

FACULDADE IBGEN – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO DE NEGÓCIOS
MBA EM GESTÃO PÚBLICA

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família de POA -
Nível de conhecimento, dos servidores estatutários, na implantação do Projeto
nas quatro Unidades Básicas de Saúde da Gerência Distrital Leste/Nordeste.

ROSANE TEREZINHA BALTAZAR

PORTO ALEGRE / RS

JUNHO / 2008

ROSANE TEREZINHA BALTAZAR

**PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família de POA -
Nível de conhecimento, dos servidores estatutários, na implantação do Projeto
nas quatro Unidades Básicas de Saúde da Gerência Distrital Leste/Nordeste.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso
de Pós-Graduação MBA em Gestão Pública da
Faculdade IBGEN, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista.

Orientadora Metodológica:
Professora Laura Gluer

PORTO ALEGRE / RS

JUNHO / 2008

AGRADECIMENTOS

À Faculdade IBGEN – Instituto Brasileiro de Gestão de Negócios – por ter-me proporcionado aumentar meus conhecimentos.

A minha orientadora metodológica, Professora Laura Gluer por estar presente nos momentos de reflexão e aprendizado.

Aos colegas das Unidades Básicas de Saúde que contribuíram para a realização deste trabalho.

Aos colegas da Gerência Distrital Leste/Nordeste que apoiaram e viabilizaram a concretização deste trabalho.

Existir é assim, um modo de vida que é próprio ao ser capaz de transformar, de produzir, de decidir, de criar, de recriar, de comunicar-se (Freire, 1982, p. 66)

RESUMO

A efetivação do direito à saúde depende do provimento de políticas Sociais e econômicas que assegurem ao SUS – Sistema Único de Saúde a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades de forma equitativa. A consolidação da saúde como direito universal e fundamental ao ser humano. Saúde é qualidade de vida e isso implica no reconhecimento do humano como ser integral. Reduzir as desigualdades regionais e ampliar a oferta de ações de saúde aos grupos populacionais mais vulneráveis e facilitar o acesso, de forma a garantir a universalidade com ações voltadas para a reorganização e o fortalecimento da Atenção Básica através da estratégia saúde da família.

Palavras-chave: Descentralização. Territorialização. Controle social. Promoção da saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS

PROESF – Projeto de Extensão Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

US – Unidade de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

US VJ – Unidade de saúde Vila Jardim

US CH – Unidade de saúde Chácara da Fumaça

US MR – Unidade de saúde Morro Santana

US BJ – Unidade de Saúde ambulatório Bom Jesus

SUMÁRIO

1 TEMA	7
1.1 TEMA.....	9
1.2 PROBLEMA	10
1.3 JUSTIFICATIVA	10
1.4 OBJETIVOS.....	12
1.4.1 Objetivo Geral	12
1.4.2 Objetivos específicos.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
3 METODOLOGIA.....	20
4 ANÁLISE	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS	27
ANEXO.....	29

1 TEMA

O Projeto de expansão e consolidação da saúde da família – PROESF é uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial – BIRD, voltada para a organização e o fortalecimento da atenção básica à saúde no País.

Visa contribuir para a implantação e consolidação da estratégia de Saúde da Família por meio da elevação da qualidade do processo de trabalho e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população em todos os municípios brasileiros. É um importante desafio para os grandes centros urbanos. Nas áreas de maior concentração populacional, a heterogeneidade das condições econômico-sociais reflete-se também no desigual acesso e utilização dos serviços de saúde, observam-se barreiras ao acesso e oferta de ações básicas.

A implantação da estratégia da Saúde da Família nas grandes cidades é mais complexa, exigindo mudanças de ordem quantitativa e qualitativa na sua operacionalização. O PROESF viabiliza recursos para a estruturação das equipes/unidades, buscando integrar procedimentos de outros níveis de complexidades da atenção e aperfeiçoar tecnologias de gestão e avaliação do sistema.

Também visa ampliar e reestruturar as várias iniciativas voltadas para o desenvolvimento de recursos humanos no PSF – Programa de Saúde da Família, incrementar recursos, apoiar respostas mais ágeis na educação continuada, e iniciativas de mudanças na formação dos profissionais, bem como na sua fixação.

Com os avanços nos processos de descentralização das ações de saúde, especialmente a partir da Norma Operacional da Assistência – NOAS/01, devem ser ressaltadas as particularidades das grandes cidades na reestruturação dos modelos de atenção a saúde, na necessidade de regionalização e reorganização funcional do sistema. O fortalecimento do programa saúde da família deverá combinar a extensão de cobertura de serviços com a maior qualidade da atenção e satisfação das necessidades de saúde para a população brasileira hoje concentrada em grandes centros urbanos.

Na agenda de enfrentamento das atuais demandas e necessidades em saúde, destacam-se os princípios da promoção da saúde como norteadores de estratégias de trabalho e desenvolvimento efetivo de ações intersetoriais.

Todos os princípios fundamentais da Estratégia do Programa Saúde da Família, reafirmados nas diretrizes operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), são ressaltados no PROESF:

- a) avanços no processo de descentralização;
- b) integralidade e hierarquização dos serviços;
- c) territorialização e cadastramento da clientela;
- d) participação e controle social;
- e) atuação com base em equipes multiprofissionais.

A realidade nos municípios brasileiros é diferenciada, caracterizando diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial.

O Sistema Único de Saúde municipal deve estar organizado de modo que o gestor possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.

