.br/portal/dados.php>. Acesso em: 22, Ago, 2017. Camaçari, 2017.

CALDAS, Marcela de Souza. Apoiadores Regionais: uma experiência brasileira. A Função Apoio: um ensaio sobre a luta pelo equilíbrio democrático na cogestão em saúde. COSEMS 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Um método para análise e cogestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000400029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000400029>.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; PEREIRA JUNIOR, Nilton e CASTRO, Cristiane Pereira de. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)* [online]. 2014, vol.18, suppl.1, pp.983-995. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>

FERNANDES, Juliana Azevedo; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 287-306, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

73312015000100287&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000100016.r/pdf/physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00287.pdf>

GUEDES Carla Ribeiro, ROZA Monica Maria Raphael, BARROS Maria Elizabeth. 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., 2012, Rio de Janeiro, 20 (1): 93-101

MERHY EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC; 2002. 189 p

MERHY, E.E. & Franco, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. P.29-74.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200006>.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. Hist. Cienc. Saúde- Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 08 jan. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.

PASCHE D, PASSOS E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta na Política de Humanização na Saúde. Saúde Debate. 2012; 34(86):423-23

PONTE, Hermínia Maria Sousa da; OLIVEIRA, Lucia Conde de e AVILA, Maria Marlene Marques. Desafios da operacionalização do Método da Roda: experiência em Sobral (CE). Saúde debate [online]. 2016, vol.40, n.108, pp.34-47. ISSN 0103-1104.
<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080003>

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA Rev. Saúde Pública vol.34 n.3 São Paulo Junho 2000
Rivaldo Mauro de Faria . 2013 A territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. Hygeia 9 (16):131 - 147, Jun/2013 p

ANEXOS

Anexo 1. Nota técnica do colegiado gestor do município de Camaçari-BA

NOTA TÉCNICA S/N.

Cria o Colegiado Gestor das Unidades de Saúde da Atenção Básica, estabelecendo atribuições, composição e parâmetros de funcionamento.

Considerando a Portaria GM/MS Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica;

Considerando que na Portaria supracitada são definidas como características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

VIII - implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

XI - apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social;

Considerando, ainda, que na Portaria supracitada é definida como atribuição de todos os membros das Equipes a participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

O Departamento de Atenção Básica, responsável pelo gerenciamento e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, através desta Nota Técnica orienta sobre a implantação do colegiado gestor das Unidades Básicas de Saúde, estabelecendo suas atribuições, composição e parâmetros de funcionamento.

1. Implantação do Colegiado Gestor

A gestão colegiada propicia a construção de um ambiente organizacional que incentiva os trabalhadores a agirem tecnicamente como facilitadores na criação de alternativas de ações inovadoras, visando a melhoria na qualidade do serviço prestado. Além disso, pode melhorar o atendimento às demandas e necessidades internas e externas do Serviço.

A criação de colegiados gestores locais nas Unidades Básicas de Saúde será adotada pela Secretaria Municipal de Camaçari como diretriz por ser um dispositivo

potente de democratização, propiciando a construção coletiva e objetivando a estruturação de uma assistência de qualidade, equânime e integral, baseada nos princípios do SUS.

Considerando a necessidade de um espaço de discussão permanente dos problemas de saúde, bem como da organização do processo de trabalho, buscando promover as mudanças necessárias à organização dos serviços; a implantação dos Colegiados Gestores das Unidades de Saúde da Atenção Básica de Camaçari será orientada por esta nota técnica, sendo que quaisquer pontos não tratados neste documento poderão ser dirimidos através de comunicações realizadas pelos Apoiadores Institucionais do DAB.

A gestão colegiada, portanto, visa envolver os trabalhadores na tomada de decisão, de forma a criar a responsabilização dos mesmos em relação às decisões tomadas e às diretrizes do modelo assistencial do município, democratizando a gestão local.

Na formação do colegiado gestor, alguns pontos importantes devem ser observados, e sintetizamos de forma didática alguns deles nos próximos itens.

