

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

FABÍOLA ARCOVERDE ROSA

GERÊNCIA DE TERRITÓRIO:
ARTICULADORA DE DISPOSITIVOS DE GESTÃO E CUIDADO NO TERRITÓRIO

RECIFE
2011

FABÍOLA ARCOVERDE ROSA

**GERÊNCIA DE TERRITÓRIO:
ARTICULADORA DE DISPOSITIVOS DE GESTÃO E CUIDADO NO TERRITÓRIO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização e Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, do Departamento de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de Especialista

Orientadora: Prof^a. Ms. Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo.

**RECIFE
2011**

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

R788g Rosa, Fabiola Arcoverde.
Gerência de território: articuladora de dispositivos de gestão e cuidado no território/ Fabiola Arcoverde Rosa. — Recife: F. A. Rosa, 2011.
49 p.

Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo.

1. Planos e programas de saúde. 2. Gerência. 3. Dispositivos. 4. Apoio ao planejamento em saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I. Melo, Telma Maria Albuquerque Gonçalves de. II. Título.

CDU 614.39

FABÍOLA ARCOVERDE ROSA

**GERÊNCIA DE TERRITÓRIO:
ARTICULADORA DE DISPOSITIVOS DE GESTÃO E CUIDADO NO TERRITÓRIO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização e Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, do Departamento de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de Especialista.

Aprovado em : ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Ms. Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo
Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Recife

Ms Fabiana de Oliveira Silva Souza

À minha família e aos amigos que participaram deste processo, aos que fazem a gestão “Recife em Defesa da Vida”, aos professores e funcionários do Aggeu Magalhães, ao Progesus e a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que este trabalho fosse concretizado.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer a Deus pela minha vida e pela oportunidade de realizar este curso.

Aos meus pais, a quem tanto amo, pelos ensinamentos e educação que me proporcionaram, embora “distantes” são muito presentes na minha vida.

Aos queridos irmãos Rômulo, Robson e Rita aos quais tenho um carinho especial, por cada um deles.

A Júnior, meu esposo e companheiro de todas as horas, quero agradecer pela paciência e incentivo nas horas que mais precisei[...]. Obrigada pelo Notebook, sem ele tudo seria mais difícil.

A meus filhos Bella e Duda pela compreensão, por minhas ausências nas noites e nos finais de semana.

As “minhas cunhadas” que não me deixaram desistir[...]. Vocês são muito importantes na minha vida.

Aos amigos, colegas, familiares que me ajudaram me dando aquela força nos momentos mais difíceis.

Em especial quero agradecer a minha orientadora, se não fosse pela sua insistência, paciência, compreensão e dedicação com certeza eu não estaria aqui. Quando eu falava vou desistir, ela me dizia “agora não dá mais, é como uma gravidez, você não pode interromper, o filho agora vai ter que nascer[...].” (Obrigada Telma)[...].

Quero agradecer a Roseli, Diretora do Distrito Sanitário IV, por ter me proporcionado crescer junto à gestão, através da concretização deste trabalho.

Aos colegas e professores obrigada pelo aprendizado e pelos momentos que estivemos juntos[...]. Como trabalhadores que somos com certeza encontrar-nos-emos em breve.

Às “tias”, que faziam dos intervalos um momento de prazer com suas guloseimas maravilhosas[...].

A todos que de uma forma ou de outra contribuíram para a concretização desse curso, meu muito obrigada[...]

“É graça divina começar bem. Graça maior persistir na caminhada certa.

Mas graça das graças é não desistir nunca”.

(DOM HELDER CÂMARA)

RESUMO

Esse trabalho teve por objetivo discutir o papel da Gerência de Território no contexto do atual modelo de saúde Recife em Defesa da Vida, o qual é norteado pela busca da promoção à saúde e da produção de subjetividade através de processos coletivos e democráticos na perspectiva de um Sistema Único de Saúde mais humano e resolutivo. Como marco teórico-conceitual norteador, adotamos os conceitos de modelos assistenciais em saúde, em especial o modelo Em defesa da Vida de Campinas que subsidiou o modelo Recife em Defesa da Vida e dois de seus dispositivos, o matriciamento e o apoio institucional. A metodologia adotada foi o estudo de caso único, o qual se justifica, segundo Yin, em fenômenos complexos, recentes e pouco estudados, tal como o papel da gerência de território no atual modelo Recife em Defesa da Vida. O estudo considerou que os dispositivos de matriciamento e apoio institucional potencializaram a ação da gerência de território e por outro lado apontou a necessidade de viabilizar uma equipe gestora local com referências territoriais onde o gerente de território exercesse a função de articulador dessa equipe na produção do cuidado da saúde da população sobre sua responsabilidade. Para exercer o papel de articulador da gestão territorial foram identificados alguns elementos essenciais para a gerência de território, entre eles o domínio de conceitos e princípios que sustentam a prática dessa gestão, uma estrutura organizacional que garanta uma equipe de trabalho e maior autonomia financeira, uma adequação do processo de trabalho da gestão valorizando os diversos espaços e dispositivos ofertados pela atual gestão, garantindo prioridade na agenda e metodologia adequada para cada um desses espaços a partir dos atores envolvidos e de seus objetivos.

Palavras-chave: Modelo assistencial. Gerência de território. Dispositivos. Matriciamento. Apoio institucional.

ABSTRACT

This study aimed to discuss the role of the Management of Territory in the context of the current model of health Recife in Defense of Life, which is guided by the pursuit of health promotion and production of subjectivity through democratic and collective processes in the perspective of a Health System more humane and resolute. As theoretical and conceptual orientation, we adopted the concepts of health care models, in particular the model of In Defense of Life Campinas model that has supported the Defense of Life in Recife, and two of their devices, the matricial and institutional support. The methodology adopted was the single case study, which is justified, according to Yin in complex phenomena, recent and less studied, such as the role of management of territory in the current model Recife in Defense of Life. The study found that devices and institutional support matricial potentiated the action of the management of territory and on the other hand pointed to the need to make a management team with local references where the regional territory manager pursued the task of articulating this team to provide care population health on your own risk. To play the role of organizer of land management were identified some key elements for the management of territory, including the domain of concepts and principles that underpin the practice of management, an organizational structure that guarantees a team work and greater financial autonomy, an adequate process of valuing the work of managing the various spaces and devices provided by the present management, ensuring high on the agenda and methodology for each of these spaces from the stakeholders and their goals.

Keywords: Model of care. Management of territory. Devices. Matricial. Institutional support.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AI – Apoio Institucional
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- DS – Distrito Sanitário
- GT – Gerência de Território
- MDV – Modelo em Defesa da Vida
- MRDV– Modelo Recife em Defesa da Vida
- MS – Ministério da Saúde
- NASF –Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- PACS – Programa do Agente Comunitário de Saúde
- PSF – Programa de Saúde da Família
- PTS – Projeto Terapêutico Singular
- RPA –Região Político Administrativa
- SAD – Serviço de Assistência Domiciliar
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	JUSTIFICATIVA	13
3	OBJETIVOS	14
3.1	OBJETIVO GERAL.....	14
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4	MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E SUAS REPERCUSSÕES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO	15
4.1	O APOIO MATRICIAL COMO UM DISPOSITIVO DE PRODUÇÃO DO CUIDADO	18
4.2	O APOIO INSTITUCIONAL COMO UM DISPOSITIVO DE GESTÃO.....	19
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	22
5.1	CENÁRIO DO ESTUDO.....	23
5.2	PERÍODO ANALISADO	24
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
6.1	O SURGIMENTO DA GERÊNCIA DE TERRITÓRIO E SUAS ATRIBUIÇÕES	25
6.2	O RECIFE EM DEFESA DA VIDA.....	28
6.2.1	O apoio matricial no MRDV	29
6.2.1.1	Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a potencialização do matriciamento na atenção básica	30
6.2.2	Apoio Institucional e a potencialização da gestão territorial	31
6.3	A EXPERIÊNCIA DA GERÊNCIA DE TERRITÓRIO NO DISTRITO IV A PARTIR DO MODELO RECIFE EM DEFESA DA VIDA (MRDV).....	32
6.3.1	Princípios e conceitos essenciais	33
6.3.2	Espaços articuladores	34
6.3.3	Estrutura organizacional	36
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS	41
	ANEXO A – Gráfico distribuição das unidades de serviços DS IV	44
	ANEXO B – Quadro 2 relatório das oficinas de trabalho – GT 2004	46
	ANEXO C – Gestão do processo de trabalho da GT – 2004.....	48

1 INTRODUÇÃO

O presente Estudo teve o objetivo de sistematizar uma experiência vivenciada no município do Recife/Distrito Sanitário IV na Gerência de Território¹ e dos dispositivos de cuidado e de gestão que subsidiaram tal experiência. O mesmo foi fruto das inquietações advindas da prática cotidiana da autora enquanto gestora local na busca da consolidação do modelo “Recife em Defesa da Vida” e de seus dispositivos.

No Brasil, há um amplo debate sobre qual seria o Modelo de Atenção capaz de reorganizar a atenção básica de tal forma que esta seja uma articuladora de toda a rede de saúde com vista a ampliar a qualidade e a resolutividade do cuidado ao usuário, consolidando o Sistema Unico de Saúde (CAMPOS; CARVALHO, 2000).

Observa-se, no entanto, que ainda existe em disputa um modelo de saúde centrado nos procedimentos ou técnicas, onde os objetivos são os próprios meios de trabalho do exercício da clínica, baseada na queixa-conduta ou ainda em um modelo biologicista em que a doença é tomada como o objeto de trabalho (COELHO, 2006).

Ainda segundo Coelho (2006) a organização dos cuidados de saúde está baseado predominantemente em torno de corporações, saberes, disciplinas e departamentos que não conseguem estabelecer um trabalho transdisciplinar, reproduzindo uma precária interação das equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção, além da fragmentação do processo de trabalho e dos vários níveis de atenção da rede SUS.

Segundo Coelho (2006) reproduzimos os modelos burocratizados e verticalizados da racionalidade gerencial hegemônica, o que facilita os processos de desresponsabilização e os padrões fragilizados de vínculos entre profissionais e usuários.