O direito à saúde, conquistado, significa que cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir de políticas públicas que reduzam riscos e agravos à saúde. Esse direito significa, igualmente, o acesso universal, para todos e equânime, com justa igualdade a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, atendimento integral. (NOB - SUS 01/96).

Busca-se a plena responsabilidade do poder público municipal. Esse poder se responsabiliza como também pode ser responsabilizado. Os poderes público federal e estadual são sempre co-responsáveis (inciso II do Artigo 23, da Constituição Federal). Essa responsabilidade, no entanto, não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Faz-se necessário aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no País e a própria organização do sistema, visto que, o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território. É necessário reordenar o modelo de atenção básica à saúde identificando os papéis de cada esfera de governo.

Vivemos em uma sociedade que sofre constantes transformações. As pessoas, os grupos e as organizações estão sempre mudando. Assim, também acontece com as organizações de saúde e com grupos que nelas atuam. Podemos afirmar que as mudanças

sempre ocorrem; o que difere é a intensidade e o resultado imediato. As organizações de saúde sofrem influência de alguns fatores que impulsionam as mudanças. Esses fatores originam-se tanto fora da organização, como dentro dela. Os fatores externos são pressões do ambiente social nas quais as organizações estão inseridas, e, portanto não são passíveis de controle por seus elementos.

As pressões para mudança também podem estar dentro das organizações, e por isso os fatores internos podem ser mais trabalhados por seus elementos. Esses fatores resultam da mudança dos objetivos e da filosofia da organização, da política, do processo de tomada de decisão, da nova tecnologia implantada, do relacionamento interpessoal e de normas e rotinas de trabalho estabelecidas.

Toda mudança ocorrida desde a implantação do SUS e a municipalização da saúde em Porto Alegre destaca-se por pressões dentro e fora das organizações.

Cabe ao gestor estar atento a essas mudanças reconhecendo e desenvolvendo estratégias para o planejamento e implantação de novas idéias, promovendo a aproximação entre aquilo que desejamos e a realidade, o mais possível.

Os trabalhadores da secretaria municipal de saúde de Porto Alegre são entendidos como autores fundamentais na implantação do projeto de expansão da estratégia saúde da família. É através deles que se dá a concretização de um modelo de saúde integral e igualitário garantindo a responsabilização com geração de vínculo entre os profissionais e a população. O PROESF é um componente estratégico da gestão participativa porque promove maior envolvimento dos profissionais, gerando ambientes solidários e novas possibilidades dos vínculos institucionais dos trabalhadores.

1.1 TEMA

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família de Porto Alegre – Nível de conhecimento, dos servidores estatutários, na implantação do projeto nas quatro Unidades Básicas de Saúde da Gerência Distrital Leste/Nordeste.

O preparo do pessoal para a participação proporciona o equilíbrio de forças impulsoras e restritivas. A estratégia consiste em favorecer as forças impulsoras e, ao mesmo tempo, tentar converter ou imobilizar as forças restritivas.

1.2 PROBLEMA

Qual o nível de conhecimento, dos servidores estatutários, sobre o Projeto Expansão Saúde da Família?

1.3 JUSTIFICATIVA

No cenário mundial e no Brasil as políticas e estratégias setoriais de comunicação e informação encontram-se no eixo central das possibilidades de geração de novos processos e produtos, e de mudanças nos modelos institucionais de gestão. A 12ª Conferência Nacional de Saúde reafirmou que a comunicação, a educação e a informação são componentes essenciais para se alcançar equidade, qualidade e humanização dos serviços de saúde e fortalecer o controle social no âmbito do SUS.

O PSF é apresentado, na Norma Operacional Básica 01/96, como uma proposta para a rede básica. É sustentado pelo modelo de vigilância da saúde. Caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde desenvolvida no individual e no coletivo com práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas. É uma estratégia para a rede básica que deve desencadear um processo de reorientação do modelo assistencial. Seu instrumento básico é a epidemiologia e sua oferta é a territorialização.

O desafio que se coloca para os municípios é a consolidação de um modelo de atenção à saúde pautada pelo paradigma da produção social da saúde, pela prática da vigilância e pela busca da equidade. Para tanto, é necessária a delimitação do território sob a responsabilidade do serviço, o conhecimento da configuração epidemiológica e o conhecimento da história, das demandas e dos problemas da população.

O período de implantação do PROESF compreende os anos de 2002 a 2009. A Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre já aderiu ao projeto atendendo as exigências das fases neste processo de implantação.

Já em 2000, por ocasião da 3ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, o tema principal era a discussão sobre a efetivação do Controle Social e a Gestão Pública do SUS Municipal com enfoque no Modelo de Atenção. A Conferência confirmou o Programa

de Saúde da Família como uma estratégia operacional para este modelo de atenção. A implantação de uma política efetiva de formação de Recurso Humano para garantir os princípios do SUS. A garantia de um efetivo Controle Social, com a democratização das decisões políticas, planejamento e avaliação das ações em saúde estabelecendo processos bem definidos de co-planejamento por território para que os serviços de todos os níveis de complexidade possam compartilhar com a população as causas de adoecimento e morte mais comuns na sua área.

A confirmação da necessidade de promover a descentralização político-administrativa transferindo para o poder local um papel estratégico na condução do processo ao definir que os Distritos de Saúde devem funcionar como unidades resolutivas até que ocorra a completa abrangência dos vazios de atendimento à saúde, dotando-os de infra-estrutura adequada e autonomia em relação aos recursos necessários para a prestação de serviços, segundo Caderno de Resoluções da 3ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre (2000).

A Portaria 648, de março de 2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, considerando a transformação do PSF – Programa de Saúde da Família – em uma estratégia de abrangências nacional consolidando e priorizando a reorganização da atenção básica no Brasil.