2. Composição do Colegiado

O Colegiado Gestor das Unidades de Saúde da Atenção Básica devem ser compostos por integrantes fixos e integrantes temporários, de acordo com as orientações do perfil das Unidades, assim descritos:

- Unidades de saúde com Programa de Residência Médica e/ou Multiprofissional – integrantes fixos: gerente, preceptores e apoiadores e integrantes temporários: 01 profissional de nível superior, 01 profissional de nível médio e 01 ACS.
- Unidades Básicas de Saúde sem Saúde da família - integrantes fixos: gerente e apoiadores e integrantes temporários: 02 profissionais de nível superior, 02 profissionais de nível médio e 02 ACS.
- Unidades Básicas de Saúde com Saúde da família - integrantes fixos: gerente e apoiadores e integrantes temporários: 01 profissional de nível superior, 01 profissional de nível médio e 01 ACS, independente da equipe.

A seleção dos integrantes pode se dar por indicação/eleição dentro de cada seguimento que compõe a representação da unidade. Embora seja necessária a representação de todas categorias profissionais, pode-se ressaltar que é importante que o trabalhador escolhido possa representar, sendo a referência de todos os membros e categoriais das Equipes de Saúde, assim como os demais técnicos e funcionários não vinculados a uma equipe específica da unidade.

Sugere-se que a indicação/eleição da composição do colegiado seja discutida com o conjunto de trabalhadores em reunião de Unidade, para que de acordo com perfil da unidade, seja garantida a representatividade de todos os seguimentos.

Os integrantes fixos do colegiado deverão sempre fazer parte da composição do mesmo, enquanto ocuparem a função designada na descrição acima. A duração de permanência dos integrantes temporários do colegiado é de 06 meses, podendo ser renovada por mais 06 meses, se o membro do colegiado e seus pares entrarem em consenso sobre este encaminhamento. Após a vigência deste período ou no caso

de necessidade de substituição do integrante temporário, deve ser convocada outra reunião de Unidade para a indicação/eleição do novo membro do colegiado.

Cabe ressaltar que a depender da pauta específica a ser tratada na reunião do colegiado, seus membros podem demandar a presença de outros trabalhadores em momentos pontuais.

3. Atribuições do Colegiado

O colegiado gestor é uma instância de decisão sobre fluxos e andamento geral do processo de trabalho das equipes de saúde família que compõe a unidade, o planejamento, monitoramento, matriciamento e avaliação das atividades, bem como responsável pela gestão do trabalho de todos profissionais.

A reunião do colegiado é onde as decisões serão tomadas e encaminhamentos realizados na rotina da gestão da Unidade. Em casos de urgência, que decisões não possam esperar a próxima reunião do colegiado, qualquer membro desta instância poderá dar o encaminhamento e ser responsável por comunicar o fato na próxima reunião.

As reuniões de colegiado devem conter uma pauta mínima, que deverá ser discutida em todas as reuniões e outras pautas a serem acrescentadas a depender das demandas da Unidade.

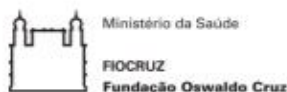
A pauta mínima deverá constar:

- Acompanhamento das manifestações da Ouvidoria
- Acompanhamento da participação de trabalhadores em atividades de educação e programação de repasse para os demais trabalhadores
- Acompanhamento das não conformidades identificadas na Unidade.
- Acompanhamento e registro da paralisação de algum serviço da Unidade.
- Acompanhamento da reunião de Unidade/Equipe com elaboração da pauta destas reuniões.

4. Parâmetros de Funcionamento do Colegiado Gestor

- **FREQUENCIA DAS REUNIÕES:** O calendário de reuniões deverá ser acordado com os membros do colegiado, mantendo a frequência necessária em relação aos temas que precisam de discussão pelo colegiado gestor. Sugere-se a frequência semanal nos primeiros seis meses iniciais após a implantação, com possibilidade de mudança para reuniões quinzenais futuramente. É importante escolher dias e horários de menor fluxo de usuários na unidade para a programação das reuniões.
- **DURAÇÃO DAS REUNIÕES:** A duração das reuniões sugerida é de 01 hora, de forma ser produtiva e não prejudicar o funcionamento da unidade, o que pode variar de acordo com a realidade local e as pautas de discussão.
- **PAUTA DAS REUNIÕES:** A pauta das reuniões precisa ser um misto de demandas do gerente local e da equipe da unidade, de forma a garantir um espaço de diálogo cooperativo e de efetiva participação. Na pauta podem ser inseridos assuntos mais gerais e estruturantes do projeto municipal para a Saúde como discussões relativas ao modelo assistencial, processo de trabalho, etc. Deve ser divulgada antes da reunião e/ou repactuada no início da reunião se houver novas prioridades. Deve-se evitar pautas extensas, utilizando outra metodologia para discussões que demandarão mais tempo.