Para Almeida e Silva Junior (2007), os novos modelos assistenciais precisam entrar em curso com referência na escuta aos usuários, na criação de dispositivos de escuta, decodificação e trabalho. Sabemos que hoje é possível falar em integralidade, humanização e qualidade da atenção, segundo os valores de

¹ O termo Gerência de Território aqui utilizado refere-se a função gerencial estratégica adotada pela Secretaria de Saúde do Recife que caracteriza-se como aquele gestor que participa do cotidiano das ações locais de saúde e que está diretamente ligado à Gerência Geral do Distrito Sanitário. Aqui tomamos como modelo de atenção à saúde o conceito de Merhy (2000), que o considera como o modo de gerir a produção dos atos ou cuidar dos indivíduos, do coletivo e do social, bem como dos meios, das coisas e dos lugares em que o cuidado acontece.

compromisso com a produção de atos de cuidar de indivíduos, coletivos, grupos sociais, meio, coisas e lugares.

Entre as diversas propostas vivenciadas no Brasil, foi desenvolvida durante a década de noventa, uma formulação denominada de Modelo de Atenção em Defesa da Vida (MDV), originalmente elaborada pelo Laboratório de Planejamento (LAPA), do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Posteriormente tal formulação foi aperfeiçoada por trabalhadores e dirigentes de instituições hospitalares e Secretarias Municipais de Saúde de cidades como Campinas, Piracicaba, Ipatinga, Belo Horizonte, Betim, Sumaré, Hortolândia, Volta Redonda, Paulínia e mais recentemente, em Recife (CAMPOS; CARVALHO, 2000).

O modelo municipal proposto pela atual gestão do Recife (2009-2012), “Recife em Defesa da Vida”, foi baseado no Modelo de Atenção em Defesa da Vida (MDV) e norteado pela Política Nacional de Humanização, traz no bojo de suas diretrizes a análise do cotidiano dos serviços e as práticas de saúde atuais, indo além de suas estruturas formais (RECIFE, 2010).

Tal modelo radicaliza o sentido humanista de mais cuidado e responsabilização pelo usuário através da ampliação das práticas clínicas, da qualificação do trabalho de equipe, da cogestão com os trabalhadores e da valorização dos espaços coletivos (RECIFE, 2010).

Observamos, portanto, que esse modelo além de apresentar os seus objetivos, aponta os recursos que sejam capazes de modificar o funcionamento nas organizações com a proposta de inventar uma nova forma de intervir no dia a dia dos serviços de saúde. A esses recursos chama-se de dispositivos que segundo Barembliitt (1992), seria uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos, atualiza virtualidades e inventa o novo radical.

Dentre os diversos dispositivos propostos por esse novo modelo Recife em Defesa da Vida, evidenciamos o Apoio Matricial² e Apoio institucional os quais têm demandado da Gerência de Território um reorganizar de seus processos de trabalho de tal forma a articular a promoção de cuidado e à gestão do sistema.

Os conceitos propostos por Campos sobre o Apoio Matricial apontam que o mesmo tem como objetivo assegurar retaguarda especializada às equipes e

² Trabalhamos indistintamente os conceitos de Apoio Matricial e Matriciamento.

profissionais responsáveis visando superar as dificuldades na promoção do cuidado, assumindo a característica de dar suporte de um terceiro, que ao mesmo tempo oferece possibilidade de ação conjunta e incentiva a autonomia das equipes nos processos de trabalho cotidiano (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O Apoio Institucional por sua vez centra suas ações no suporte a organização do processo de trabalho das equipes e da gestão, estimulando autonomia e responsabilidade dos atores envolvidos na promoção do cuidado, utilizando para tal as rodas de conversas, ações conjuntas e análise dos processos, transversalizando o saber e o fazer clínico e de gestão (CAMPOS, 2000).

Nesse sentido, nossa perspectiva foi contribuir com a sistematização da experiência da Gerência de Território no contexto do modelo Recife em Defesa da Vida e assim levantar subsídios que contribuam para a consolidação de uma prática de gestão consonante com o modelo de atenção proposto, tendo como metodologia adotada para apreensão da complexidade do tema o Estudo de Caso Único que segundo Yin (2001) é justificável quando o caso se constituir em um evento raro ou exclusivo ou se servir a um propósito revelador sendo, portanto, adequado para o objeto de estudo desse trabalho.

A abordagem foi qualitativa uma vez que analisou o processo de trabalho da autora enquanto gestora local, com base no diário de campo, consulta dos documentos oficiais e revisão de literatura.

2 JUSTIFICATIVA

A Gerência de Território que foi instituída em Recife em 29.07.2005, através da Lei 21.210 como parte do processo de territorialização das ações de saúde tendo até então assumido mais um perfil de gerenciamento das unidades de saúde, muitas vezes com o caráter fiscalizador e diante dos dispositivos de matriciamento e apoio institucional passou a rever seu papel e processo de trabalho visando contemplar o modelo Recife em Defesa da Vida, uma aventura que merece ser registrada visando subsidiar a discussão do papel desse ator no modelo em questão, bem como, contribuir para reflexão de experiências semelhantes que venham sendo implantadas.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Discutir o papel da gerência de território no contexto do atual modelo de saúde Recife em Defesa da Vida a partir de uma experiência vivenciada no município do Recife /Distrito Sanitário IV.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o papel original do Gerente de Território em Recife;
- b) Descrever o modelo técnico-assistencial de saúde Recife em Defesa da Vida;
- c) Identificar o processo de trabalho do gerente de território e sua interface com os demais dispositivos e atores que desenvolvem a gestão do cuidado no território a partir do novo modelo;
- d) Propor elementos para consolidação do papel da gerência de território considerando o modelo Recife em Defesa da Vida e de implantação no Distrito Sanitário IV.

4 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E SUAS REPERCUSSÕES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

Identificamos na literatura consultada diversas formas de denominar e conceituar Modelo de Atenção à Saúde (MERHY, 2000), Modelos Assistenciais (SILVA JUNIOR; ALMEIDA, 2007), Modelo técnico-assistencial (PAIM, 1996), entre outros, para objetivo desse trabalho destacamos brevemente algumas dessas abordagens, apenas para contextualizar o nosso entendimento sobre o tema.

O modelo assistencial é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade. (SILVA JUNIOR; ALMEIDA, 2007, p. 1),

Para Merhy (2000) o foco de um modelo de atenção à saúde não são os programas e sim o modo de gerir os processos políticos, organizacionais e de trabalho ligados à produção dos atos de cuidar dos indivíduos, do coletivo e do social, bem como dos meios, das coisas e dos lugares que o cuidado acontece.

Segundo Paim (1993) até a década de 1980 os 'modelos assistenciais' referiam-se às formas de organização dos serviços de saúde e suas unidades assistenciais com distintas complexidades tecnológicas com relação entre si em espaços e populações distintas, não sendo compreendido como modelo a ser seguido.

Como podemos identificar a partir dessas abordagens os diversos modelos de atenção à saúde trazem em si uma determinada compreensão da saúde e da doença, as possibilidades tecnológicas disponíveis em determinada época para intervir na saúde e na doença e nas opções políticas e éticas em priorizar os problemas a serem enfrentados pela política de saúde.

Ao analisarmos os modelos de atenção implantados no Brasil identificamos um modelo hegemônico considerado liberal-privatista ou neoliberal caracterizado por centrar-se em procedimentos ou técnicas, onde os objetivos são os próprios meios de trabalho do exercício da clínica, baseada na queixa-conduta ou ainda em um modelo biologicista em que a doença é tomada como o objeto de trabalho (COELHO, 2009).

Por outro lado existe a busca de alternativas que permitam a superação dos limites dos modelos vigentes empreendida em vários estados e municípios do País e

que no processo de formulação de propostas de reorientação dos serviços, apresentaram-se como alternativas ao modelo hegemônico, pautadas nos princípios do SUS.

As várias experiências vivenciadas reelaboraram os princípios e práticas tradicionais, pautadas nas produções advindas da saúde coletiva, bem como em linhas reformistas do pensamento clínico.

O processo de participação do Movimento Sanitário na redemocratização do país e agrupamentos específicos, como o da reforma psiquiátrica, também são apontados como significativos para a construção e experimentação de distintos modelos de atenção. Dentre as alternativas que vislumbraram uma nova forma de produzir saúde Alves e Silva Junior (2007) pontua as que tiveram início na década de noventa, como a Ação Programática ou Programação em Saúde; denominada versão brasileira de Sistemas Locais de Saúde (Silos); as Cidades Saudáveis ou Saudecidade e o Movimento em Defesa da Vida.

O modelo de atenção denominado Saúde em Defesa da Vida, será aqui explorado uma vez que para o objeto de trabalho mostrou-se significativo, uma vez que foi o mesmo que influenciou o atual modelo Recife em Defesa da Vida e que terá que ser compreendido para contextualizar a gerência de território no processo da implantação do mesmo.

Bem, o modelo Em Defesa da Vida foi desenvolvido em Campinas, Estado de São Paulo, tendo como princípios a gestão democrática, saúde como direito de cidadania e serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva. Caracterizou-se, portanto, pela incorporação de novos sujeitos sociais na luta em Defesa da Vida, além dos usuários, especialmente os trabalhadores da saúde valorizando o seu reconhecimento profissional e garantia de condições dignas de trabalho, pois os mesmos são identificados enquanto atores fundamentais na construção de modelos comprometidos com a defesa radical da vida e com a produção de subjetividade (SILVA JÚNIOR, 1998).

Em sua sistematização proposta "Em Defesa da Vida" e em suas diretrizes operacionais defende-se a construção de Serviços de Saúde que acolham e estabeleça vínculo com os usuários, sendo resolutivo na solução de seus problemas de saúde tomando para si a responsabilização para com o usuário (MERHY, 2002).

Para que tal proposta se materialize, o MDV aposta na mudança no processo de trabalho das equipes, garantindo a mobilização de todas as 'opções tecnológicas'

na promoção da saúde individual e coletiva, onde para além da visão curativa, busque-se aumentar a autonomia do usuário no seu viver (MERHY, 2000).