A composição harmônica, integrada e modernizada do SUS visa atingir, fundamentalmente, vínculos entre diferentes seguimentos e criar condições elementares para a eficiência e a eficácia gerenciais, com qualidade. É possível através dessa nova formulação dos sistemas tanto nos seguimentos sociais quanto na instância do poder político-administrativo.

O conjunto desses elementos propicia uma nova condição de participação com vínculo, mais criativa e realizadora para as pessoas, e que acontece não - somente nas instâncias colegiadas formais – conferências e conselhos – mas em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, inclusive dentro dos próprios serviços de atendimento. Cada sistema municipal deve materializar, de forma efetiva, a vinculação.

A adoção de medidas impulsoras para a implantação de um estilo de gestão voltada para a mudança comportamental. As pessoas percebem de forma diferente a necessidade de mudança. Enquanto algumas encaram como desafio, oportunidade de crescimento com efetiva utilização do seu potencial e ampliação do espaço decisório, outras a associam a ameaças e perdas. Independente da forma como percebem a mudança, sempre sofrem uma reação em graus variados, a qual caracteriza a resistência à mudança.

Uma maneira de tratar a resistência é através do subsídio da informação. É preciso que os resultados de novos estudos atravessem a barreira organizacional e permita o desenvolvimento dos grupos, o que levará à mudança.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Avaliar o nível de informação/conhecimento sobre as propostas e diretrizes do PROESF.

1.4.2 Objetivos específicos

- a) mapear o nível de conhecimento dos servidores estatutários sobre as propostas e diretrizes do PROESF;
- b) sugerir ações para melhorar este nível de informação e conhecimento necessários na manutenção da rede de comunicação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O fortalecimento do projeto Saúde da Família deverá combinar a extensão de cobertura de serviços com a maior qualidade da atenção e satisfação das necessidades de saúde para a população brasileira hoje concentrada em grandes centros urbanos. O projeto vem reafirmar as diretrizes operacionais do SUS:

- a) descentralização/ desconcentração;
- b) integralidade e hierarquização dos serviços;
- c) participação e controle social;
- d) territorialização e cadastramento da clientela;
- e) atuação com base em equipes multiprofissionais;
- f) humanização (NOB - SUS /96).

A organização da atenção, no campo da saúde coletiva, se insere em um contexto entre diferentes propostas de gestão das organizações de saúde e da formação da rede de atenção. A proposta aqui apresentada visa ampliar a capacidade de compreensão para lidar melhor com as práticas cotidianas e concretas da saúde coletiva.

Atualmente, as organizações reconhecem que o conhecimento é um recurso muito importante na construção de uma empresa. O reconhecimento se dá pela valorização e aplicação do conhecimento ao trabalho. A saúde pública no Município de Porto Alegre vem ao longo dos anos, desde sua municipalização em 1996, qualificando sua forma de atendimento através de várias ações. Seja através da implantação de programas como o PSF – Programa de Saúde da Família, ou ações pontuais com incidência nos dados epidemiológicos levantados pela vigilância em saúde do município.

É papel do gestor identificar e aperfeiçoar a gestão de pessoal, estabelecendo um processo participativo e agregador, afirmando o compromisso em responder às necessidades sociais em saúde. Orientar a gestão de pessoal pela responsabilização coletiva e pela mobilização em torno dos objetivos em saúde. Educar de forma continuada, o conjunto de trabalhadores para uma nova cultura de organização, focada no desenvolvimento de respostas sistêmicas que considerem a saúde como qualidade de vida, com um enfoque estratégico promocional de satisfação das necessidades sociais com equidade abarcando conhecimentos técnicos, assistenciais e de gestão.

O sistema de saúde é parte de um sistema social de geração da qualidade de vida e saúde, é preciso articular em torno da problematização da realidade e de um enfoque estratégico promocional, um acionar orientado pela racionalidade prática de dar respostas. Faz-se necessário a construção de uma estrutura de educação permanente e de pesquisa aplicadas ao SUS privilegiando uma interlocução entre as necessidades a satisfazer da população e dos agentes ligados á pesquisa, á educação e ao trabalho em saúde.

O foco na contribuição apresenta quatro requisitos básicos das relações humanas efetivas: comunicação, trabalho de equipe, autodesenvolvimento e desenvolvimento dos outros. Organizações cientes de que atuam no campo das relações humanas dão especial atenção à comunicação. A Prefeitura Municipal de Porto Alegre vem ao longo dos anos trabalhando em comunicação na administração e entre os funcionários.

O trabalho eficaz é realmente feito em e por equipes com diversos conhecimentos e habilidades. Essas pessoas precisam trabalhar juntas voluntariamente e de acordo com a lógica da situação e das exigências da tarefa, e não de acordo com uma estrutura de direito formal.

Drucker afirma que “Ser eficaz é tarefa do trabalhador de conhecimento... ele consegue que as coisas certas sejam realizadas.” (2002, p. 55).

Hoje uma equipe de saúde em atenção básica desenvolve os programas propostos pelo município, reconhece sua área de atuação, conhece o perfil do usuário de sua população adstrita, mas enfrenta grandes problemas referentes à resolutividade. Percebo a angustia e a ansiedade dos profissionais, comprometidos com o SUS, em dar respostas eficazes. Na busca para exercer suas atribuições e garantir a execução dos serviços essenciais exigindo resultados positivos e atendimentos satisfatórios, a equipe de saúde compartilha , potencializa ações e compromissos junto aos usuários do sistema.