- **METODOLOGIA A SEGUIR:** Os princípios do Planejamento Estratégico Situacional para análise e soluções de problemas podem contribuir, facilitando a discussão e contribuindo para a produção de resultados do trabalho colegiado. Sugere-se a elaboração de plano de ação, visando sistematizar as ações de enfrentamento dos problemas. O importante é propiciar um espaço de gestão capaz de discutir problemas, planejar, avaliar e pactuar as ações. É preciso evitar a reprodução de estrutura hierarquizada e autoritária nos moldes existentes em alguns conselhos.
- **O REGISTRO DAS REUNIÕES:** Sugere-se o registro de todas as reuniões em livro ata, visando disponibilizar aos funcionários que não participam do colegiado as decisões mais importantes. Além disso, os membros do colegiado devem divulgar verbalmente as decisões e fazer um resumo da Ata para fixar no quadro de aviso, de modo garantir a circulação interna de todas informações importantes.



1 COLEGIADO GESTOR

O QUE É/ OBJETIVO

A ideia de "gestão colegiada" tem reorientado as discussões no campo da Saúde Pública no Brasil na contemporaneidade, aparece como o eixo de processos de gestão considerados inovadores ou alternativo ao "modelo gerencial hegemônico", desde a década de 80, na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). O colegiado gestor é definido aqui, como um arranjo organizacional para formulação e implementação de modos de se fazer gestão democrática ou participativa em todos os espaços de trabalho, com suas características conhecidas flexibilização, alta comunicação, democracia, desalienação dos trabalhadores, e mais importante, sensibilidade para com as necessidades dos usuários (CECILIO, 2010).

COMO FUNCIONA

1) COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO

O Colegiado Gestor das Unidades de Saúde deve ser composto pelos seguintes integrantes:

- Gerente da unidade, quando houver;
- Preceptores da equipe mínima e NASF;
- Profissionais de nível superior que não estejam em função de preceptoria;
- Apoiador Pedagógico Institucional;
- Apoiador(a) institucional residente (do primeiro ou segundo ano);
- Representante dos residentes do segundo ano;
- Representante dos profissionais de nível médio (agentes comunitários de saúde, assistente administrativo, técnico de enfermagem ou técnico de consultório odontológico).

❖ **Importante:** todos os residentes do segundo ano devem vivenciar o colegiado gestor.

2) DEFINIÇÃO DOS INTEGRANTES

A definição dos integrantes pode se dar por autoinscrição/indicação/eleição dentro de cada seguimento que compõe a representação do colegiado. Embora seja necessário a representação de todas as categorias profissionais, pode-se ressaltar que é importante que o trabalhador escolhido possa representar todos os membros e categoriais das Equipes de Saúde da Família (EqSF), assim como os demais técnicos e funcionários não vinculados a uma equipe específica da unidade.

*Sugestão: Discutir a indicação/eleição da composição do colegiado com o conjunto de trabalhadores em reunião de Unidade, para que seja garantida a representatividade de todos os membros descritos anteriormente.

3) PERMANÊNCIA NO COLEGIADO

A duração de permanência dos integrantes do colegiado é de no mínimo 03 meses, exceto para as categorias de gerente, preceptores e apoiador. Após a vigência deste período ou no caso de necessidade de substituição do integrante temporário, pode ser convocada outra reunião de Unidade para a indicação/eleição do novo membro do colegiado.

- ❖ **Importante:** construir a escala (meses) dos residentes do segundo ano que estarão no colegiado gestor, disponibilizar no mural da unidade.

4) ATRIBUIÇÕES DO COLEGIADO

1. Decidir sobre fluxos e andamento geral do processo de trabalho das equipes de saúde da família.
2. Planejar, monitorar e avaliar as ações desenvolvidas na unidade.
3. Auxiliar na gestão do trabalho de todos os profissionais.