Segundo o MDV a clínica deveria ser ampliada, enriquecida por novos referenciais, pelo resgate da dimensão cuidadora e pela produção de tecnologias leves, relacionais, de modo a ampliar a capacidade dos trabalhadores de lidar com a subjetividade e com as necessidades de saúde dos usuários. Ao invés de restringir a liberdade e a autonomia dos trabalhadores da saúde por meio da programação, a aposta passou a ser investir ao máximo nesse espaço, ampliando mecanismos e oportunidades para comprometê-lo com a atenção às necessidades dos usuários, com a produção de um cuidado integral à saúde (MERHY, 2002).

O Modelo em Defesa da Vida (MDV) além de atender às diretrizes básicas dos SUS, comprometeu-se com a construção de dispositivos e arranjos institucionais que garantissem a gestão democrática da rede de saúde, o acolhimento humanizado da clientela, o acesso a serviços resolutivos e o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários com a clara definição de responsabilidades (MERHY, 1997).

Podemos identificar na literatura que o MDV apresenta algumas concepções significativas por suas conseqüências operacionais, entre elas destacam-se a valorização de ações em micro-espacos como espacos privilegiados de produzir mudançãs, o entendimento papel fundamental da participação dos trabalhadores na produção de tais mudançãs no setor saúde; o resgate do usuário como sujeito propulsor de mudança no cotidiano dos Serviços de Saúde e nas instâncias deliberativas (MERHY, 1997).

Segundo Campos e Carvalho (2000) a reformulação da Clínica e da Saúde Pública a partir das necessidades dos usuários e com oferta de diversidades tecnológicas e de dispositivos mostra-se um imperativo da gestão de tal forma a ser criticamente incorporada ao processo de organização dos serviços de saúde.

Tal incorporação mostra-se necessária uma vez que as diversas demandas presentes no setor saúde espelham não apenas a oferta de serviços e a ideologia/cultura dominante, mas também as aspirações da sociedade por padrões de direitos sociais que contemplem elementos da subjetividade dos usuários do sistema (CAMPOS, 1991).

Segundo Merhy (2002) as tecnologias utilizadas nos modelos tradicionais geralmente estão ligadas a máquinas, exames laboratoriais e equipamentos, as

quais o autor denomina de tecnologias duras e sistematiza o conceito de tecnologias leves, que estão ligadas à relação estabelecida entre usuários e profissionais e/ou equipes no ato do cuidado.

No MDV foram propostos vários dispositivos que servirão de base para as Políticas de Saúde, em especial a denominada Humaniza-SUS, Saúde mental e Atenção Básica. Dentre os dispositivos do MDV focaremos o apoio matricial e o apoio institucional por serem fundamentais para os objetivos desse estudo.

4.1 O APOIO MATRICIAL COMO UM DISPOSITIVO DE PRODUÇÃO DO CUIDADO

O Matriciamento ou Apoio Matricial foi proposto por Campos (2007) como forma de organizar o trabalho em saúde através de reformas nos serviços de saúde mental, da Atenção Básica e na Rede hospitalar do SUS no contexto de implantação do MDV.

O Termo Apoio sugere maneira para operar-se uma relação horizontal construindo linhas de transversalidade entre conhecimentos e práticas diversas e sugerindo uma nova metodologia ordenadora da relação horizontal entre os profissionais da rede básica e especializada baseada em processos dialógicos (CAMPOS, 2007).

Dessa forma, o matriciamento mostra-se como uma forma de avançar no processo de trabalho e na produção de saúde de tal forma a estimular no dia-a-dia a produção de novos padrões de comunicação e de inter-relação entre equipe e usuários, favorecendo a responsabilização e o vínculo (CAMPOS, 2007).

Vários autores têm se debruçado sobre esse dispositivo como uma nova ordem organizacional, método de trabalho junto às equipes, suporte teórico especializado e de integralidade entre a assistência à nível primário, secundário e terciário. Dentre as diversas conceituações que reforçam as perspectivas acima citadas destacamos as seguintes:

Tratar-se-ia de inventar uma nova ordem organizacional que estimulasse o compromisso das equipes com a produção de saúde sem cobrar-lhes onisciência ou onipotência, e permitindo-lhes ao mesmo tempo sua própria realização pessoal e profissional (CAMPOS, 1998, p. 4).

Método de trabalho cujo objetivo é viabilizar a interconexão entre os serviços primário, secundário e terciário em saúde, além de também poder ter alcance nos diversos setores e secretarias do município, visando um

acolhimento integral ao cidadão, que envolve não só sua saúde física mas também a psíquica e social (DIMENSTEIN et al., 2009).

O Apoio Matricial se configura como um suporte teórico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Ele pode ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas (FIGUEIREDO, 2009).

Vale ressaltar ainda o que Braga (2008) aponta como sendo os quatro aspectos básicos do matriciamento que são o trabalho em equipe e a noção de referência, o compromisso de desmedicalizar a vida, ou seja, não atribuir diagnósticos e condutas para conter as vivências próprias do humano, como a tristeza, a dor e a traquinagem; a promoção de conhecimento e por fim o empoderamento das pessoas, considerando os sujeitos nos seus contextos.

Assim, podemos entender esse dispositivo e a equipe de referência como metodologias de trabalho, modo para se realizar a gestão da atenção em saúde e ao mesmo tempo arranjos organizacionais que buscam diminuir a fragmentação vivenciada nas práticas cotidianas orientadas pela superespecialização em quase todas as áreas de conhecimentos (CAMPOS; DOMITTI, 2008).

O matriciamento favorece a integração entre os processos assistenciais e de gestão e por isso tem sido ofertadas diversas modalidades de apoio através de atores que ocupam lugares diferenciados na rede de cuidado e que vêm atuando de forma compartilhada a partir do fazer cotidiano no território, minimizando a dicotomia entre gestão e cuidado (CAMPOS, 2007).

4.2 O APOIO INSTITUCIONAL COMO UM DISPOSITIVO DE GESTÃO

Esse dispositivo de gestão tem como base teorias ligadas à análise institucional, a qual segundo L'Abbate (2003) apresenta vários sentidos a partir de dois grandes referenciais advindos de um conjunto de disciplinas e movimentos de origem francesa durante a décadas de 40 e 50, conhecidos como o institucionalismo francês, os quais segundo a autora tornaram-se difíceis de serem reconhecidos na produção brasileira por ter havido uma incorporação dos dois referenciais franceses, ou seja, a "análise institucional" e a "socioanálise", que apresenta uma tradição dialética e tem como principais teóricos René Lourau e Georges Lapassade. E a "esquizoanálise" de Félix Guattari e Gilles Deleuze, que inspirou-se na filosofia da

diferença.

Segundo L'Abbate (2003), a influência da análise institucional na saúde coletiva brasileira pode ser observada pela crescente referência em suas produções acadêmicas de categorias como sujeito, subjetividade e autonomia referentes aos processos microssociais e/ou micropolíticos no cotidiano das organizações de saúde colocando em análise do processo de trabalho considerando a relevante relação existente entre "gestão e subjetividade", entre outras dimensões.

Na essência dessas teorias e práticas parece ficar clara a seguinte afirmação:

Tais estudos, apesar das diferenças de aportes teóricos nos quais se fundamentam, abrem muitas possibilidades para processos de intervenção, na perspectiva da socioanálise. Trata-se de intervenções no interior das organizações de saúde que objetivam transformá-las em espaços menos burocratizados, não produtores/reprodutores de indivíduos passivos e submissos. Ou seja, intervenções, nas quais as perspectivas do sujeito, da subjetividade e da autonomia sejam respeitados e até promovidos, desde que tais processos estejam, eles mesmos, postos 'em análise' (L'ABATTE, 2003, p. 45).

Para tal, são lançados analisadores do processo de trabalho cotidiano que explicitem a trama das relações entre desejos, saberes e poderes que o permeia, através da cogestão, partem do princípio de que o poder e dominação são relativos e em relação a outros graus de poder e de dominação. Portanto, essa metodologia de gestão é apontada como potente para lidar com as diversas polaridades existentes no processo de produção de saúde, introduzindo dessa forma, o conflito como objeto de análise e da busca de construções de sínteses provisórias (CAMPOS, 1998).

A operacionalidade dessa metodologia é descrita da seguinte forma:

Assim, imaginou-se uma Metodologia de Gestão capaz de combinar coeficientes de democracia direta (participativa) com a preservação de algum grau de unidade em torno daqueles objetivos primários de cada instituição; ou seja, combinar interesses dos usuários com outros mais próximos aos trabalhadores. Imaginou-se um Método que mesclasse participação com busca de produtividade e de compromisso; mas, sobretudo, antevia-se a possibilidade de montagem de uma máquina organizacional que fosse, ao mesmo tempo, terapêutica e pedagógica para os trabalhadores no sentido, de permitir seu crescimento pessoal e coletivo de forma contínua e progressiva e também produtora de saúde ou de educação para o público (CAMPOS, 1998, p. 34).

É dentro desse contexto que surge a proposta do Apoiador Institucional como aquele que se coloca ao lado das equipes para construir de forma compartilhada,

projetos de intervenção, de acordo com as ofertas pertinentes ao seu conhecimento, suas experiências e visão de mundo, como também a partir das experiências do outro, na experimentação de produção de mudanças (CAMPOS, 2007).

Os AI's (apoiadores institucionais), utilizam-se da roda de conversa como forma de facilitar o processo de comunicação com as equipes investindo na possibilidade a vivenciar de forma compartilhada as imprevisibilidades próprias ao novo, através de planos de intervenção. Espera-se com isso que a função do Apoiador se torne dispensável a partir do momento, que este exercício seja incorporado pelo grupo (CAMPOS, 2000).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esse trabalho deu-se através da sistematização da vivência da autora enquanto gerente de território tomando como referência o período de agosto de 2010 à Janeiro de 2011. As informações foram sistematizadas a partir do seu trabalho de cotidiano, através do diário de campo, da revisão bibliográfica e análise de documentos oficiais que fundamentam a gerência de território e o modelo de Gestão Recife em Defesa da Vida. Caracterizando-se como um estudo qualitativo.