“Cada vez mais a eficácia pode ser a única área em que podemos esperar aumentar significativamente o nível de desempenho, de realização e de satisfação do trabalhador”. (DRUCKER, 2002, p. 63).

As equipes multiprofissionais não devem perder de vista a realidade local em que atuam nem os saberes e práticas organizados para desenvolver as ações transdisciplinares necessárias no processo resolutivo.

Estes conceitos afirmam que o trabalhador é sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas.

“As pessoas eficazes põem o foco na contribuição. Elas tiram os olhos de seu trabalho e olham para fora, em direção às suas metas”. (DRUCKER, 2002, p.67).

A revisão bibliográfica permitiu apontar observações pertinentes ao gestor na implantação de novas idéias. Com bases nestes conceitos poderemos discorrer os pontos a serem observados. Os autores nos mostram aspectos relevantes neste processo; para Stewart (1998), capital intelectual é a soma de três capitais:

- a) humano: conhecimento e competências individuais dos funcionários;
- b) estrutural: conhecimento e competência coletiva; e
- c) cliente: conhecimento e vantagens advindas dos clientes.

Para Nonaka e Takeuchi (1997) existem dois tipos de conhecimento: tácito e explícito. O conhecimento tácito é aquele disponível com pessoas e que não se encontra formalizado em meios concretos. É o conhecimento pessoal, subjetivo, de insight e intuições que uma pessoa tem depois de estar imerso numa atividade por um longo período de tempo. Se expressa por habilidades baseadas em ações. O conhecimento tácito pode ser ensinado e compartilhado. Ele pode ser aprendido por meio de exemplos. Possui dimensão técnica e cognitiva. A dimensão técnica diz respeito ao conhecimento prático de saber executar uma tarefa. Já a dimensão cognitiva consiste em esquemas, modelos mentais, crenças e percepções que refletem nossa imagem de realidade e nossa visão de futuro. Já o conhecimento explícito é aquele que pode ser armazenado. É formal, freqüentemente codificado em fórmulas matemáticas, regras, especificações.

Os dois tipos de conhecimento são complementares, e as organizações precisam aprender a converter o conhecimento tácito em explícito. Os autores afirmam que quando há interação entre o conhecimento explícito e o conhecimento tácito, surge a inovação.

Eles identificaram quatro modos de conversão entre conhecimento tácito e explícito. O processo de externalização é a transformação do conhecimento tácito em explícito. A internalização é o processo inverso. Já a combinação é o processo de interação entre conhecimento explícito para a geração de novos conhecimentos. Por sua vez, a socialização é a interação entre conhecimentos tácitos.

	Tácito	Explícito
Tácito	socialização	externalização
Explícito	internalização	combinação

Fonte: Modelo Nonaka &Takeuchi

O objetivo e importância destes modos de conversão são transformar o aprendizado individual em coletivo. A diferença é que o aprendizado coletivo permite efetuar tarefas que não podem ser realizadas individualmente.

A gestão do conhecimento está, intrinsecamente, ligada à capacidade das empresas em utilizarem e combinarem as várias fontes e tipos de conhecimento organizacional para desenvolverem competências específicas e capacidade inovadora que se traduzem permanentemente, em novos produtos, processos, sistemas gerenciais e lideranças de mercado. (TERRA, 2001, p. 82).

Para Pereira (2005), “Mais do que buscar definir o que é gestão do conhecimento nas empresas, é preciso entender, na realidade, a essência que está por trás desse conceito. O conhecimento está presente na empresa através de seu capital intelectual, capital humano.”

Para atingir o aprendizado coletivo é necessário ter meios adequados para os modos de conversão. O que nos permite tomar decisões são as informações que temos sobre o assunto. Para tanto a saúde dispõe de uma ferramenta o Sistema de Informação em Saúde (SIS). De acordo com Ferreira (2001), é possível definir um SIS como um conjunto de componentes que atuam de forma integrada, através de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para programar processos de decisões no sistema de saúde. O objetivo de um SIS é selecionar dados pertinentes que possam ser transformados em informações por aqueles planejam, financiam, provêm e avaliam os serviços de saúde.

Outros autores nos mostram a importância do Planejamento Estratégico Situacional. Para Pitta e Rivera (2006), o planejamento estratégico situacional (PES) é uma ferramenta que possibilita a interlocução dos atores envolvidos no processo de trabalho. É um enfoque de planejamento útil para a promoção de formas de coordenação de pequenas e grandes organizações por trabalhar com problemas explicados de uma forma totalizadora, apontando causas ou nós críticos que dependem de vários setores, unidades e departamentos, mas que enfrentam questões em comum a partir de processos de trabalho. O PES fortalece e facilita um enfoque de intervenção marcado pela intersectorialidade.

Na realidade coexistem vários atores com capacidade de planejamento diferenciada. Em consequência há várias explicações da realidade e todas elas estão condicionadas pela inserção particular de cada ator nesta realidade. Não são possíveis o diagnóstico único e a

verdade objetiva. Só é possível uma explicação situacional onde cada sujeito explica a realidade a partir da posição de enunciação que ocupa frente ao objeto planejado.

Para garantir a estabilidade do discurso social e dar visibilidade aos seus consensos mínimos ao longo do tempo, grupos e instituições (atores) precisam reiterá-los permanentemente, contexto a contexto, situação a situação, utilizando ou não meios de comunicações massivos, mas dando visibilidade de forma ritualística a seus discursos no tempo. A proposta metodológica “estratégico-situacional”, para uma comunicação pública com base em necessidades sociais e de saúde concretas não garante o apagamento da distância entre a experiência vivida e as soluções tomadas como consensos, cria, no mínimo, novas possibilidades de buscar estratégias de comunicação com base nos determinantes biopsicossociais do problema a ser enfrentado.