4. Coordenar os processos de decisão da unidade e monitorar os encaminhamentos.
5. Construção do cronograma anual dos momentos de planejamento das equipes e da unidade (ver tópico Planejamento Anual de Saúde da Unidade).

5) ORGANIZAÇÃO DA PAUTA

As reuniões de colegiado devem conter uma pauta mínima, que deverá ser discutida em todas as reuniões e outras pautas a serem acrescidas a depender das demandas da Unidade.

* Sugestão: realizar o levantamento dos pontos de pautas com as equipes, com até um dia de antecedência a reunião. A contextualização e o esclarecimento da problemática apresentada será realizada pelo respectivo representante da equipe.

Pauta mínima:

1. Acompanhamento dos problemas/necessidades identificados na Unidade;
2. Participação de trabalhadores em atividades de educação permanente e programação de multiplicação do aprendizado para os demais trabalhadores;
3. Acompanhamento das manifestações da Ouvidoria;
4. Acompanhamento da situação de acordos, faltas, licenças, cumprimento de carga horária, e outros referente à Recursos Humanos;
5. Monitoramento dos registros e produção dos dados da unidade.

Outras pautas:

1. Assuntos referentes ao plano municipal de saúde;
2. Assuntos referentes ao processo de trabalho, ao modelo assistencial, linhas de cuidado, unidades de produção (recepção/acolhimento/sala de farmácia/ sala de vacinas/curativos/procedimentos, entre outros);
3. Monitoramento do Planejamento Anual da Unidade.

6) PARÂMETROS DE FUNCIONAMENTO DO COLEGIADO GESTOR

- **FREQUÊNCIA DAS REUNIÕES**: o calendário de reuniões deverá ser acordado com os membros do colegiado, sugere-se encontros **semanais**. Importante expor as datas em mural para conhecimento da unidade e comunidade.
- **DIA/TURNO/HORÁRIO**: escolher o dia, turno e horário de menor fluxo de usuários na unidade para a programação das reuniões.
- **DURAÇÃO**: o tempo sugerido para duração da reunião é de, **no máximo, 2 horas**, de forma a ser produtiva e não prejudicar o funcionamento da unidade, o que pode variar de acordo com a realidade local e as pautas de discussão.
- **REGISTRO**: todas as reuniões deverão ser registradas em livro ata, com intuito de viabilizar os pontos discutidos e os encaminhamentos realizados pelo colegiado para todos os funcionários da Unidade. Os membros do colegiado deverão divulgar as deliberações no "quadro/mural de avisos", de modo a garantir circulação interna das informações.

7) SUGESTÃO DE METODOLOGIA

Utilizar os princípios do Planejamento Estratégico Situacional para análise e soluções de problemas, a fim de facilitar a discussão e contribuir na produção de resultados do trabalho colegiado. Sugere-se a elaboração de plano de ação, visando sistematizar as ações de enfrentamento dos problemas. O importante é propiciar um espaço de gestão capaz de discutir problemas, planejar, avaliar e pactuar as ações.

❖ Importante:

- a) Evitar que o colegiado gestor seja espaço apenas de informes, reivindicações sindicais, e queixas dos recursos materiais;
- b) Evitar discussões sobre temas que estão fora da governabilidade local;

- c) Evitar que o gerente local atribua e responsabilize todas as decisões ao colegiado gestor. O gerente continua responsável pela gestão da Unidade (se, existir);
- d) Evitar as ausências e remarcação das reuniões em detrimento da demanda ao atendimento, preservar o espaço da reunião;
- e) Legitimar o colegiado perante o conjunto de trabalhadores.
- f) Este espaço não substitui a reunião de unidade e nem a reunião de equipe.

REFERÊNCIAS

CECILIO, LCO. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(3):557-566, mar, 2010.

RAUPP, B. Sistematização de uma metodologia gerencial para Unidades de Atenção Primária do Sistema Único de Saúde no contexto de uma pesquisa sobre a Cultura Organizacional. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.11, n. 4, p. 421-434, out./dez.. 2008.

SOARES, R.S e RAUPP, B. Gestão compartilhada : Análise e Reflexões sobre o processo de implementação em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do SUS. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 4, p. 436-447, out./dez. 2009.