A definição pelo estudo de caso único que segundo Yin (2001) é justificável "se o caso se constituir em um evento raro ou exclusivo ou se servir a um propósito revelador", tal como se mostra o papel da Gerência de Território que teve sua formulação e implantação marcada por discussões e consensos em um determinado grupo e momento, e hoje já acumulou uma experiência de seis anos ainda marcada por consensos e dissensos, no contexto de um novo modelo de gestão e assistência envolvendo, portanto, um conjunto de fatores complexos com os demais elementos do modelo assistencial, bem como, as negociações entre os diversos atores envolvidos na cogestão dos processos de promoção da saúde.

A utilidade desse tipo de estudo nesse contexto fica bem explicitada na seguinte afirmação:

Uma grande utilidade dos estudos de caso é verificada nas pesquisas exploratórias. Por sua flexibilidade, é recomendável nas fases iniciais de uma investigação sobre temas complexos, para a construção de hipóteses ou reformulação do problema... São úteis também na exploração de novos processos ou comportamentos, novas descobertas, porque têm a importante função de gerar hipóteses e construir teorias (VENTURA, 2007; p. 385).

Para tal, segundo Yin (2001, p. 35), "exige-se do pesquisador uma preparação profissional e o planejamento da pesquisa que deve incluir, como outras estratégias de pesquisa, um conjunto de procedimentos pré-especificados".

O estudo deverá igualmente deixar claro o que o caso sugere a respeito do todo e não o estudo apenas daquele caso. Portanto, a metodologia deve investigar um caso específico, bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar para que se possa realizar uma busca circunstanciada de informações.

Vários autores consultados alertam ainda para a complexidade e a dificuldade para descrever e caracterizar estudos de caso uma vez que eles são usados de

modos diferentes, com abordagens quantitativas e qualitativas, em modalidades de pesquisa, com aplicação em muitos campos do conhecimento, em especial na Medicina, Psicologia e em outras áreas da saúde, e também nas áreas tecnológicas, humanas e sociais, entre outras.

Por fim, atentamos para as recomendações de Ventura (2007) quanto aos resultados do estudo para que traga algo de original descrevendo-se a natureza e o histórico do caso, bem como o contexto em que esse se insere. “Tornando-se exemplar ao ser significativo, completo, considerar perspectivas alternativas, apresentar evidências suficientes e ser elaborado de uma maneira atraente.”

5.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O Recife, capital do Estado de Pernambuco, é subdividido, desde 1988, em noventa e quatro bairros, distribuídos em seis Regiões Político-Administrativas (RPA), sendo cada uma destas, por sua vez, sub-dividida em três Microrregiões, compostas por um conjunto de bairros mais ou menos semelhantes do ponto de vista territorial.

As seis Regiões Político-Administrativas correspondem, na saúde, aos 6 Distritos Sanitários. A população do Recife é de 1.422.905 pessoas, sendo que, destas, 46, 5% são do sexo masculino e 53, 5% do sexo feminino. A faixa etária predominante é a de 10 a 29 anos, representando 38% do total da população (RECIFE, 2005).

No que se refere aos aspectos socioeconômicos, Recife apresenta profundas desigualdades. Há desequilíbrios notórios na distribuição de renda, por exemplo: em 33, 4% dos domicílios particulares permanentes o responsável pelo domicílio recebe renda mensal inferior a um salário mínimo ou não possui rendimento, enquanto em 6, 6% do total desses domicílios os rendimentos são superiores a 20 salários.

O Distrito Sanitário IV, *locus desse estudo*, possui a região mais plana do município com uma dimensão territorial de 42, 14 Km², esta RPA tem a menor densidade demográfica, com 282.735 habitantes, representando 17, 2% da população do Recife.

O território do Distrito Sanitário IV como os demais, é dividido em três microareas, delineado pela estrutura geográfica da região, cada micro possui suas singularidades no que diz respeito aos problemas de saúde, bem como, aos

recursos para solucioná-lo.

A microrregião 4.2, onde se deu a prática da autora é composta por dois bairros sendo eles Engenho do Meio e Torrões. As unidades desse território são de fácil acesso.

A microrregião 4.2 tem uma população de 42.950 pessoas, tendo uma cobertura pelo PSF de 63%, contando com uma unidade tradicional e 05 unidades de Saúde da Família com 08 equipes. Os usuários dessa região também podem contar com os serviços oferecidos pela Policlínica Lessa de Andrade a partir da oferta de alguns serviços especializados.

Nessa Microrregião na área de Torrões podemos identificar como um dos grandes problemas o uso da droga, especificamente o craque. Na comunidade de Roda de Fogo um grande número de jovens pratica a venda, o consumo, a troca dessa substância.

A intervenção da gestão local tem priorizado o trabalho com esses jovens, utilizando como estratégia inicial a abordagem a muitos deles e a suas famílias. A implantação da Academia da Cidade nesta região ainda este ano, será mais uma estratégia visando ofertar de forma continuada ações de promoção de hábitos saudáveis a partir da atividade física.

Grande parte das dificuldades encontradas nas Unidades de Saúde da Família está relacionada à vulnerabilidade da população que demanda os serviços e ações de saúde, os quais por vezes são insuficientes tendo em vista o baixo acesso dos usuários tanto à Estratégia de Saúde da Família, quanto à assistência especializada, a qual ainda está abaixo do número de profissionais preconizados pelo Ministério da Saúde.

5.2 PERÍODO ANALISADO

O estudo foi realizado no período de agosto de 2010 à janeiro de 2011 correspondendo aos primeiros seis meses da autora enquanto gerente de território do Distrito Sanitário IV.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 O SURGIMENTO DA GERÊNCIA DE TERRITÓRIO E SUAS ATRIBUIÇÕES

Os Distritos Sanitários em Recife foram criados em 1993 e desde então as unidades de saúde se reportavam aos Distritos Sanitários, buscando cada departamento para compartilhar e solucionar suas necessidades e conflitos, não havendo uma pessoa de referência para esse fim.

Todos os departamentos eram responsáveis por viabilizar e encaminhar as necessidades de cada unidade de saúde, cada um com a sua competência específica, de forma fragmentada e sem responsabilização pelo funcionamento integral das unidades, nem pela articulação entre as ações desenvolvidas em cada uma delas com o modelo assistencial vigente.

O plano de gestão do território a partir dos Distritos Sanitários e que facilitasse a implementação de políticas intersetoriais começou a ser gestada em 2003 como forma de pensar e intervir sobre os problemas e ações de saúde locais. E é a partir dessa discussão que surge a proposta de criação das gerências de território

Com objetivo de estarem mais próximas da rede de saúde, na lógica do fazer juntos às equipes, construindo rede de apoio, levando em conta como a comunidade se organiza para acessar bens e serviços, não só da saúde, mas também da rede que a produz (SALGUEIRO, 2010, p. 6).

O Gerente de Território ficou sendo o gestor responsável pelo acompanhamento das ações e das unidades de saúde, cabendo ao mesmo tempo promover a tarefa árdua de fortalecer a integração entre os profissionais que compõem as equipes, em especial as de Saúde da Família.

O papel de integração das equipes mostrou-se essencial uma vez que havia muitos conflitos que refletiam no modo como o cuidado era ofertado aos usuários e que a superação de tal contexto passava necessariamente no investimento de novas formas de relacionamento e de organização do processo de trabalho.

Para realização dessa função contava inicialmente com apenas um apoio administrativo e a partir de 2008, mais um profissional de nível superior.

A rotina do Gerente de Território contemplou visitas às unidades de saúde, fazendo a supervisão, visto que as unidades de saúde com até duas equipes não

dispunham de administrador, cabendo ao mesmo, acompanhar os fluxos, buscando resolver as necessidades estruturais, de recursos humanos, bem como dos equipamentos e insumos.

A Gerência de Território foi instituída oficialmente em 2005 e ainda hoje é concebida de maneira diversa pelos atores que compõem a rede de saúde. Alguns vêem a Gerência de Território com a função de supervisionar, articular e um fomentar as práticas de saúde no território, no entanto há quem só a enxergue, como instrumento de fiscalização.

Sabendo que o Relatório das Oficinas de trabalho para formalização da GT (RECIFE, 2004), refletiu a concepção com que essa foi instituída na gestão local de saúde e que sua criação foi alvo de reflexão envolvendo vários atores com perspectivas nem sempre consensuais, consideramos relevante nos deter mais sobre essa questão, a partir do quadro no anexo A, identificando o papel, as atribuições, as atividades, a relação com os demais níveis, bem como as estratégias de implantação.

Igualmente merece destaque a representação gráfica da gestão do processo de trabalho da gerência de território apresentada pelo Relatório em questão, conforme disponível no anexo B.

Quanto às estratégias do processo de trabalho foram apontadas várias formas de articulação e participação em diversos fóruns internos e externos, tais como reuniões técnicas e com a comunidade, oficinas, conselhos distritais, instituição de fórum periódico da GT distrital e municipal, oficinas de planejamento, visitas locais entre outras.

Podemos visualizar a partir da análise das informações retiradas do Relatório Final do Grupo de Trabalho para sistematização da Gerência de Território várias contradições entre o objetivo e os princípios pensados para a GT e os instrumentos de síntese da mesma, pois, se por um lado o conceito original dessa gerência esteve associado ao conhecimento da realidade local, ao planejamento participativo, à articulação e administração da rede de saúde, à intervenção intersetorial, ao fortalecimento do controle social e na promoção, prevenção, assistência e reabilitação. E com princípios e valores a “gerência compartilhada, participativa e hierarquizada”. E o “fomento à microrregionalização do processo de trabalho em saúde” (RECIFE, 2004, p. 9).

Por outro lado, lhe foi atribuído um caráter hierarquizado do processo

gerencial com fluxos de inter-relações entre si, mas que deixa claro que o funcionamento dos departamentos já existentes permanece o mesmo e esses por vezes desenvolvem ações diretas junto às equipes locais, sem necessariamente está vinculados às prioridades advindas da Gerência de Território, a qual pelos objetivos e princípios deveria nortear as ações distritais de forma articulada, ainda que o relatório registre como uma das propostas a reorganização dos departamentos para montar a estrutura que a mesma demanda (RECIFE, 2004, p. 8).

Igualmente mostra-se contraditória as atribuições e atividades pensadas para a GT e o seu papel, uma vez que lhes são atribuídas atividades de diversas ordens, ora de ordem macro-política, ora técnico-assistencial e ainda as de características de controle, respectivamente “assumir a responsabilidade sanitária de sua área, promover equidade e promover participação social”, “participar das reuniões técnicas dos distritos” e “supervisionar cumprimento de horários” (RECIFE, 2004, p. 3).