Cada indivíduo tem capacidade de criar e inovar, desde que esteja em um ambiente adequado para tal desenvolvimento. O desenvolvimento pessoal depende em grande parte do foco nas contribuições. O gestor que focaliza a contribuição também estimula os outros a se desenvolver.

É de grande importância proporcionar programas, ferramentas e treinamentos para os colaboradores. A compreensão e análise de processos de aprendizagem têm contribuído de modo significativo para conectar as escolhas estratégicas de uma organização com as estratégias e práticas de gestão de pessoas.

A aprendizagem é um fenômeno multinível, podendo se dar individualmente, entre equipes ou no coletivo. Segundo Crossan et al (1999), a interação entre aprendizagens individuais e coletivas passa por três níveis de atuação, iniciando pelo indivíduo, passando pelo grupo até o nível de organização. Esse fluxo é ligado por quatro processos sociais e psicológicos: a intuição, a interpretação, a integração e a institucionalização. (TAVARES, p. 80).

É necessário constantemente lembrar o papel de cada colaborador. O líder da organização precisa cultivar o público interno e externo. Trabalhar com afinco para extrair do pessoal esse conhecimento operacional não só gera uma base intelectual para a mudança, mas também, ajuda o líder a obter o apoio da equipe, necessário para o sucesso. Identificar o motivo pelo qual veio trabalhar na organização. Articular uma meta ambiciosa. Questionários, entrevistas e observações podem determinar quem, na organização, está aberto a uma transformação.

O sistema de liderança de uma organização que tem o compromisso com a qualidade em sua gestão é aquele que promove o comprometimento profissional de seus colaboradores e

possibilita a formação de um ambiente institucional propício ao desenvolvimento, concedendo autonomia decisória e construindo cadeias.

Para o sucesso na implantação de uma nova idéia após esclarecimentos e adesão do coletivo o gestor deverá conceder a estrutura necessária. Contudo, a melhor opção está em organizar a estrutura na qual os funcionários usam suas habilidades.

A liderança, como um dos processos que concretiza a administração de pessoal nas organizações, trata basicamente da condução ou coordenação de grupos. Nas organizações, os significados atribuídos à liderança, aos líderes e ao grupo refletem, mais do que qualquer outro processo da administração de pessoal, a filosofia da instituição, a política de pessoal adotada e as propostas de trabalho desenvolvidas nessas organizações. Para a efetivação de qualquer plano, é necessária a ação de um indivíduo e, à medida que aumenta a complexidade das atividades do grupo, aumenta, também, a necessidade de um líder.

O primeiro estudo sobre liderança ocorreu em 1939 realizado por Lewin, Lippitt e White, mostrou que o mesmo grupo de pessoas se comporta de diferentes formas quando interage com diferentes líderes. A cada seis semanas o grupo tinha acesso a diferentes líderes. Esses líderes assumiram três tipos de comportamento: liderança autocrática ou autoritária, liderança liberal e liderança democrática. O grupo apresentou comportamento diferente de acordo com os líderes.

Na liderança autocrática, houve alta produção, mas muita tensão, frustração e agressividade. Com a liderança liberal, o grupo teve produção alta, mas com baixa qualidade e desenvolveu-se o individualismo. Sobre os efeitos da liderança democrática desenvolveu-se a amizade, integração grupal e a produção, embora não tão alta quanto a da autocrática, foi de melhor qualidade.

A partir de pesquisas como essas, foram obtidos fatos a respeito da relação entre liderança e realização de grupo. Foi considerado como líder aquele membro do grupo designado pela organização à qual o grupo pertence, ou o elemento eleito pelo grupo, ou aquele que exerce maior influência sobre os demais membros, sendo essa influência aceita voluntariamente pelo grupo.

Cabe ao gestor, portanto, refletir sobre a prática da liderança e sua importância na operacionalização e redirecionamento do modo de fazer saúde.

É essencial que os modelos de atenção propostos se apoiem nas diretrizes orientando e definindo como organizar as ações e serviços.

Seguem em destaque as diretrizes operacionais do SUS, necessárias na operacionalização do sistema: NOB - SUS/ 96.

A **descentralização** vem estabelecer o papel das três esferas de governo do SUS, transferindo responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e municípios. **Integralidade** refere-se à capacidade do serviço para prestar assistência integral ao indivíduo nas ações de promoção, proteção e recuperação de saúde. **Participação e controle popular** é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e de controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. O controle social do sistema de saúde é um princípio e uma garantia constitucional regulamentada pela lei orgânica de saúde (lei nº 8142/90). Assim, as ações desenvolvidas devem seguir as diretrizes estabelecidas pela legislação no que se refere à participação popular. A lei nº 8142/90 definiu alguns fóruns próprios para o exercício do controle social – as conferências e os conselhos de saúde a serem efetivas nas três esferas de governo. Porém, a participação população não se restringe apenas a esses. **A territorialização** possibilita que as equipes de saúde incorporem, em seu cotidiano, um novo fazer em saúde consolidando um modelo pautado pela prática da vigilância e pela busca da equidade. Para que isso ocorra é necessária a delimitação do território sob responsabilidade do serviço com vistas ao reconhecimento de área, conhecimento da história, das demandas e dos problemas.

As equipes multiprofissionais irão garantir um atendimento continuado no período de funcionamento da unidade possibilitando um atendimento sem quebras qualificando a escuta das necessidades apontando para uma maior resolutividade. **Humanização** é a construção de uma política de qualificação do Sistema Único de Saúde. Deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um programa a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS. É entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva.

3 METODOLOGIA

O objetivo deste capítulo é apresentar a estrutura metodológica que serviu como base para esta pesquisa sobre as informações, dos servidores estatutários, das quatro unidades básicas da Gerência Distrital Leste Nordeste de Porto Alegre, na implantação de um novo modelo de assistência a saúde – Estratégia Saúde da Família.

Segundo Gil (1999, p. 43) a pesquisa exploratória têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias. Este trabalho se caracteriza, quanto aos fins, como uma pesquisa de caráter exploratório meio de investigação método estudo de casos. O grande valor do estudo de caso é fornecer o conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada.

Segundo Yin, 2005, nas palavras de um observador “[...] a principal tendência em todos os tipos de estudo de caso, é que ela tenta esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões; o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implantadas e com quais resultados. (SCHARAMM, 1971)

O estudo de caso foi desenvolvido nas quatro unidades básicas da Gerência Leste Nordeste: US Vila Jardim, US Morro Santana, US Chácara da Fumaça e Ambulatório Bom Jesus, através das reuniões de equipes, que foram semanais. Os serviços realizam a reunião de equipe regularmente. Foi apresentado o instrumento de pesquisa (questionário) aos funcionários, que se constituía em perguntas que destacavam a profissão, a idade, o sexo e os seguintes questionamentos: 1) Você já ouviu falar no projeto?; 2) Você tem conhecimento que há unidades de saúde na cidade com o projeto implantado?; 3) Você gostaria de trabalhar com este modelo? (ver ANEXO).

A escolha por questionário deu-se pela facilidade em manusear o instrumento e também poder atingir um número maior de representantes das diversas categorias profissionais que compõem as equipes de saúde.

Foram distribuídos 20 (vinte) questionários aos servidores em cada unidade básica, totalizando 80. Desses questionários distribuídos, 65 retornaram. Dos que retornaram, 52 foram respondidos.

TABELA 1 – Compilação dos dados da pesquisa

	Questionários entregues	QUESTÃO 1		QUESTÃO 2		QUESTÃO 3		
		sim	não	sim	não	sim	não	Não sei
BJ	9	6	3	6	3	7	1	1
VJ	11	11	0	10	1	7	3	1
CH	14	8	6	3	11	5	4	5
MR	18	5	13	1	18	3	5	8
TOTAL	52	30	22	20	32	24	13	15

Fonte: dados da pesquisa (2008).

Dos cinquenta e dois, trinta entrevistados já ouviram falar do PROESF e vinte e dois não ouviram. Vinte pessoas sabem que há na cidade o projeto implantado em unidades básicas de saúde e trinta e dois não sabem. Vinte e quatro dos entrevistados gostariam de trabalhar com este modelo e treze pessoas não gostariam, sendo que 15 (quinze) servidores não sabem opinar sobre o assunto e gostariam de maiores esclarecimentos.

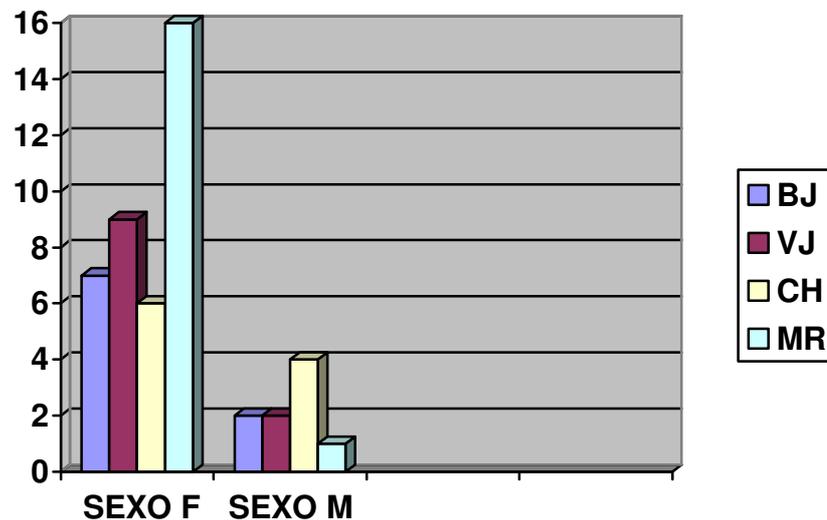


GRÁFICO 1 – Perfil dos entrevistados quanto ao gênero
Fonte: dados da pesquisa (2008).

Esse gráfico mostra o perfil dos entrevistados quanto ao gênero: 42 (quarenta e dois) são do sexo feminino e 9 (nove) do sexo masculino. Um entrevistado não quis se identificar.

TABELA 2 – Perfil das categorias profissionais

	médico	enfermeiro	téc.enf.	dentista	ACD	ADM	NUT	Assist. Social	Psico	TO
BJ	1	1	4	0	0	2	1	0	0	0
VJ	2	2	4	1	1	1	0	0	0	0
CH	7	2	1	3	1	0	0	0	0	0
MR	5	2	5	0	0	2	0	1	1	1
TOTAL	15	7	14	4	2	5	1	0	1	1

Fonte: dados da pesquisa (2008).

Esta tabela mostra o perfil das categorias profissionais. Aparece a categoria médica com 15 questionários respondidos, seguida dos técnicos de enfermagem com 14 e os enfermeiros com 7. Os administrativos (ADM) com 5, os dentistas com 4, os assistentes de consultório dentário (ACD) com 2. Um nutricionista, um psicólogo e um terapeuta ocupacional.