Consideramos como agravante o fato de não se ter reorganizado os departamentos na lógica territorial e nem ter sido montada uma equipe de trabalho como previsto originalmente. Cabendo muitas vezes a responsabilidade pela implementação das atividades planejadas, apenas na pessoa que assume o cargo de gerente de território. Reduzindo o conceito de Gestão Territorial que subsidiou a proposta a um cargo de gestão.

Chama atenção ainda o fato de que várias estratégias de criação de espaços articuladores não terem sido efetivadas imbuindo por vezes o papel da GT de um caráter mais operacional, não participando de forma sistemática da formulação de prioridades e políticas.

O documento não fez referência alguma aos recursos financeiros e materiais para o funcionamento da proposta, o que a nosso ver, repercute ainda hoje como um dos fatores da limitada resolutividade dessa Gerência.

Após o regate histórico da constituição da Gerência de Território pode-se afirmar que por mais formuladas que estejam as propostas para essa gerência, no cotidiano de implementação ainda não foram resolvidas algumas contradições quanto ao seu real papel e forma de organização.

Essas contradições quanto ao papel da gerência de território fica ainda mais em evidência a partir da implantação do atual modelo de gestão que vem propondo formas de gestão que garantam a efetivação da cogestão e da clínica ampliada, criando uma série de dispositivos e introduzindo novos atores na prática de gestão e

é portanto esse motivo que sistematizá-lo de forma a trazer elementos para a GT nesse contexto.

6.2 O RECIFE EM DEFESA DA VIDA

A Prefeitura da Cidade do Recife, a partir de uma gestão democrática e popular, priorizou a saúde da população e avançou de forma significativa nos últimos oitos anos. Os avanços podem ser notados através da ampliação das Equipes de Saúde da Família implantadas, bem como, das Academias da Cidade e da implantação da Farmácia da Família, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e mais recentemente o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), qualificando desta forma a atenção á saúde do município.

O Modelo proposto na atual gestão denominada Recife em Defesa da Vida tem como uma das diretrizes, colocar em análise o cotidiano dos serviços e das práticas de saúde atuais, indo além das estruturas e práticas cristalizadas. A proposta deste modelo requer sensibilidade para com o outro de forma humanizada onde predominem o cuidado, a responsabilização, através de um trabalho em equipe de forma qualificada onde haja a cogestão com os trabalhadores e onde sejam valorizados os espaços coletivos na perspectiva de consolidar a Política de Saúde do Recife (RECIFE, 2010).

Esse modelo de gestão e assistência, em última análise promove a radicalização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando reinventar e reformular a clínica, incorporando outros valores em defesa da vida, visando não apenas a produção de saúde, mas ainda e a produção de sujeitos. Considerando para tal a atenção Básica como ordenadora do sistema de saúde, uma vez que é a partir dela que se revelam as reais demandas de saúde de sujeitos concretos.

Vale à pena registrar que:

Fazem parte das Diretrizes do Recife em Defesa em Vida: a valorização da atenção básica com capacidade para resolver problemas individuais e coletivos; a ampliação das ações de promoção e prevenção; a rearticulação dos serviços de alta complexidade e especializados segundo padrões de humanização e adoção de outras práticas em saúde como internação domiciliar, visita aberta e familiar participante nos hospitais, estabelecimento de atenção segundo linha de cuidado com equipes de referência e cogestão; a saúde mental mostrando a necessidade da desinstitucionalização e do trabalho transdisciplinar para elaboração de projetos terapêuticos com resolutividade (RECIFE, 2010, p. 4).

E ainda que:

A nossa proposta é pensar no modo de funcionamento da rede que esteja voltado para os nossos trabalhadores e usuários como forma de fortalecer o SUS, implantar diretrizes do acolhimento e clínica ampliada; melhorar a interação das equipes e qualificá-las para lidarem com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção (RECIFE, 2010, p. 6).

Como dispositivos desse modelo de atenção à saúde focaremos o apoio matricial e institucional, sobre os quais nos debruçaremos a seguir:

6.2.1 O apoio matricial no MRDV

Na matriz de avaliação dos seus dispositivos pontua como objetivos e modelo lógico do apoio matricial:

[...]é forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser vinculado à equipe de Saúde da Família.

Para a realização do apoio matricial foram identificadas diversas possibilidades de matriciamento: profissionais que atuam na Saúde da Família e possuam alguma especialidade ou expertise em alguma área; o núcleo de apoio à saúde da família (NASF); atenção especializada; instituições de ensino; coordenações de políticas e outros parceiros como ONG, pastoral, EMLURB, assistência social, entre outros. Além disso, identificou-se como componente estrutural a destinação de turnos disponíveis para matriciamento (RECIFE, 2011, p. 14).

Como estratégias de ação o documento aponta:

O atendimento voltado para as necessidades do usuário; a transdisciplinaridade; o estímulo ao contato direto entre o profissional e o especialista e o suporte assistencial, técnico e pedagógico. Este pode se apresentar por meio da consulta compartilhada, a elaboração de projetos terapêuticos singulares, da discussão de casos, das ações de saúde no território, no apoio a instituição de novos grupos e acompanhamento dos instituídos e nas ações educativas (RECIFE, 2011, p. 14).

O referido documento aponta que com esse dispositivo objetiva-se estimular o estabelecimento de relações mais horizontais através do diálogo entre os diversos saberes e profissões visando a ampliação da clínica, constituindo-se em um processo de educação permanente que em longo prazo venha a garantir o aumento da resolutividade e vínculo na produção do cuidado em saúde (RECIFE, 2011).

Observando a Matriz, é possível verificar que temos bem definidos os

indicadores de avaliação que serão considerados para definir se o matriciamento encontra-se implantado na atenção básica, conforme podemos ver a seguir:

Número de matriciamentos realizados/recebidos, número de temas diferentes matriciados (hansen, hipertensão, pré-natal, puericultura...) matriciados no último quadrimestre, número realizados de atendimentos compartilhados com matriciador externo, número de ações no território realizadas conjuntamente, número de grupos acompanhados / fortalecidos, número de reuniões de fomento à instituição de novos grupos, número de reuniões de fomento à instituição de novos grupos, número de atualizações demandadas pelo trabalhador realizadas (RECIFE 2011, p. 16).

A Matriz de Monitoramento e Avaliação da Implantação dos dispositivos MRDV na atenção básica mostra-se uma iniciativa relevante tendo em vista que oferta a possibilidade de avaliar a implantação dos mesmos, no entanto, a mesma por ser normativa e numérica, a nosso ver, terá que ser acompanhada posteriormente de outros instrumentos que possam analisar outros aspectos de caráter processual das práticas cotidianas e na perspectiva dos diversos atores envolvidos. Só dessa forma poderá ser abstraída a essência da proposta do MRDV que como já vimos, está baseada na cogestão e na produção de cuidado e de subjetividade.

6.2.1.1 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a potencialização do matriciamento na atenção básica

Os NASF's surgiram com o objetivo de ampliar as ações de promoção e prevenção da Estratégia de Saúde da Família. Sua equipe é multiprofissional e se propõe atuar de forma interdisciplinar, de tal modo a desenvolver ações conjuntas em áreas estratégicas como saúde mental, reabilitação, alimentação e nutrição, utilização dos espaços públicos e criação de hábitos saudáveis através de grupos, visitas e/ou consultas (BRASIL, 2008).

As intervenções realizadas pelo NASF podem vir de diversas formas como: Apoiando ou ajudando na criação dos grupos, realizando projetos de saúde no território, no enfrentamento das situações de violência, nas ações juntos aos equipamentos públicos, através de consultas e visitas compartilhadas como também na sensibilização para com o cuidado aos usuários atendidos pelo Sistema Único de Saúde.

Tal suporte às redes locais de saúde, através da atenção primária visa a

ampliação e o fortalecimento as ações da Estratégia de Saúde da Família de forma a torná-la mais resolutiva.

A partir do levantamento de necessidades junto às equipes de saúde da família, a equipe NASF contribui para a construção de projetos de intervenção compartilhada, considerando maior número de recursos possíveis para resolver os problemas de saúde da comunidade, considerando inclusive possíveis articulações com outros dispositivos da rede especializada como: CAPS, policlínicas e outros serviços e até mesmo outros setores que não estejam ligados a saúde.

6.2.2 Apoio Institucional e a potencialização da gestão territorial

Visando instituir o apoio institucional como dispositivo de gestão foram contratados atores denominados de apoiadores institucionais e que se vincularam aos Distritos Sanitários para intervenção conjunta com a gestão local nas atividades estratégicas da gestão, como exemplo as áreas de Saúde Mental, implantação do acolhimento nas unidades de saúde, etc.

No cotidiano dos apoiadores institucionais nos distritos sanitários e em especial na atenção básica realiza-se o acompanhamento dos processos de trabalho dentro do território, bem como, busca-se viabilizar as demandas apresentadas com relação aos atendimentos, acompanhamento ou planejamento viabilizando soluções conjuntas para os obstáculos que se apresentam e estimulando experiências inovadoras.

A equipe de apoiadores institucionais é composta por profissionais com formação diversificada e que geralmente trazem uma bagagem com experiências de gestão. Como já vimos, o principal foco desses atores é facilitar a reflexão sobre o processo de trabalho visando a organização do trabalho e do cuidado aos usuários e em situações concretas e cotidianas.

Como metodologia de trabalho tem sido utilizada de forma sistemática rodas de conversa, discussão de casos e situações, discussão de textos e produção de acordos.

6.3 A EXPERIÊNCIA DA GERÊNCIA DE TERRITÓRIO NO DISTRITO IV A PARTIR DO MODELO RECIFE EM DEFESA DA VIDA (MRDV)

O matriciamento é realizado no Distrito Sanitário IV através de diversos atores como: Equipe NASF, médicos, enfermeiros, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, dentre outros. No CAPS de transtorno mental há equipes matriciais que dão suporte as três microrregiões. Cada um desses atores e equipes aqui citados, tem a sua importância, o seu papel nesse processo, todos são importantes.