4 ANÁLISE

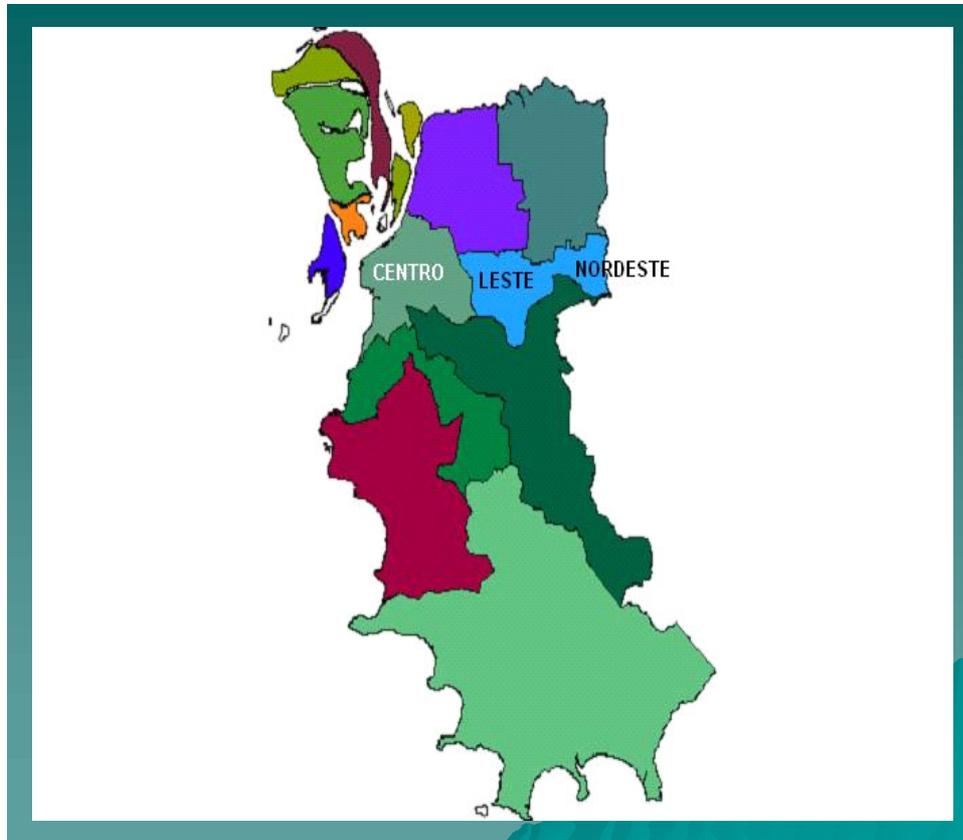


FIGURA 1 – Ilustração de Porto Alegre, dividida em regiões
Fonte: dados da pesquisa (2008).

Porto Alegre promoveu a desconcentração político-administrativa transferindo para o poder local, através das Gerências Distritais, um papel estratégico na condução no processo organizacional e de cobertura de território, garantindo, ao usuário, porta de entrada ao sistema de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde já aderiu ao Projeto de Conversão da Rede no ano 2003 e conta com três unidades que implantaram o projeto. Essas unidades estão localizadas na região da Gerência Distritais Centro, são elas: Centro de Saúde Santa Marta, Unidade Santa Cecília e Centro de Saúde Modelo.

A partir das regiões do Orçamento Participativo (16 total), foram distribuídos os distritos. Cada Gerência com dois distritos, totalizando oito gerências na cidade. A Gerência Leste/Nordeste compreende os distritos três e seis, respectivamente. Realiza a gestão do SUS no âmbito do seu território de competência, planeja ações em saúde junto aos serviços de

atenção básica e conselhos distritais, gerencia recursos humanos e articula com todas as redes de atenção.

A Gerência Distrital leste/Nordeste caracteriza-se por apresentar serviços de saúde, na maior parte da sua cobertura de território, por dezoito equipes de PSF – Programa de Saúde da Família, hoje denominado Estratégia Saúde da Família. Esta característica garante um modelo de assistência sustentado pela epidemiologia com ações de promoção, proteção, prevenção, diagnóstica e tratamento desenvolvido no individual e coletivo com práticas sanitárias e participativas. Também conta com 4 unidades básicas (UBS), um centro de saúde com pronto atendimento 24 horas (PAS), uma equipe de Saúde Mental que se divide em atendimento para o Adulto e a Infância, uma equipe do NASCA – Núcleo de Assistência a Criança e ao Adolescente – que realiza ações educativas nas escolas e creches da região, cinco unidades básicas (UBS) do Grupo Hospitalar Conceição(GHC) e uma unidade – Centro de Extensão Universitária PUC.

O trabalho foi desenvolvido nas quatro Unidades Básicas Gerência Leste/Nordeste. As Unidades Básicas realizam atendimento em Atenção Básica, mas não seguem o modelo Estratégia Saúde da Família.

A proposta de realização deste estudo é poder contribuir nos esclarecimentos, sensibilização e na implantação dessa Estratégia de Atenção Básica à Saúde, qualificando o acesso através da territorialização e instrumentalizando as equipes para prestar um atendimento à população adstrita de forma eficiente e eficaz como presa o SUS – Sistema Único de Saúde de nosso País.

Os educadores em saúde e das áreas assistenciais têm verificado e vivenciado o desenvolvimento da saúde enquanto um bem universal. Na luta por mudanças e pela quebra de paradigmas o “cuidado” é o olhar voltado para o ser humano como um sistema aberto e envolvido numa rede. Entender a saúde neste novo olhar requer enfrentar desafios. Esse olhar complexo e dinâmico oferece a oportunidade de uma ação integrada que inclui as diferentes dimensões da experiência humana: a subjetiva, a social, a política, a econômica e a cultural, colocando, portanto, a serviço da saúde, os saberes produzidos nos mais diferentes campos do conhecimento. Assim entende-se que promover a saúde é saber lidar com as diversas condições sócio-econômicas dos seguimentos populacionais da sociedade, neste momento que emerge a “Estratégia Saúde da Família”, que coloca o cuidar do ser humano no coração das famílias.

Na construção contínua de um novo olhar através da troca de saberes, do aprendizado constante, busca-se um amadurecimento de todos os seguimentos consolidando experiências

que requerem um conjunto de estratégias para poder implantar um modelo de atenção integral às famílias.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão do trabalho e da educação na saúde é uma competência constitucional e legal. Os trabalhadores de saúde têm que ser entendidos como autores fundamentais da implantação do SUS. Os trabalhadores não podem ser vistos como mais um recurso na área da saúde, eles fazem a saúde. Saúde se faz com gente. Faz se necessários incentivos e articulações na inserção de docentes e estudantes nos cenários de práticas dos serviços de saúde como profissionais capazes de conduzir estrategicamente os processos de mudança.

Embora seja reconhecida a importância da informação para o planejamento, o acompanhamento, o controle, a avaliação e a qualificação do sistema de saúde, há falhas na construção dessa política. Está claro que os trabalhadores não querem apenas informação eles querem se comunicar.

O estudo mostra a necessidade de esclarecimentos na abordagem de estratégias voltadas para a implantação de novos modelos de atenção a saúde, dos 52 questionários respondidos a questão de número 3 pergunta se o servidor gostaria de trabalhar com esse modelo, 24 responderam que sim, 13 que não gostariam e 15 não sabem opinar porque gostariam de mais esclarecimentos.

Este estudo apresenta-se limitado na representação para o município de Porto Alegre, visto que os servidores estatutários desta gerência representam... 0,98.% do total do servidores estatutários.

Superar o quadro das desigualdades de acesso às ferramentas da comunicação é uma tarefa urgente, o que exigirá firme presença do gestor. Mas também é preciso ir além e superar a visão que reduz a comunicação às suas tecnologias. Envolvem o reconhecimento da pluralidade, do dissenso, dos conflitos, inerentes ao processo democrático. (CONFERÊNCIA..., 2003).

É indiscutível a necessidade e importância de um sistema de informação que propicie, a todos os elementos de um grupo, informações necessárias ao desenvolvimento. Sem comunicação, não existe trabalho, não existe relacionamento humano e, portanto não há grupo, organização e sociedade.

REFERÊNCIAS

ALVES, Denise Aerts; ALVES, Gehysa. **Processo de territorialização**. Porto Alegre: Secretaria Municipal da Saúde, 1997.

ANDRIOTTI, F. K; FREITAS, H.; JANISSEK; MUNIZ, R. **Informação informal e a monitoração do ambiente organizacional**: reflexos e sugestões para a área de TI. Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 1º jun. 2008.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a condição para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM>. Acesso em: 1º jun. 2008.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM>. Acesso em: 1º jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 01 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Assistência Social - NOAS/01**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM>. Acesso em: 1º jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica - NOB/96**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM>. Acesso em: 1º jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PROESF**: Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF: 2003.

BRASIL. Portaria nº 648, de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2003, Brasília, DF.

COSTA, Ricardo Cesar Rocha. **Descentralização, financiamento e regulação**: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2000.

DRUCKER, Peter. **O homem, a administração, a sociedade**. São Paulo: Nobel, 2002.

KRUGLIANSKAS, Isak. Eficácia organizacional: um estudo multicasos de sistemas de gestão da qualidade. **RAUSP Revista de Administração**, São Paulo, v. 40, n. 1, 2005.

NONAKA; TAKEUCHI. **Criação do conhecimento na empresa**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

NORONHA, Ana Beatriz Marinho de. **Informação em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ, 2001.

OSTROFF, Frank. Gestão de mudanças no setor público. **Harvard Business Review**, Santiago, v. 84, n. 8, p. 86-93, ago. 2006.

PEREIRA, Frederico Cesar Mafra. **O Processo de conversão do conhecimento em uma escola de atendimento especializado**. Disponível em: <http://www.encontros_bibli.ufsc.br/edicao_20/3_mafra_pereira.pdf>. Acesso em: 1º jun. 2008.

PITTA, M. da R.; RIVERA, F. J. U. Sobre pontos de partida: planejamento em comunicação e integralidade da atenção em saúde. **Interface**: comunicação, saúde, educação, São Paulo, v. 10, n. 20, p. 395-410, jul./dez. 2006.

SPAGNUOLO, Regina Stella; GUERRINI, Ivan Amaral. A construção de um modelo de saúde complexo e transdisciplinar. **Interface**: comunicação, saúde, educação, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 191-194, set. 2004/fev. 2005.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ANEXO - QUESTIONÁRIO

Profissão:

Idade:

Sexo:

- 1- Você já ouviu falar no PROESF –Projeto de Expansão Saúde da Família?**
- 2- Você tem conhecimento que há unidades na cidade com o projeto implantado?**
- 3- Você gostaria de trabalhar com este modelo de atenção à saúde?**
- 4- Neste espaço você poderá fazer qualquer comentário.**