No Distrito Sanitário IV as Gerentes de Território junto às Equipes de Saúde da Família vêm realizando reuniões mensais por microrregião com todos os seus profissionais, onde a cada mês são levados temas sugeridos pelos próprios profissionais ou sugeridos pela gestão como forma de fazer junto.

Nesse espaço são explanadas, discutidas e esclarecidas as dúvidas, soluções e encaminhamentos de questões do cotidiano das equipes, inclusive definindo possíveis referências para o matriciamento das equipes. Com os encontros nesse formato o interesse e a participação de todos têm, a nosso ver, aumentado a cada encontro conforme análise das frequências desses fóruns.

Outro dispositivo que pressupõe o matriciamento veio com o objetivo de ampliar as ações de promoção e prevenção da Estratégia de Saúde da Família a partir do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Através do NASF fortalecemos a rede no território através da discussão de casos, da garantia do suporte na condução desses e na melhoria do atendimento domiciliar de forma humanizada. O NASF apóia-se na orientação das redes locais de saúde, através da atenção primária ampliando e fortalecendo ações de forma resolutiva.

A gerência de território tem trabalhado junto ao NASF buscando resolver as dificuldades apresentadas através de reuniões, encontros discussões e avaliações sistemáticas, realizadas com as equipes de saúde da família, onde se discutem os processos, as dificuldades e os entraves para dar-se o encaminhamento das necessidades apontadas.

O Gerente de Território, a partir de seu conhecimento sobre a realidade local, atua de forma integrada à rede de serviços de saúde, objetivando facilitar a relação entre as diversas equipes e buscando estratégias que garantam resolutividade às necessidades apontadas nas comunidades em que atuam a partir de casos

concretos, inclusive buscando alternativas em outros Distritos e órgãos governamentais.

Um exemplo dessa experiência de trocas decorre de uma carência de especialistas o que torna frágil o atendimento às pessoas que necessitam desses cuidados e que, através do matriciamento, tem sido possível viabilizar outros profissionais na rede de saúde, que passam a ser referência para determinadas pessoas ou situações. Tem sido bastante positivo estas parcerias e muito temos avançado na condução dos casos com maior vulnerabilidade.

Os apoiadores institucionais também têm tido um papel significativo junto à gerência de território, em especial no grupo que acontece uma vez por mês, onde podemos trocar conhecimentos, aprender com o outro e ainda discutir teoricamente temas que venham subsidiar nossas práticas enquanto gestores do sistema de saúde. E ainda por intermediar a relação da gestão central e local nas questões mais críticas vivenciadas no cotidiano, exercitando a coresponsabilidade entre essas instâncias. Assim sendo, estes apoiadores chegaram para somar, a partir das suas contribuições já que há um olhar diferenciado para o território.

Diante do analisado até o momento fica claro o papel do gerente de território nesse modelo enquanto articulador e facilitador de diversos processos e atores, atuando de forma integrada com todos que fazem saúde. E para tal, mostra-se essencial garantir o suporte teórico compatível com a complexidade de gerenciar o território, espaços articuladores e estrutura organizacional que favoreçam a efetivação do papel dessa gerência. Motivo pelo qual analisamos esses três elementos no cotidiano da prática da autora.

6.3.1 Princípios e conceitos essenciais

A gerência de território com vimos anteriormente foi instituída a partir de princípios e conceitos bastante sólidos quanto ao que vem a ser gestão e território, baseado na epidemiologia e na educação popular como uma estratégia de qualificação das ações de saúde. Podendo ser percebida uma ênfase no monitoramento dos indicadores de saúde e na incorporação da participação popular na produção de saúde subsidiado pelo método da educação popular.

Aos princípios e conceitos iniciais outros foram introduzidos com o MRDV que passam pela cogestão e clínica ampliada colocando novos desafios para a gestão

do território, em especial no que diz respeito à inclusão das equipes e seus processos de trabalho cotidiano a partir do acúmulo da análise institucional.

No cotidiano percebemos que não podemos desconsiderar nenhum desses princípios e conceitos, pois, a realidade em questão com seus diversos atores apresenta uma complexidade que não poderá ser reduzida a apenas uma determinada corrente de pensamento.

Ao contrário, percebemos como essencial que esses temas sejam cada vez mais socializados e discutidos por todos que exercem a função de gestor seja ao nível central ou local. Tal perspectiva nos pareceu um desafio ainda a ser conquistado, ainda que alguns espaços já existentes já venham assumindo o papel de articulador de saberes e práticas diversas.

Essa discussão reforça ainda mais a perspectiva referida anteriormente de que a gerência de território deve ser uma missão do gestor local e que para tal tem que se dar em equipe e não através de quem ocupa o cargo da gerência de território e seu apoio.

6.3.2 Espaços articuladores

Consideramos como espaços articuladores as intervenções que já foram identificadas como facilitadoras da gestão do cuidado no território, ou seja, aquelas que envolvam desde a concepção das políticas às ligadas à sua implantação, envolvendo, portanto, gestão central e distrital, trabalhadores, usuários e atores estratégicos para ação intersetorial.

A seguir apresentamos as intervenções vivenciadas nos diversos espaços e atores como forma de visualizar a priorização na agenda da gerência de território, visando realizar uma análise sobre a participação nesses espaços.

Quadro 1 - Espaços Articuladores (Período : Agosto de 2010 a Janeiro de 2011)

Espaços Articuladores	Nº de Intervenções	Média da frequência semanal de cada intervenção	Percentual na agenda
Reunião Nível Central	14	1,7	13, 59
Fóruns/Colegiados - Nível central	08	3	7, 8
Reunião Distrital/ Núcleo Gestor	10	2, 4	9, 7
Reunião da Atenção Básica por Microrregião	05	4,8	4, 8
Reuniões com coordenações de Políticas de Assistência e Vigilância à Saúde	05	4,8	4, 8
Reunião/visitas nas Unidades	45	0, 5	43, 7
Reunião comunidade	05	4,8	4, 8
Reuniões/articulações com parceiros: OP, Educação, Assistência Social, EMLURB e outros	11	2,2	10, 7

Fonte: O autor, 2011.

Observando o quadro acima podemos constatar a ênfase que as reuniões e visitas às unidades de saúde tiveram na agenda da gerência de território da microrregião 4.2. Considerando que os temas tratados nas mesmas foram eminentemente administrativos, nos traz uma reflexão de que de fato essa ênfase esteja ainda hoje reforçando por parte de algumas equipes a percepção da GT de cunho fiscalizador. Apontando, portanto, a importância de readequar a agenda da GT para consolidar os diversos espaços articuladores de tal forma a estimular a implicação dos atores, inclusive as equipes de saúde, no processo de gestão do cuidado ao nível local.

A periodicidade das reuniões da microrregião 4.2 que se propõe ser mensal parece vir sendo cumprida e atingindo seus objetivos, considerando que a ausência de um espaço estratégico para a locomoção da equipe, em especial dos Agentes Comunitários, ou a viabilização de transporte para os mesmos, tem sido um fator de desmobilização da participação de todos, mas que não tem impedido a participação ainda que irregular dos profissionais. O fator aglutinador desse espaço ao nosso ver, tem estreita relação com a metodologia que a mesma vem adotando de discussão de situações concretas vividas pelas equipes e onde se busca criar alternativas para os impasses encontrados.

Por outro lado, a agenda com a comunidade pareceu insuficiente para garantir uma sistemática no planejamento e avaliação das ações prestadas à população de forma compartilhada e com a incorporação da perspectiva do usuário.

A articulação intersetorial, apesar de vir assumindo um lugar na agenda da GT, precisa ser intensificada tendo em vista que a mesma envolve aspectos

complexos e que demandam ações continuadas e que se diversifica como no caso da articulação ensino-serviço que envolve o ensino médio, a graduação e a pós-graduação, pesquisa, extensão, PET Saúde, entre outros. Essa característica ocorre igualmente com outras ações intersetoriais e, portanto, exige uma sistemática de encontros e ações quase que diárias.

Enfim, a análise da agenda da GT demonstrou a necessidade de readequá-la no sentido de contemplar as reuniões e fóruns presentes na agenda dessa gerência para que tornem-se de fato espaços articuladores e para tal devem ter tanto a periodicidade como a metodologia adotada nos mesmos a partir de seus atores e objetivos.

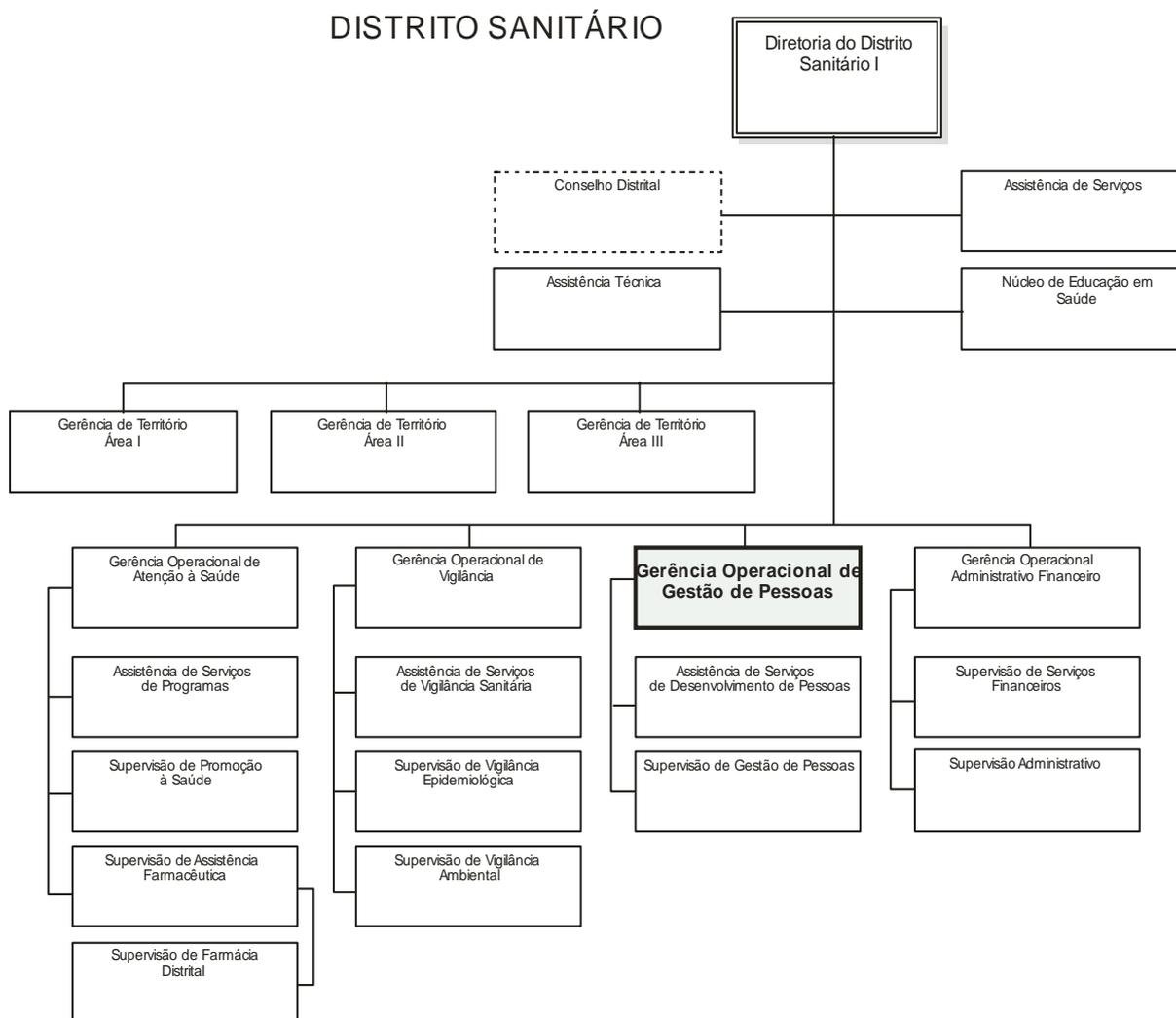
6.3.3 Estrutura organizacional

Consideramos que a forma de representar certa estrutura diz muito de como são assumidos os papéis e desenvolvidas as ações, portanto nos pareceu relevante apresentar a forma do organograma dos Distritos Sanitários, o qual segue o padrão de toda Secretaria Municipal de Saúde.

- Distrito Sanitário IV – SEDE

Organograma 1 - Organograma Distrito Sanitário

Organograma Secretaria de Saúde de Recife



Fonte: DGGT- SMS-Recife (2010)

Identificamos que a estrutura atual sofreu várias mudanças até adquirir a formatação atual representando, a nosso ver, uma complexificação do conceito de saúde e da gestão desse sistema, onde destacamos a inclusão da GT que deu-se ao mesmo tempo em que foi introduzida Educação em Saúde e o Controle Social (SANTOS, 2008).

Essa forma organizacional aponta que além dos conceitos referentes ao território fortemente discutidos na formatação da GT, estavam incluídas na pauta questões para além da assistência e de vigilância epidemiológica, questões essas

voltadas para integralidade do cuidado dos sujeitos com seu grupo familiar, comunitário e social a partir do território em que a vida acontece e para viabilidade do processo de trabalho das equipes e para tal pressupõe um trabalho de um corpo gerencial que disponha de autonomia mínima para promover as ações pactuadas com os atores envolvidos nessa produção.

Tal questão fica ainda mais radicalizada com a proposição do MRDV ao incluir como compromisso ético a cogestão e da produção de subjetividade dos trabalhadores, uma vez que tais compromissos nos instituem igualmente de uma responsabilidade ética de efetivar ações definidas coletivamente, ações essas que envolvem tanto apoio ao processo de trabalho das equipes e educação permanente como a garantia de ambiência, equipamentos e insumos adequados.

Apontando que os avanços em relação à forma organizacional necessitam ainda de alterações no sentido da incorporação de tais conceitos e princípios por parte de toda gestão distrital e que possibilitem ações gerenciais integrais no território, como ainda ocorre hoje, onde existe tanto um desconhecimento desse território de intervenção por parte dos que compõe as gerências, como as GT's terminam por não ter uma dimensão real da totalidade das ações desenvolvidas no território sob sua responsabilidade.

Essa reflexão nos remete ao que foi pensado inicialmente para a construção da GT no sentido de territorializar toda gestão distrital, superando o equívoco em associar a gestão do território com o cargo da gerência de território.

Consideramos um equívoco, pois a pessoa que ocupa esse cargo na verdade deveria ser um coordenador de uma equipe gestora territorial que deve conhecer a história das pessoas que o habita, suas condições de vida, seus processos de adoecimento e morte e suas redes de apoio e ainda que seja capaz de, ao está presente cotidianamente nesse espaço junto às equipes, possam exercer uma função da gestão do trabalho menos fiscalizadora e mais de pactuações.

Com o início dos contratos de gestão que serão estabelecidos com as equipes para o monitoramento do processo de trabalho e dos indicadores de saúde, com critérios individuais e coletivos, teremos uma relação mais próxima entre gestão e as equipes de saúde, uma vez que o monitoramento será conjunto e sistemático.

Por outro lado seremos forçados enquanto gestores a rever nosso processo de trabalho no sentido de garantir uma equipe gestora do território, a qual deverá conhecer e intervir o mais globalmente possível nesse território.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificamos ao longo do trabalho uma série de controvérsias sobre o papel e funções da GT desde a sua implantação até o momento atual, sempre na perspectiva de potencializar o papel da gestão territorial do sistema de saúde.

Essas diversas perspectivas partem de referenciais teóricos diversos que incluem o conceito de território, epidemiologia, educação popular em saúde e a partir do MRDV, a análise institucional, clínica ampliada e cogestão. Conhecimentos esses que devem ser pautados cotidianamente com os gestores de saúde e em especial entre os gestores locais de saúde.

Ao não transversalizar essas discussões corre-se o risco de perder a essência dessa perspectiva que não é de um único ator distrital, mas de uma equipe gestora territorializada, o que ainda não ocorre na atual estrutura distrital.

O desafio do MRDV de produzir saúde e subjetividade reforça essa perspectiva de equipe gestora territorial ao demandar a articulação de diversos atores e dispositivos no fortalecimento das práticas em saúde no cotidiano.

Os dispositivos ofertados pela gestão, em especial o apoio matricial e institucional, têm fortalecido a prática da gerência de território em especial no que diz respeito aos processos de trabalho e na construção de projetos terapêuticos para os usuários, familiares e comunidade.

Por outro lado, nos parece fundamental a realização de mudanças estruturais no sentido de garantir maior autonomia a GT no que refere aos recursos financeiros e a reorganização dos departamentos de modo a incorporar a perspectiva da mesma enquanto equipe gestora territorial que conheça e atue articuladamente no cotidiano do território e de seus atores.

Seria, ao nosso ver, a radicalização da transversalização de saberes e práticas, entre a gestão local e central, uma vez que os principais entraves vivenciados no cotidiano passam a ser questões de ambas as esferas de gestão.

Essa coresponsabilidade tem contribuído em muitas questões referentes à clínica e à promoção do cuidado, o que de fato tem potencializado as ações da gerência de território.

No entanto será necessária, ainda uma reorganização na autonomia também transversalizada de recursos financeiros para a resolutividade de várias questões ligadas às estruturas físicas das unidades e que são fonte permanente de tensão

entre gestão e equipes de saúde e usuários, em especial na atenção básica.

O perfil do gestor que assuma a coordenação a partir do que apresentamos até o momento, deve incluir conhecimento e habilidades técnico-políticos e relacionais, uma vez que o cotidiano do trabalho coloca como desafio uma série de sínteses de elementos comumente dicotomizados como gestão/assistência, teoria/prática, assistência/vigilância à saúde, conhecimento técnico/senso comum, objetividade/subjetividade, clínica/epidemiologia, coletivo/singular, desejo/necessidade sonho/realidade, entre outros.

O imperativo de buscar essas sínteses evidencia a necessidade de revisão do processo de trabalho da Gerência de Território de tal forma a priorizar os diversos espaços articuladores e dispositivos construídos ao longo das últimas gestões, garantindo presença sistemática na agenda e metodologia adequada para cada um desses espaços e dispositivos a partir dos atores envolvidos e de seus objetivos.

Dessa maneira poderão ser radicalizadas trocas potencializadoras de participação coletiva na produção de saúde e de subjetividade, tal como propõe o modelo Recife em Defesa da Vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde . **O SUS de A a Z**. 3. ed. Brasília, DF: [s.n.], 1999.

_____. **Cartilha humaniza SUS**, Brasília, DF, 2004. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf > Acesso em:05 jan.2011.

_____. **O humaniza SUS na atenção básica**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 08 fev.2011.

_____. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília, DF, 25 jan.2008.Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 15 jan.2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar intuições de saúde produzindo liberdade e compromisso.**Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 863-870, 1998.

_____. Subjetividade e administração de pessoal:considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In : MERHY, Emerson E., ONOCKO, Rosana.**Agir em saúde:um desafio para o público**.São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997 . p. 229-266.

_____. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestãodo trabalho interdisciplinar em saúde.**Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 399-407, fev.2007.

_____. **Um método para análise e gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, Sérgio Resende; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Modelos de Atenção à Saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal e Saúde de Betim, Minas Gerais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, abr-jun. 2000.

COÊLHO, B. P. COUTO. G. A. O Modelo de atenção e gestão em Recife: a dupla tarefa da produção da saúde e da produção dos sujeitos no Sistema Único de

Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 113-122, 2009.

DIMENSTEIN, M. et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, Barbacena, v. 3. n. 5, nov.2005. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev.2011.

FIGUEIREDO, M. D., CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 11, p. 129-132, 2009.

L'ABBATE, Solange. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.8, n.1, p. 265-274, 2003.

MERHY, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson E; ONOCKO, Rosana. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 71–112.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Org.) **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993b p. 455 - 466.

PERES, B.C. **O reencantamento do concreto e as apostas nas mudanças nos modelos de atenção e de gestão no SUS 2006**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Gerência de Atenção Básica. **Atenção básica a saúde: Recife em defesa da vida**. Recife: [s.n.], 2010.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Matriz de monitoramento e avaliação da implantação dos dispositivos do modelo de gestão e atenção Recife em defesa da vida, no âmbito da atenção básica(Proposta preliminar)**.Recife: [s.n.], 2011.

_____. **Oficina de trabalho com profissionais da saúde do Recife: através de construção coletiva de um pacto proposta acerca da Gerência de território nos distritos sanitários do município**. Recife: [s.n.], 2004.

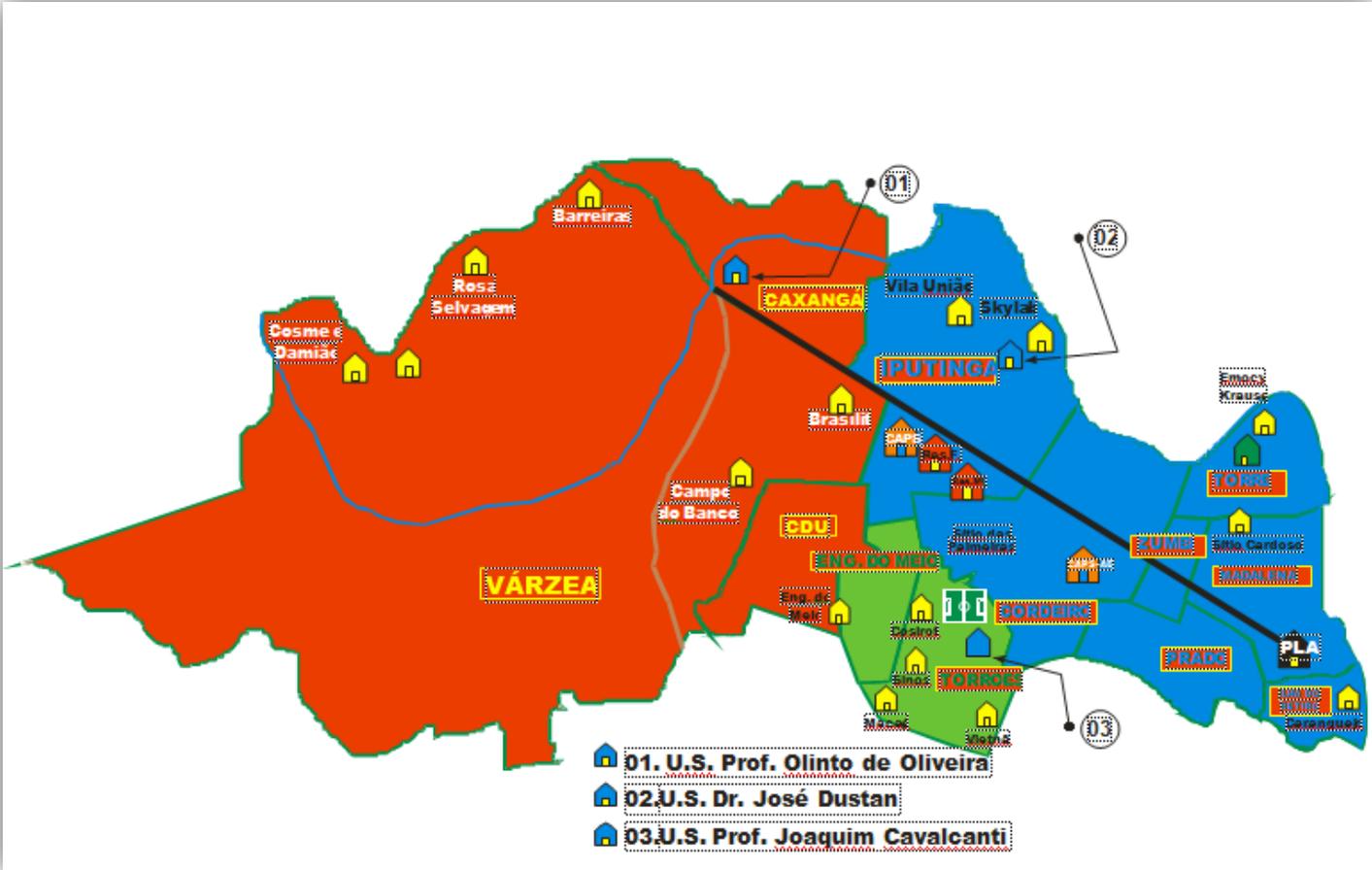
SALGUEIRO. Ana Paula Villar Fernandes. **Processo de construção dos Territórios de Saúde no Distrito Sanitário III e as atribuições da Gerência de Território**. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de sistemas e Serviços de saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2010.

SILVA, Alúcio Gomes; ALVES, Carla almeida. Modelos Assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D .A. (Org). **Modelo de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 27-41. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php? Area= Material & MNU= & TIPO = 1& Num= 26>>. Acesso em: 20 fev. 2011.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ANEXO A – Gráfico distribuição das unidades de serviços DS IV

Gráfico 1 - Distribuição das Unidades de Serviços DS IV



Fonte: DS IV/SMS-RECIFE

ANEXO B- Quadro 2 relatório das oficinas de trabalho – GT 2004

Quadro 2 - Relatório das Oficinas de Trabalho – Gerência de Território. Secretaria de Saúde. 2004

PAPEL	ATRIBUIÇÕES	ATIVIDADES	REL. C/ OS DEMAIS NÍVEIS	ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO
Sub-gerente do Distrito na área territorial	Coordenar os serviços de saúde de sua área de abrangência, articulando as equipes da VISA, Vig. Ambiental, Atenção Básica (PSF E US) e demais unidades. Incorporar o conceito de vigilância à saúde.	Promover reuniões dos trabalhadores de saúde na sua área de abrangência (PACS, PSF, US, PSA, etc.).	Articular o departamento envolvido na demanda e se reportar ao gerente de distrito em situações que fogem a governabilidade dos departamentos	Reconhecer as lideranças locais e ser reconhecido por elas (legitimidade).
		Supervisionar cumprimento de horário do PSF		Contratar novos supervisores de PACS para as vagas abertas
Suporte Técnico-administrativo e Político	Promover articulação com outros atores: população, ONGs, Igrejas, etc. Promover ações intersectoriais e multi-estratégicas.	Supervisionar sistematicamente as atividades nas USF/PSF.		Contratar consultoria para estruturar a GT?
		Pactuar com gerentes de distritos e/ou diretores de departamento as soluções para as demandas levantadas		Implantar no 1º ano no mínimo em uma GT para cada microrregião. (Grupo de trabalho? Direcionado para as marcas?).
	Assumir a responsabilidade sanitária na sua área.			
	Promover a Equidade...			
	Promover participação social			
Integrar as ações no território	Implementar as ações dos programas da PCR e da Secretaria de Saúde no nível local Promover ações incorporando o princípio da integralidade.	Instrumentalizar equipe no processo de planejamento com comunidade e promover interlocução contínua com os atores locais e de outras instâncias de gestão		Avaliar o perfil dos atuais GT e diretores de depto. E remanejar os que se adequam para a nova função.
		Acompanhar e encaminhar as deliberações dos conselhos gestores e distritais		
		Monitorar referência e contra referência no território		
		Realizar com as equipes um plano de trabalho e uma proposta de monitoramento		
		Participar das reuniões técnicas dos distritos		
	Participar das reuniões técnicas dos distritos			

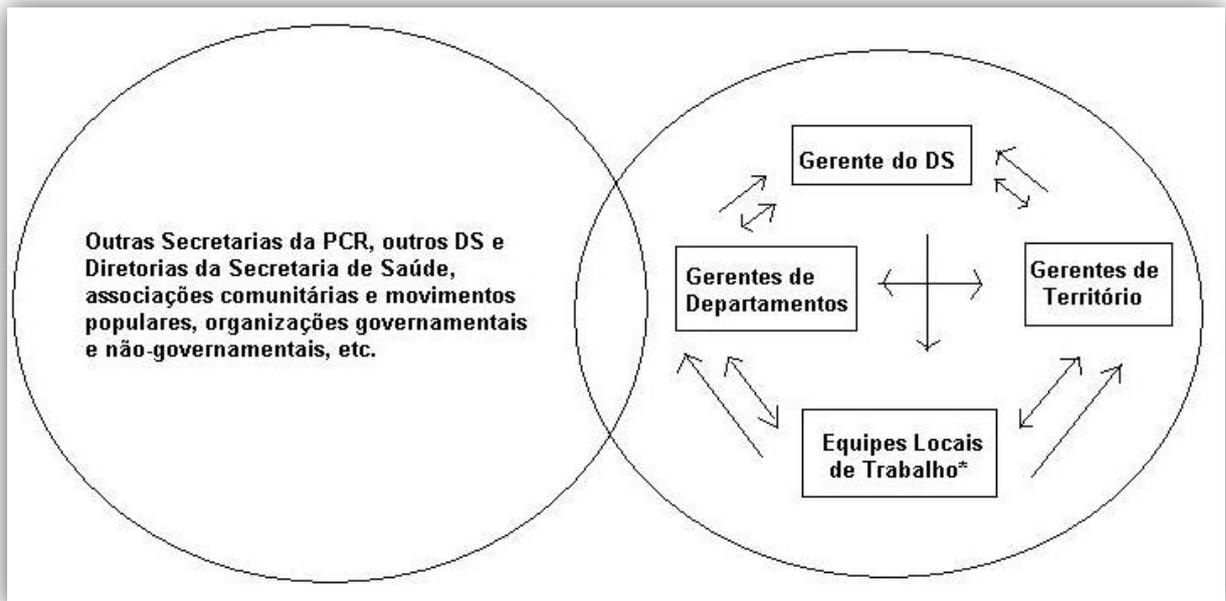
Fonte: Relatório das Oficinas de Trabalho – Gerência de Território. Secretaria de Saúde. 2004.

ANEXO C - Gestão do processo de trabalho da GT – 2004

→ No processo gerencial, encontram-se vinculados hierarquicamente a....

↔ Interrelações no processo de trabalho (suporte e articulação para o desenvolvimento das atividades gerenciais de cada nível).

Figura 1 - Adpoio matricial e equipe de referência: uma metodolofia para gestaodo trabalho interdisciplinar em saúde.



Fonte: - Relatório das oficinas de trabalho gerencia de território- secretaria municipal de saúde: