

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
INSTITUTO DE SAÚDE

Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

**A Gestão da Saúde em São Bernardo do Campo - SP: um
estudo sobre as atribuições dos Coordenadores de
Unidade Básica de Saúde**

Fábio Souza dos Santos

São Paulo
2018

A Gestão da Saúde em São Bernardo do Campo - SP: um estudo sobre as atribuições dos Coordenadores de Unidade Básica de Saúde

Fábio Souza dos Santos

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**São Paulo
2018**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

A Gestão da Saúde em São Bernardo do Campo - SP: um estudo sobre as atribuições dos Coordenadores de Unidade Básica de Saúde

Fábio Souza dos Santos

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Lauro Cesar Ibanhes

**São Paulo
2018**

Santos, Fábio Souza dos

A Gestão da Saúde em São Bernardo do Campo -SP:
um estudo sobre as atribuições dos coordenadores de UBS /
Fábio Souza dos Santos. São Paulo, 2018.

110p.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Mestrado Profissional
em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de
Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São
Paulo.

**Área de concentração: Gestão e Práticas de
Saúde**

Orientador: Prof. Dr.Lauro Cesar Ibanhes

1. Unidade Básica de Saúde
2. Gestão e Saúde da Família;
3. Gestão e Unidade Básica de Saúde;
4. Gerencia e Unidade Básica de Saúde;
5. Coordenador e Unidade Básica de Saúde

Agradecimentos

Aos meus pais, meu exemplo de Trabalho e Cuidado. À minha família por acolher, orientar, cuidar e compreender as ausências. Aos meus filhos que entenderam a necessidade e apoiaram cada um de seu jeito, e à minha esposa e companheira que me incentivou nos bons e maus momentos nesta produção. Aos meus amigos e familiares pelo permanente incentivo.

Aos amigos do Programa de Mestrado que, com as saudosas sextas-feiras, tornavam o dia mais sereno e solidário.

Ao Instituto de Saúde e seu corpo de servidores, que mais uma vez me acolheram e ensinaram generosamente o papel desta instituição na formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde-SUS.

À Prefeitura de São Bernardo do Campo, que permitiu um projeto generoso de SUS. À equipe da Secretaria de Saúde, Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado, Departamento de Apoio à Gestão do SUS e à UBS União. Aos Coordenadores de UBS que contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa.

Ao meu orientador Lauro Ibanhes pelo acolhimento e apoio, possibilitando o “repensar” modos de ser e agir.

À Professora Luiza Heimann pelo apoio permanente e generosidade.

Ao Professor Arthur Chioro pelas argutas e pertinentes observações e contribuições.

À pesquisadora e amiga Louise Valente pelo apoio dado para finalização da pesquisa.

In memoriam de Joana Cirino dos Santos, Francisca Magalhães de Souza, Ana Maria Lhamas, Rosana Moreira e Roberto Vicente por terem acreditado e apoiado, independentemente de onde estejam.

Não poderia esquecer *de ti meu amigo, pois este projeto nasceu e foi motivado a partir de tantos cafés reflexivos: in memoriam* e motivado por Tarcísio Oliveira Braz.

“Que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças, nem barômetros etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós.”

— Manoel de Barros

SANTOS, F.S **A Gestão da Saúde em São Bernardo do Campo -SP: um estudo sobre as atribuições dos coordenadores de Unidade Básica de Saúde. [Dissertação de Mestrado]**. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2018

RESUMO

Introdução: A Política Nacional de Atenção Básica, por meio da ampliação da Estratégia de Saúde da Família foi marco importante para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Em São Bernardo do Campo no período de 2009 a 2016, houve importante investimento na reestruturação da rede de saúde, na construção de estratégias de gestão compartilhada e educação permanente visando à qualificação do acesso e da atenção em saúde à população. Os Coordenadores de UBS tiveram qualificação profissional e foram protagonistas na mudança do modelo de atenção em curso. **Objetivo:** descrever e analisar o papel do Coordenador de UBS em São Bernardo do Campo, considerando fatores que dificultam ou facilitam o exercício de suas atribuições na gestão das UBS. **Método:** Estudo qualitativo realizado em distintas etapas. Foi aplicado questionário e entrevista com Coordenadores de UBS, que atuaram na gestão no período de 2009 a 2016. Para análise do material foi utilizada análise de conteúdo para conhecer os significados atribuídos pelos Coordenadores de UBS, de suas atribuições, considerando as dimensões gerenciais, organizacionais e técnico-assistenciais. **Resultados e Discussão:** os Coordenadores se sentiram fortalecidos e reconhecem a importância dos espaços de gestão compartilhada e estratégias de educação permanente para suas atribuições, principalmente o uso de discussão de caso, matriciamento, discussão de casos e os encontros em que as necessidades do coordenador e do usuário foram centro do diálogo entre os serviços. Os espaços de gestão foram importantes principalmente para conhecimento sobre os protocolos e funcionamento da rede. Houve reconhecimento dos espaços de gestão da unidade e apoio das referências da atenção básica e apoiadores em saúde para mudança do modelo de atenção. O acúmulo de atividades, a premência e a multiplicidade de papéis do coordenador na UBS, a maior participação da equipe nas atividades comunitárias e a compreensão sobre o modelo de atenção foram desafios enfrentados. **Conclusões:** os espaços de gestão e a EP contribuíram fortemente para o desempenho do Coordenador de UBS, principalmente para as atribuições relativas à

atenção em saúde. A continuidade das ações em serviços, o uso de recursos como o Plano Regional e Municipal de EP utilizando recursos que propiciaram a troca entre equipes e profissionais pode favorecer a mudança do modelo de atenção.

Palavras-chave 1. Unidade Básica de Saúde 2. Gestão e Saúde da Família; 3. Gestão e Unidade Básica de Saúde; 4. Gerencia e Unidade Básica de Saúde; 5. Coordenador e Unidade Básica de Saúde

SANTOS, F. S. **Health Management in São Bernardo do Campo -SP: a study on assignment of the coordinators of the Basic Health Unit.[Dissertation for Master's Degree]**. Professional Master's Degree Program in Collective Health of CRH/SES-SP. São Paulo: State Departamento of Health, 2018.

ABSTRACT

Introduction: Trough the enlargement of the Strategy of Family Health Care, the National Politic of Basic Attention became an important mark and strengthens the Unified Sistem of Health. At *São Bernardo do Campo*, by the years of 09 - 16, an investment of great importance occured; On the restructure of the health network, on the construction of strategies of shared manegement, and in permanent education. Aiming to qualify access and regard at the matters above. The Coordinators of the *UBS's* have been well qualified protagonists on the change of ongoing pattern.

Objective: To describe and analyze the Coordinator's role at *São Bernardo do Campo* seeing to facts that hamper and ease the exercise of their assignments and management at the *UBS's*. **Method:** A qualitative study realized in distinct steps. An interview and a questionnaire were applied with the Coordinators that operated during the period of 09 - 16. An analysis of content was used to oversee the significance attributed by them. Always acknowledging, by their attribution, dimensions of management, organization and technical assistance. **Results and Discussion:** The Coordinators felt strengthened and also recognize the importance of the shared manegement spaces and permanent education strategies to their attributions. Principally the use of case discussion, matrix-based strategies support, and meetings whereby the necessities of both coordinator and user were the center of the dialogue between services. The spaces were vitally important in that matter due to the knowledge they provide with protocols and network functioning. There was a reconaissance of this spaces and support from references of the basic attention for a change in the model of assistance. The chalenges faces were: The congestion of activities, the absence and multiples roles of a Coordinator in the *UBS*, a greater participation of the team on community activities and lack of understanding of the attention pattern. **Conclusions:** The manegement spaces contributed with the role of the Coordinator as a whole, mainly on attributions related to health care. The continuity of the action services and the use of resources as the *EP's* Regional and

Municipal Plan that propitiate the swap between teams and professionals, can favor the change of the attention pattern.

Key-words 1. Basic Health Unit 2. Management and Family Health; 3. Management and Basic Health Unit; 4. Management and Basic Health Unit; 5. Coordinator and Basic Health Unit

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	07
1. INTRODUÇÃO	08
1.1 O SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA	08
1.2 A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA EM SÃO BERNARDO DO CAMPO	14
1.3 O COORDENADOR DE UBS EM SÃO BERNARDO DO CAMPO	21
2. JUSTIFICATIVA	25
3. OBJETIVOS	28
3.1 OBJETIVO GERAL	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4. METODOLOGIA	29
4.1 CARACTERIZAÇÃO DE ESTUDO	29
4.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA	29
4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	31
4.4 PLANO DE ANÁLISE	31
5. RESULTADOS	33
5.1 QUESTIONÁRIO	33
5.1.1 PERFIL PROFISSIONAL E FORMAÇÃO ACADÊMICA	33
5.1.2 CONTRIBUIÇÃO DOS COLEGIADOS DE GESTÃO	37
5.1.3 CONTRIBUIÇÃO DOS ENCONTROS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	39
5.1.4 CONTRIBUIÇÃO DAS REUNIÕES DE EQUIPE E COMUNIDADE	42
5.2 ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS	48
6. DISCUSSÃO	64
7. CONCLUSÕES	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	91

APRESENTAÇÃO

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) se constituiu como marco fundamental ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua efetivação se deu, principalmente, por meio da priorização da Estratégia da Saúde da Família (ESF), que visa a reorganização e qualificação da Atenção Básica ao reorientar o processo de trabalho e operacionalizar os princípios e fundamentos do SUS. Sua expansão e qualificação buscam operacionalizar as diretrizes e fundamentos da Atenção Básica ampliando a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e das coletividades (BRASIL, 2006).

Em São Bernardo do Campo (SBC), município localizado na região metropolitana do Estado de São Paulo, houve um investimento na estruturação e qualificação do processo de gestão e atenção à saúde da população em 2009, a partir da definição da nova Política Municipal de Saúde (PMS). Neste sentido, os Coordenadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) assumem um papel protagonista na articulação entre a PMS, o trabalho das equipes e a população do território adscrito (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2010).

Atuar neste município como gestor da Atenção Básica (2009 a 2011), Coordenador de UBS (2011 a 2014) e depois como gestor de Educação Permanente (2015 a 2016), foi fundamental para o surgimento do interesse e a compreensão da importância em descrever e analisar o cotidiano de trabalho do coordenador de UBS, considerando suas atribuições, os espaços de participação, as estratégias de qualificação profissional e execução da Política Municipal de Saúde nas UBS.

O presente estudo pretende contribuir para a compreensão do papel do Coordenador de UBS como um articulador de políticas públicas, a partir de suas atribuições políticas, técnicas e administrativas assumidas para efetivação da Política Municipal de Saúde e da mudança do modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). Esperamos que a descrição e análise desta experiência possam ser documentadas nessa dissertação, de modo a fornecer dados que colaborem para a qualificação dos processos de trabalho.

1. INTRODUÇÃO

1.1 O SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

A Constituição Federal de 1988 determina que Saúde é um direito de todos e dever do Estado. Ela também determina que os serviços de saúde devam ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada, conformando um sistema único, o Sistema Único de Saúde (SUS), com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e III – participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Ao longo da década de 1990, foi formulada uma série de normas operacionais para a implantação do SUS, o processo de descentralização e regionalização, bem como a reorganização do fluxo de recurso financeiro. A Portaria Ministerial 399 de 2006, que instituiu o Pacto pela Saúde, na Dimensão em Defesa da Vida, tem como uma de suas diretrizes o Fortalecimento da Atenção Básica. Para isto, na Dimensão da Gestão redefiniu os blocos de financiamento criando os pisos fixo e variável da Atenção Básica.

Em outubro de 2011, o Ministério da Saúde edita a Portaria nº 2488 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece diretrizes e normas para organização deste nível de atenção, considerando como estratégia prioritária o Programa Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2011).

De acordo com a Portaria nº 2488 (BRASIL, 2011), a Atenção Básica é definida como:

(...) um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção e sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (p.10).

Ainda em 2011 foi publicado o Decreto 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, normatiza a organização do SUS, define as Redes de Atenção à Saúde como prioritárias e dá outras providências. Em seu Art. 11, considera que o acesso aos serviços de saúde deve se dar de forma igualitária e universal, ordenado pela Atenção Básica, considerando a avaliação do risco individual e coletivo (BRASIL, 2011).

Ainda em 2011, o Ministério da Saúde atualizou a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) por meio da Portaria 2.488. Segundo esta versão da PNAB, este nível de atenção é considerado como o mais alto grau de descentralização e capilaridade do SUS, o mais próximo do cotidiano das pessoas, o contato preferencial do usuário com o sistema de saúde e a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. É orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, da atenção integral, com responsabilidade pela população no âmbito de seu território, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2011).

A PNAB mantém os princípios e diretrizes da sua primeira versão, onde a Atenção Básica é ordenadora das Redes de Atenção de forma acolhedora. Reconhece outras modelagens de equipes conforme as diferentes realidades do país, incluindo equipes de atenção básica odontológica e Consultórios na Rua (BRASIL, 2012). Amplia o acesso dos municípios aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), facilita as condições para a criação de unidades fluviais bem como Equipes de Saúde da Família para populações ribeirinhas.

Estabelece, ainda, como estratégia principal para a mudança do modelo de atenção à população a implementação e fortalecimento da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família com as seguintes diretrizes: I – Definir o território adstrito para realização de planejamento e desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais; II – Permitir acesso universal, contínuo e resolutivo às necessidades de saúde da população, sendo a porta de entrada preferencial do usuário ao sistema de saúde; III - Adscriver e vincular a população ao serviço de saúde permitindo o cuidado contínuo; IV - Coordenar a integralidade através de ações programáticas, demanda espontânea, ações de promoção à saúde, de prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, com objetivo

de ampliar a autonomia dos usuários e coletividades, de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; e V – Promover a participação popular e a construção do cuidado estimulando a participação dos usuários como forma de ampliar sua capacidade de autocuidado, autonomia e problematizar a realidade em que vive a fim de mudar os determinantes de saúde (BRASIL, 2012).

PAIM (*apud* TEIXEIRA e SOLLA, 2006) busca definir os Modelos de Atenção como uma representação esquemática da realidade de saúde, podendo ser compreendida como modelo de atenção ou assistencial, com racionalidades que determinam as ações de saúde e a combinação de tecnologias e formas de organização dos serviços de diferentes complexidades. O autor descreve a coexistência de dois modelos: o modelo médico e o modelo sanitaria. Enquanto o primeiro é predominantemente centrado na clínica, no atendimento ao paciente e em serviços especializados, o segundo é definido pela intervenção sobre os problemas e necessidades de saúde.

No sentido de se construir a hegemonia do modelo sanitaria no SUS, superando a dicotomia entre a clínica e a epidemiologia, bem como o individual e o coletivo, TEIXEIRA e SOLLA (2006) consideram ser necessário um conjunto heterogêneo de iniciativas macro sistêmicas, quais sejam, a formulação e implementação de políticas que criem condições para as mudanças ao nível local. É preciso conjugar mudanças nas regras básicas do sistema, com o desencadeamento de processos políticos favoráveis para a introdução de inovações nas dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais (TEIXEIRA e SOLLA, 2006). Isto é, mudanças no âmbito das práticas de saúde de modo a direcioná-las para a solução de problemas e atendimento das necessidades e demandas da população, e na forma de organização do processo de trabalho, nas unidades de prestação de serviços nos diversos níveis de complexidade no SUS. Para tanto, tornam-se necessárias mudanças na organização das unidades das redes assistenciais e ao mesmo tempo em que busquem o ajuste possível entre o perfil de oferta de ações e serviços e as necessidades e demandas da população.

Em relação à Saúde da Família, por se tratar de um modelo pautado na reorganização sistêmica dos serviços, com o uso da epidemiologia para o

planejamento e programação das ações na busca da integralidade, essa passou a ser a principal estratégia da Atenção Básica (XIMENES e SAMPAIO, 2007).

Com base nesses fundamentos, podemos considerar que ambas as versões da Política Nacional de Atenção Básica, de 2006 e 2012, se apoiam no Modelo Sanitarista, pois definem ações e estratégias para responderem às necessidades de saúde da população em territórios concretos.

De acordo com a PNAB, são atribuições comuns a toda equipe de profissionais da Atenção Básica: a territorialização¹ e mapeamento das condições de vida e saúde da população; a realização e manutenção do cadastro das famílias e indivíduos por meio dos sistemas de informação; a atenção à saúde para a população adstrita da unidade com acolhimento e escuta qualificada; e propiciar atenção integral aos indivíduos. Assim, os profissionais devem realizar ações de promoção, proteção, cura e reabilitação, considerando a demanda espontânea, programática e da vigilância em saúde.

Os espaços coletivos de trabalho, como reunião de equipe, educação permanente e reuniões dos conselhos gestores locais de saúde são mecanismos fundamentais para fortalecer os processos de trabalho na Atenção Básica.

Cada equipe de Saúde da Família é composta pelo menos por um médico; um enfermeiro; dois auxiliares de enfermagem; além de até doze agentes comunitários de saúde responsáveis por no máximo 4 mil habitantes. Pode conter, também, equipe de saúde bucal com dentista, auxiliar e técnico de saúde bucal. Segundo dados do Ministério da Saúde, entre 2002 e 2016, houve no Brasil um crescimento na cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família de 32% para 60% e o número de equipes, para o mesmo período, evoluiu de 18 mil para cerca de 40 mil, alcançando mais de cinco mil municípios brasileiros (BRASIL, 2017).

Tendo em vista os processos de descentralização de serviços e a crescente responsabilidade deles pelos municípios, o gestor municipal e a esfera

¹ Instrumento de organização do processo de trabalho e das práticas em saúde implementadas a partir de uma base territorial, sua descrição cartográfica e do cotidiano vivido, onde estão inseridas as pessoas, serviços de saúde, com problemas e necessidades de saúde específicas, história, demografia, aspectos culturais, políticos, tecnológicos e sociais, em permanente construção. Este processo permite avaliação dos reais impactos dos serviços de saúde numa determinada população e permitem o desenvolvimento de práticas de saúde em consonância com a vida cotidiana das pessoas (SANTOS e RIGOTTO, 2010).

local assumem cada vez mais funções e atribuições em relação à saúde de modo geral, principalmente na articulação da rede de atenção em saúde (CONASS, 2015). Cabe, então, ao gestor prover serviços de qualidade aos cidadãos, avaliar as organizações, disponibilizar recursos humanos e tecnológicos para suas atividades de forma a romper ou diminuir a sua fragmentação organizacional, pois o usuário muitas vezes depende de outros serviços para a continuidade do seu cuidado (CARNUT e NARVAI, 2016).

Segundo ANDRÉ e CIAMPONE (2007), o gerenciamento local de saúde deve ser desenvolvido por profissional competente, capaz de liderar e agregar valor aumentando o potencial de sua equipe, conjugando esforços para utilizar recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos de modo a aumentar a resolutividade do serviço na área de abrangência. Em conformidade com o modelo assistencial o gerente deve ter capacidade de negociação com as instâncias externas da unidade, seus superiores e capacidade de diálogo com sua equipe e população. Assim, cabe ao gerente a tradução administrativa e técnica para a execução das ações e diretrizes da política de saúde.

JUNQUEIRA (1990) destaca o papel dos gerentes de serviços quanto ao arranjo combinatório entre pessoas, tecnologias, recursos materiais e administrativos para se alcançar objetivos planejados, sob direção e controle. O trabalho da gerência é avaliado a partir do desempenho da sua equipe e, para tanto, é necessário ter habilidades e conhecimentos técnicos, administrativos, políticos e psicossociais que podem conceber uma relação adequada entre o sistema, tarefas e pessoas.

Para compreender esta dinâmica relacional entre a organização das equipes de saúde e as necessidades de saúde da população, é importante definir o que é Processo de Trabalho em Saúde e sua origem a partir dos referenciais teóricos e estudos sociológicos que permitem análises consistentes.

AYRES (2015) ressalta que MENDES-GONÇALVES a partir do seu doutorado sobre a organização tecnológica do trabalho, desenvolveu uma Teoria sobre o Processo de Trabalho em Saúde como crítica à racionalidade epidemiológica e as implicações das necessidades de saúde sobre a demanda por respostas dos serviços de saúde, analisando, segundo o autor, a presença

de instrumentos materiais e não-materiais como ferramentas que permitem a apreensão do objeto de trabalho.

PEDUZZI *et al* (2018) descrevem o conceito de Processo de Trabalho em saúde como “a dimensão microscópica do cotidiano”, ou seja, a prática dos trabalhadores/profissionais inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de saúde, destacando a forma como os serviços se organizam para atender as necessidades da população.

As práticas exercidas no cotidiano são, desta forma, ações que modificam algo e produzem efeitos, que alteram o que foi estabelecido como necessidade, orientadas por um saber científico, a partir de sua finalidade social historicamente construída na produção do encontro entre usuário e trabalhador da saúde (FEUERWERKER, 2014).

Importante ressaltar que o trabalho em saúde é essencial para a vida humana, é um trabalho não material que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade. Hoje, em sua maioria, ao menos no que se refere à saúde pública, esse trabalho é coletivo, realizado por diversos profissionais e grupos de trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional. Envolve características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho, bem como características do trabalho profissional do tipo artesanal (RIBEIRO *et al*, 2004).

Se ora o processo de trabalho do coordenador de UBS está relacionado à rotina administrativa e organizativa das equipes e da unidade de saúde, ora este processo também é uma ferramenta para produzir mudança no modelo de atenção em saúde (BAZZO-ROMAGNOLLI, 2014).

Essa capacidade de estabelecer relação entre a gestão do sistema de saúde e a equipe de trabalho nos serviços requer do gerente habilidade de negociação entre os profissionais, seus superiores e a população, bem como de produção de intersubjetividades e de processos de tomada de decisões coletivas. A gerência pode ser considerada como um instrumento do processo de trabalho, como atividade-meio para o trabalho assistencial e, por seu caráter articulador,

integrativo e político, atua como um instrumento para a transformação (CARVALHO *et al*, 2013).

1.2 A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA EM SÃO BERNARDO DO CAMPO

São Bernardo do Campo é um município localizado na região metropolitana do Estado de São Paulo, conhecida como Grande São Paulo e pertencente ao Grande ABC². O município tem uma população estimada em 822.242 habitantes (IBGE, 2016), área territorial de 409,532 km² e é caracterizado pelo seu forte processo de industrialização, principalmente após a chegada das grandes montadoras nas décadas de 60/70. Possui grandes áreas de mananciais (parte da Represa Billings) e uma importante desigualdade social.

Figura 1: mapa do Estado de São Paulo, Grande São Paulo, Grande ABC e São Bernardo do Campo



Em 2016, a rede de serviços de saúde em São Bernardo do Campo contava com aproximadamente oito mil trabalhadores distribuídos nos seguintes serviços: 34 Unidades Básicas de Saúde – UBS; 9 Unidades de Pronto Atendimento – UPA; 12

² A região do Grande ABC recebe esse nome em referência aos municípios de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, porém trata-se de uma espécie de abreviação para a sigla ABCDMRR, que engloba os sete municípios que fazem parte da região, sendo os demais: Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra. São Bernardo do Campo é o maior município da região.

bases descentralizadas de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; 8 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS; 5 Residências Terapêuticas; 1 Centro de Referência de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST/AIDS; 1 Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher; 4 Hospitais; 1 Serviço de Verificação de Óbitos; 1 Laboratório de Saúde Pública; 3 Centros de Especialidades com: Cardiologia, Nefrologia, Reumatologia, Neurologia, Ortopedia, Dermatologia, Gastroenterologia, Endocrinologia e outras; 1 Centro Especializado em Reabilitação - CER e 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2016).

O cenário encontrado pela gestão municipal da saúde em 2009 foi uma rede pública desestruturada fisicamente, com necessidade de ampliação de serviços e de acesso à população, inadequado número e qualificação de profissionais, além da fragmentação na organização dos serviços assistenciais, com pouca ou nenhuma comunicação entre eles.

Neste panorama, considerando a Atenção Básica, as UBS estavam em condições físicas inadequadas e com número insuficiente de trabalhadores. O modelo era focado na atenção médica com pouco investimento na Saúde da Família e na qualificação profissional das equipes.

A Secretaria Municipal de Saúde era apoiada pela Fundação ABC para a gestão dos serviços de saúde. Esta fundação é mantenedora da Faculdade de Medicina do ABC, financiada pelos municípios da região (São Caetano, Santo André e São Bernardo do Campo). Até 2009, esta fundação atuava inclusive na Atenção Básica, como uma Organização Social - questão reiteradamente apontada como ilegal pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (CHIORO DOS REIS, A. A. *et al*, 2014).

A nova administração iniciou sua gestão com o compromisso político de promover uma “revolução na saúde”. O projeto visava a mudança do modelo de atenção em saúde, ampliando o acesso à população nos diversos níveis de complexidade, a construção e reestruturação dos serviços de saúde e a qualificação dos profissionais de forma integrada.

Com a necessidade de ampliar e qualificar a Rede de Atenção em Saúde, em consonância com o tempo político da gestão (2009-2016) buscou-se uma nova organização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Para efetivar este processo de mudança optou-se pela revisão do contrato de gestão com a Fundação ABC, que

passou a atuar como Fundação Pública de Direito Privado (Fundação Estatal). A reconstrução definiu metas e objetivos, cabendo à Fundação o papel de realizar, por meio de processo seletivo público, a contratação pelas normas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) dos trabalhadores dos serviços de saúde. (CHIORO DOS REIS, A. A. *et al*, 2014). Todos os Coordenadores de UBS foram indicados pelo prefeito e nomeados na estrutura de cargos do município, assim como os demais dirigentes que compuseram o Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado.

Ainda com a Fundação ABC, foram aditados mais dois contratos de gestão: um com o Complexo Hospitalar e outro com a Rede de Serviços, incluindo um termo aditivo para a Atenção Básica. Em ambos os contratos são atribuídas responsabilidades referentes à gestão de pessoas, manutenção predial e de equipamentos dos serviços de saúde.

Em consonância com a PNAB, a Política Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo definiu como ações da Atenção Básica: a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento de doenças, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Tinha como objetivo a atenção integral e resolutiva e deveria ser considerada como uma das principais portas de entrada da Rede de Atenção à Saúde (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014a).

Em São Bernardo do Campo, os Planos Municipais de Saúde, em suas duas versões, 2009 e 2013, apontaram a necessidade de qualificação e fortalecimento da Atenção Básica por meio da reestruturação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), da ampliação e qualificação das Equipes de Saúde da Família e do processo de gestão e atenção em saúde. Sua última edição reafirmou este compromisso e apresentou um conjunto de diretrizes relacionadas às atribuições e responsabilidades no âmbito da gestão de UBS sobre: a) o território; b) as ações assistenciais; c) o trabalho das equipes de saúde; d) a participação comunitária; e) a vigilância em saúde e f) o fortalecimento do papel da Gerência da unidade (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014a).

A partir da definição da Política Municipal de Saúde e da Atenção Básica desencadeou-se um novo processo de territorialização em que diferentes atores - coordenadores, gestores, conselheiros de saúde, profissionais de saúde e apoiadores - realizaram o reconhecimento das características sociais, econômicas,

históricas, delimitações geográficas, acesso e vulnerabilidade mapeando os serviços de saúde e comunitários, conformando as novas áreas de abrangência e influência de cada serviço (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014b).

Este processo foi concomitante ao primeiro ciclo do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) resultando na pactuação de indicadores e metas para cada UBS, expressos por meio da elaboração de Cartas de Compromisso de cada serviço de saúde. Os compromissos e diretrizes da Atenção Básica constam do Documento Norteador da Atenção Básica, como referência para orientar o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e suas equipes para o cumprimento dessas metas e de suas atribuições.

O fortalecimento da Atenção Básica se deu, também, por meio do aumento do número de Equipes de Saúde da Família e reforma e ampliação das UBS.

Para além da reforma e ampliação das UBS, houve aumento de 125% no número de trabalhadores na Rede da Atenção Básica entre o período de 2009 a 2016.

Tendo em vista o cumprimento da meta de ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família, a gestão municipal de saúde nesse período aumentou 114 equipes, chegando a uma cobertura populacional de 65,85% em 2016.

Tão importante quanto a reorganização do processo de gestão e apoio à infraestrutura necessária para o funcionamento dos serviços de saúde foi a reorganização das UBS, com foco na responsabilidade sobre o território como elemento central no processo de trabalho das equipes de saúde. Diferente da PNAB, em São Bernardo do Campo foi proposto um modelo em que as equipes são responsáveis por seis a oito mil habitantes, mas com distribuição de profissionais equivalente a duas equipes preconizadas pelo Ministério da Saúde. Nesta nova proposta a equipe conta com mais um enfermeiro, mais dois médicos, um pediatra e um ginecologista/obstetra (contratados em regime de trabalho de 20h semanais), e outros profissionais para a equipe multiprofissional e administrativa nas UBS.

Outras estratégias também foram importantes para a qualificação da Atenção Básica no município. Foram elas: a contratação dos Apoiadores em Saúde e os encontros de Educação Permanente entre os serviços nos territórios, onde era possível reunir as equipes próximas e discutir estratégias de saúde, programas de saúde (mental, dor crônica, cuidado às pessoas em situações de violência e

dependência química) e o fortalecimento de práticas de promoção em saúde através de ações intersetoriais desenvolvidas coletivamente.

O Ministério da Saúde (2009) define como Educação Permanente (EP), a aprendizagem realizada durante o cotidiano de trabalho, que possibilite aos trabalhadores atribuírem significado ao seu trabalho e transformar suas práticas, experiências e conhecimentos. Sua prática se dá por meio da problematização do processo de trabalho e da organização dos serviços, das características e necessidades de qualificação dos profissionais e das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2009).

A gestão da educação em saúde em São Bernardo do Campo, entre 2009 e 2016, reorganizou e reorientou os processos de formação de recursos humanos. Tanto os Coordenadores de UBS quanto suas equipes realizaram cursos promovidos pela SMS fortalecendo a relação entre instituições de ensino para realização de estágio e residências profissionais nos diversos serviços da rede de saúde (CHIORO DOS REIS, A. A. *et al*, 2014). A Educação Permanente é prevista no organograma como uma divisão do Departamento de Apoio à Gestão do SUS, sendo responsável pela articulação entre os departamentos e instituições de saúde.

Não obstante ser organizada como um setor, a Educação Permanente no município seguiu as diretrizes do Ministério da Saúde, pois facilitou nos serviços de saúde a promoção de espaços coletivos para a qualificação dos profissionais e para a implantação da Política Municipal de Saúde.

Desta forma, CHIORO DOS REIS, A. A. *et. al* (2014) definem a Educação Permanente como estratégia de gestão, pois visou a gestão participativa tendo como pressuposto o trabalho em saúde como produtor de reflexão e de produção de encontros, negociação e pactuações, em que a atenção em saúde à população fosse o centro do debate e da construção coletiva de protocolos, projetos de cuidado compartilhado e ampliação da oferta ao cidadão. Essa ampliação de oferta se dá por meio da problematização das possibilidades existentes nos serviços, o conhecimento e troca de experiência entre serviços e de incentivo de práticas entre equipes como matriciamento ou de atividades intersetoriais na comunidade.

Como já mencionado, os territórios de saúde e a produção de encontros por cada um teve como objetivo a produção de diálogo, cooperação, matriciamento e ampliação da caixa de ferramentas das equipes com os diversos atores institucionais (CHIORO DOS REIS, A. A. *et. al*/2014).

Segundo BERTUSSI *apud* SOUSA *et al* (2014), o apoio matricial em rede e a Educação Permanente são ferramentas estratégicas que permitem o acolhimento do desconforto e das potencialidades dos profissionais nos diversos espaços de encontros entre eles, nos serviços, e entre os serviços. Isto permite rupturas com o que é conhecido, possibilitando que a novidade ocorra nos serviços e equipes de saúde.

Nesses encontros, orientadores e facilitadores de aprendizagem apoiavam as discussões que mensalmente ocorriam (AYRES, 2015).

A partir de 2009, com a ampliação das Equipes de Saúde da Família, houve a necessidade de trabalhar conjuntamente as diferentes profissões e equipes para alinhamentos técnicos, organizacionais e processuais.

As formações promovidas também provocaram na gestão e equipes a necessidade de encontros com foco nas diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica - PNAB, ou seja, a partir das necessidades de saúde da população nos territórios, de forma multiprofissional e integrada à rede. Desta forma, os encontros separados entre distintas profissões passaram a não atender mais as necessidades das equipes.

A partir de 2011, os encontros passaram a ocorrer de forma que garantisse a participação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, incluindo os profissionais da equipe multiprofissional e médicos matriciadores (Ginecologista/Obstetra, Pediatra, Pneumologista, Psiquiatra) e outros serviços da rede de saúde. Os encontros tinham periodicidade mensal, divididos em dois períodos para garantir tanto a cobertura assistencial dos serviços de saúde como a participação dos profissionais dos serviços.

Os encontros eram organizados por integrantes do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado que utilizavam como método a discussão de casos ou situações cotidianas dos serviços para apresentação de protocolos e alinhamento de processos de trabalho. Em cada encontro, ocorria a exposição teórica de um tema ou situação. Os profissionais eram divididos em grupos menores para discussão e, posteriormente, com todos os presentes era feita uma troca de experiências e alinhamentos técnicos. As equipes saíam dos encontros com tarefas a serem desenvolvidas nas unidades de saúde. Em alguns momentos, os coordenadores foram envolvidos diretamente nessas atividades ou indiretamente provocados por suas equipes, a partir desses encontros.

Os coordenadores de UBS, além da organização para viabilizar a participação de seus profissionais e garantir a cobertura assistencial de sua população, também eram responsáveis por fomentar a discussão em seus serviços, com suas equipes nas reuniões de equipe, técnicas e reunião geral. Para isto, também puderam contar com a contribuição dos Apoiadores em Saúde e integrantes do Departamento de Atenção Básica, definidos como referências para cada Território de Saúde.

Em 2011, o Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado passou a contar com o apoio técnico de um consultor externo, docente universitário, com expertise em Gestão e Saúde Pública. A partir deste momento, os encontros ocorriam fomentados pelos problemas trazidos pelos coordenadores. Os encontros ocorriam mensalmente com a participação dos Coordenadores de UBS e integrantes do Departamento de Atenção Básica.

Entre 2014 e 2016, esses encontros tiveram diversos temas: os Agentes Comunitários de Saúde, e-SUS, acolhimento, matriciamento, planejamento das agendas de atendimento, trabalho com suas equipes no território e ações na relação com outros serviços da rede. Ao final de cada encontro eram acordadas tarefas (análise e discussão de indicadores e discussão de caso, por exemplo) para serem realizadas com as equipes em suas respectivas unidades.

A Secretaria de Saúde definiu como espaços prioritários para gestão nos serviços as Reuniões Gerais, Reuniões de Equipe e Reuniões do Conselho Gestor local. A partir de 2009, com a ampliação dos encontros de Educação Permanente, a realização dos cursos de gestão e especializações em Saúde da Família e Saúde Mental e os Encontros de Educação Permanente (EP) do Departamento de Atenção Básica e Territórios, os Coordenadores de UBS passaram a adotar no cotidiano das UBS a realização de reuniões menores envolvendo representantes das equipes, das diversas categorias profissionais e área administrativa para discussões e alinhamentos técnicos e administrativos entre Coordenadores de UBS e suas equipes. Essas reuniões geralmente precediam à Reunião Geral.

O Conselho Gestor Local é o espaço de controle social e participação popular de cada serviço de saúde, com caráter deliberativo, composto por oito integrantes, sendo metade de usuários do SUS (dois titulares e dois suplentes), o Coordenador de UBS representando a gestão e representantes dos trabalhadores da saúde. Os representantes são eleitos a cada dois anos e as reuniões são mensais.

1.3 O COORDENADOR DE UBS EM SÃO BERNARDO DO CAMPO

Em São Bernardo do Campo, o Coordenador de UBS era nomeado pelo Prefeito, tendo como pré-requisito ser do quadro de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com formação superior em qualquer área. Do ponto de vista legal, foi promulgada a Lei Municipal 5.527, de 08 de junho de 2006, que criou a coordenação de UBS mediante expedição de Portaria dirigida aos servidores efetivos, lotados ou em exercício na Secretaria de Saúde, com curso superior para exercer funções administrativas.

Nesse mesmo intuito, foi promulgada a Lei Municipal Nº 5.982, de 11 de novembro de 2009, que dispõe sobre a alteração da estrutura administrativa da Prefeitura, redefinindo o organograma da Secretaria de Saúde onde o Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado tem como atribuição efetivar o compromisso com o SUS de modo geral, e de modo particular com os fundamentos e diretrizes da Atenção Básica.

A SMS definiu que o Processo de Trabalho da UBS deveria estar em consonância com as necessidades de saúde, bem como seu funcionamento articulado na relação entre usuário e profissional, sendo a assistência à saúde centrada na pessoa, família e na comunidade, de forma intersetorial e interdisciplinar. A Vigilância em Saúde deveria compor de forma conexa os demais níveis de atenção em saúde (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014a).

Segundo o Documento Norteador (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014a), a UBS tem como missão:

(...) desenvolver ações e serviços no sentido de repensar e intervir no processo de saúde-doença na população, ampliando a participação e o controle social com vistas à Vigilância a Saúde na defesa da qualidade de vida (p.5).

Embora na literatura o Coordenador de UBS seja tratado ora como gerente ora como diretor, em São Bernardo do Campo, os coordenadores têm suas atribuições descritas no Documento Norteador da Atenção Básica do município, onde define que ele: *“será corresponsável pelo processo de territorialização, bem como da atualização das informações deste território, juntamente com a equipe de saúde, comunidade e gestão (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014a)”*.

Especificamente os Coordenadores de UBS têm a função de: a) coordenar os trabalhos e apoiar o funcionamento administrativo, a gestão de patrimônio e de

insumos; b) realizar a gestão da força de trabalho; c) diagnosticar, planejar, executar e monitorar as ações em saúde no território e d) coordenar os processos de articulação com a comunidade (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014b).

A SMS foi reorganizada em Departamentos com funções de: coordenação, operacionalização, monitoramento e avaliação das ações. Para articulação das diferentes áreas foram criados Colegiados Gestores. Os colegiados são fóruns compostos por representantes da gestão, diretores, gerentes, superintendentes dos hospitais, coordenadores de UBS e profissionais com cargo ou função de gestão na Secretaria de Saúde. Esta é uma diretriz importante de funcionamento desde o gabinete até as equipes de saúde, ou seja, o exercício de reuniões regulares com foco técnico, administrativo e político como espaço de pactuação, avaliação e monitoramento, onde a troca de saberes e práticas passou a ser frequente entre os gestores.

Os Colegiados Gestores são definidos em duas modalidades:

O Colegiado Pleno é o encontro entre diretores, gabinete, gerentes e coordenadores de serviço, que se reúnem mensalmente com objetivo de discutir temas gerais da Secretaria, pactuações, informações referentes aos serviços e ao município, alinhamentos de processos e apresentações de situações exitosas da rede de saúde.

Os Colegiados de Departamento foram criados para ser um espaço de discussão e decisão sobre a gestão e atenção em saúde, voltados para implementação da política. São compostos pelos diretores de departamento, assessores, gerentes ou coordenadores de serviços de saúde. Através de reuniões mensais são pautados temas com foco na organização do processo de trabalho, troca de experiências, avaliação e monitoramento da situação de saúde, acompanhamento de metas pactuadas e planejamento de ações. Este espaço também pode ser caracterizado como espaço pedagógico para a uniformização de conceitos, alinhamento técnico-político por meio da participação de consultores externos contratados pela Secretaria Municipal de Saúde para fortalecimento da Educação Permanente dos gestores.

O Colegiado do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado, a partir de 2011, passou a contar com a participação de consultor externo. Em 2014, houve mudanças na dinâmica de funcionamento deste colegiado, que passou a funcionar a partir das demandas dos Coordenadores de UBS, com a realização de

atividades com o consultor e os técnicos de referência da atenção básica (gestores do próprio departamento divididos por territórios que ficavam como mediadores na relação entre UBS e Departamento).

Sobre a participação popular, houve reorganização do Conselho Municipal de Saúde e a realização de Conferências de Saúde e Encontros Populares de Saúde, a cada dois anos. Entre 2009 e 2016 também ocorreram três mostras de Saúde, com objetivo de promover a produção de trabalhos e troca de experiência entre as equipes dos diversos serviços da rede de saúde.

Além do investimento na realização de cursos aos profissionais e conselheiros de saúde, a gestão municipal teve como diretriz para a realização desses cursos a aplicação de metodologias ativas e produção de debates a partir da problematização do cotidiano das equipes. De 2009 a 2016, os encontros para alinhamento teórico, de fluxos e atualização de protocolos dos departamentos também ganharam este formato (“EP da Atenção Básica”) e após a finalização do Curso de Gestão de Serviços de Saúde, os nove Territórios mantiveram encontros, com a facilitação de Orientadores de Educação Permanente.

A participação de representantes do nível central da gestão da Secretaria Municipal de Saúde como facilitadores de Educação Permanente, além de representantes dos departamentos e dos apoiadores em saúde nesses espaços teve como objetivo a mediação e a promoção de novos acordos necessários para resolução dos problemas enfrentados (CHIORO DOS REIS, A. A. *et al*, 2014). Os temas eram discutidos nos encontros mensais de modo que as demandas pudessem ser respondidas ou situações exitosas serem expostas e discutidas no Colegiado Pleno para compartilhar com os demais territórios.

Concomitantemente, em 2010, foi implantada no município a estratégia dos Apoiadores de Saúde (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2010), com forte participação na Atenção Básica, cuja função era fortalecer os processos organizacionais dos serviços e qualificar as equipes de saúde e os coordenadores. Neste mesmo ano, o município contava com 50 Apoiadores divididos em 9 equipes multiprofissionais, uma por território de saúde.

Os Encontros de Territórios de Saúde são espaços de discussão e decisão, com periodicidade mensal, entre coordenadores de UBS, gerentes de CAPS, UPAs, com participação de representantes dos serviços de referências, de representantes dos departamentos, dos Apoiadores de Saúde, de orientadores de Educação

Permanente, além de convidados eventuais conforme a pauta. Esses espaços tinham como objetivo discutir os problemas de saúde e as ações necessárias para seu enfrentamento por parte dos serviços de saúde nos respectivos territórios. Este fórum contava com o apoio de consultores externos, geralmente docentes de universidades públicas, com formação e experiência na área.

2. JUSTIFICATIVA

Diante do fortalecimento da Atenção Básica, a partir de 2009, através de investimentos em infraestrutura, nas reformas e ampliações da rede de serviços, em equipamentos, insumos e pessoal, aliados à implementação de estratégias de gestão tais como as instâncias colegiadas, a educação permanente, a territorialização em saúde e as diretrizes e ações para mudança do modelo de atenção no município, o Coordenador de UBS ganha papel de destaque para a produção de mudança na atenção em saúde à população.

Para isto, foram realizadas atividades de formação entre as quais destaca-se a Especialização em Gestão de Serviços Públicos de Saúde, ministrado em 2010 pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, na qual participaram gestores, gerentes e coordenadores dos diversos serviços de saúde e de apoio técnico-administrativo da Secretaria de Saúde. Foram organizadas dez turmas, uma para cada Território de Saúde, tendo nesses territórios uma rede de pelo menos 1 UPA, 3 a 5 UBS, 1 CAPS e referências dos serviços de Atenção Especializada e Hospitalar.

Outra iniciativa de formação importante para a qualificação do processo de trabalho e cuidado na Atenção Básica foi a realização da Especialização em Saúde da Família, em parceria com o Centro de Estudos de Saúde Coletiva do ABC - CESCO/FMABC, com a participação de profissionais das Equipes de Saúde da Família e dos Coordenadores de UBS, entre os anos de 2012 e 2014.

Acreditamos que para que estes processos de formação sejam efetivos, o sistema de saúde deve ser organizado pela Atenção Básica, a partir do conhecimento acerca do território. A mesma deve ser responsável por desenvolver as seguintes atribuições: a) conhecer a realidade da população; b) elaborar plano de ação a partir do diagnóstico realizado; c) executar ações de vigilância; d) realizar assistência integral em saúde; e) desenvolver processos educativos; e f) promover ações intersetoriais (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014b).

As atribuições dos Coordenadores de UBS que constam do Documento Norteador da Atenção Básica (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014a). São destacadas no quadro 1:

Quadro 1: Atribuições do Coordenador de UBS, São Bernardo do Campo, 2014.

Atribuição	Descrição
Planejamento	A partir do diagnóstico do território devem ser realizados o estabelecimento de metas e a definição de prioridades, de forma intersetorial, e de acordo com as necessidades dos diferentes grupos sociais; deve ser estimulada a participação dos profissionais na elaboração dos planos de ação, e a realização do planejamento local participativo envolvendo os trabalhadores, comunidade e outros atores do processo.
Informação	Garantir a atualização contínua dos sistemas de informação, com elaboração e distribuição para as equipes e comunidade por meio de relatórios de produção, indicadores de saúde e famílias cadastradas, para avaliação do serviço e encaminhamento dos problemas da Unidade; analisar e avaliar quantitativa e qualitativamente os dados obtidos; promover a discussão dos dados com os profissionais da Unidade e com o Conselho Gestor Local da UBS objetivando o alcance das metas propostas no planejamento; garantir a divulgação das informações para o Conselho Gestor Local de UBS e comunidade.
Relação à Equipe de Saúde	Sensibilizar todos os membros da equipe da UBS para o cumprimento das diretrizes da atenção à saúde; identificar em conjunto com os trabalhadores as necessidades de formação/capacitação; promover e articular estratégias locais de formação e/ou solicitar apoio à gerência de educação permanente; ser o elo entre as equipes e a comunidade; promover e facilitar a integração entre todas as equipes; conhecer as atribuições e promover avaliação de desempenho individual e das equipes; e administrar o cumprimento de horário de funcionamento da Unidade e de seus profissionais.
Relação à Comunidade	Promover a participação popular e parceria com entidades e movimentos sociais nos territórios através de: atividades relativas à saúde; propostas e acompanhamento do orçamento em parceria com os Conselhos Gestores; constituir e promover os núcleos de proteção e vigilância à saúde junto às equipes da atenção básica para o desenvolvimento de ações no território.

Diante do exposto, constitui-se como problema de pesquisa compreender de que modo o Coordenador de UBS opera, na prática, este conjunto de pressupostos e diretrizes da PNAB e da Política Municipal, segundo as diversas atribuições previstas na Legislação e no Documento Norteador, bem como de que modo isso se concretiza na sua prática.

O estudo visa contribuir para a qualificação da gestão e dos processos de trabalho em saúde dos Coordenadores de UBS, em alguns momentos designados pela gestão municipal como “Secretários Locais” de Saúde devido à sua responsabilidade sobre o território e a população que nele vive.

O interesse no desenvolvimento desta pesquisa vem de uma experiência profissional como gestor da Atenção Básica e depois como coordenador de UBS, onde foi possível implementar mudanças no processo de trabalho e cuidado junto às Equipes de Saúde da Família e comunidade, num território vulnerável, e perceber a importância do trabalho do Coordenador e seu papel articulador entre o nível central da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, a equipe e a população.

Na prática, o coordenador de UBS atuava em diversas dimensões: técnica, administrativa e política de modo a mediar a relação entre a Política Municipal de Saúde com os profissionais de sua UBS visando a qualificação da atenção em saúde considerando os avanços e desafios para mudança de modelo de atenção.

Portanto, nos interessa aqui descrever e analisar o trabalho do coordenador na relação entre a gestão, o território e a equipe de saúde; identificar as estratégias utilizadas para pactuar, planejar, informar, monitorar e avaliar as ações previstas, definidas em outras instâncias e com sua equipe, considerando os fatores que dificultam ou facilitam o exercício de suas atribuições.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar o papel do Coordenador de UBS em São Bernardo do Campo, no período de 2009 a 2016, considerando fatores que facilitaram ou dificultaram suas atribuições no âmbito local no SUS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar e analisar a percepção do Coordenador de UBS sobre as estratégias de gestão da esfera central que dificultaram ou facilitaram suas atribuições no âmbito local e

Descrever e analisar os arranjos, estratégias e espaços criados, utilizados ou freqüentados pelo Coordenador da UBS para informar, organizar e pactuar com suas equipes no território o processo de trabalho no âmbito local.

4. METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo utilizou a metodologia qualitativa, de caráter compreensivo. MINAYO (2010) define este tipo de estudo como aquele que considera a história, as relações sociais, as representações, as crenças, as percepções e opiniões produtos da interpretação que as pessoas fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Assim, a pesquisa qualitativa é aquela que trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

O método utilizado foi o Estudo de Caso, pois permite a organização dos dados sociais, preserva o caráter unitário do objeto social estudado e possibilita fazer observação direta sobre os fenômenos. De acordo com MINAYO (2010), permite ainda *“compreender os esquemas de referência e estruturas relevantes a um fenômeno ou grupo específico; exame detalhado dos processos organizacionais e relacionais; esclarecem fatores que interferem em determinados processos e apresentam modelos de análises replicáveis em situações análogas”*.

Segundo GIL (2002), o Estudo de Caso contribui para exploração de situações cotidianas em que os limites não estão nítidos para descrever a situação do contexto investigado e permite a formulação de hipóteses.

De acordo com MARCONI e LAKATOS (2003, 2006), os métodos e técnicas empregados devem estar relacionados ao problema estudado. Desta forma, a seleção do material e os instrumentos desta pesquisa estarão adequados às condições do campo, hipóteses levantadas e condições de contato com os informantes.

4.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Inicialmente, foi realizada revisão bibliográfica sobre o tema, utilizando as bases de dados: LILACS, SCIELO e PUBMED.

O segundo momento constou da coleta de dados primários, através de questionário semiestruturado aplicado aos Coordenadores de UBS. MARCONI e LAKATOS (2003) definem o questionário como instrumento de coleta de dados

constituído por perguntas que devem ser respondidas por escrito, possibilitando o maior alcance de pessoas, com liberdade e agilidade na produção das respostas. Para esta tarefa foi realizado um pré-teste para ajustes necessários ao questionário (ANEXO 1).

Esta etapa teve como objetivo compreender como foi desenvolvido o trabalho do Coordenador de UBS na sua relação com a gestão, território de saúde e equipe. Foi realizado um estudo exploratório sobre o perfil profissional daqueles que ocupavam a função de Coordenador de UBS. Os sujeitos deste estudo foram os 34 coordenadores de UBS durante o período de janeiro de 2009 a dezembro de 2016.

No momento seguinte, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com alguns dos Coordenadores de UBS do período entre janeiro de 2009 a dezembro de 2016 de modo a aprofundar conteúdos sobre a forma como desenvolviam suas atividades no cumprimento de suas atribuições e função. A entrevista permite, a partir de um roteiro previamente elaborado, o desdobramento de indicadores qualitativos para a investigação. Segundo MINAYO (2010), a entrevista permite ampliar e aprofundar a comunicação sobre um tema, os juízos, a importância dos fatos e das relações que compõem o objeto de estudo a partir de seus interlocutores.

Sendo assim, foi adotado um roteiro de entrevista semiestruturada (ANEXO 2), de forma que os tópicos permitissem abordar os temas esperados. Foi realizado pré-teste e foram feitos os ajustes necessários. Os critérios de seleção para as entrevistas foram: a) ter sido Coordenador de UBS no período de 2009 a 2016; b) ter pelo menos um ano de atuação na função; c) ter respondido o questionário do estudo exploratório; e d) 1 coordenador de UBS por território.

Para a análise dos dados primários foi realizada a tabulação e análise de frequência cujos resultados orientaram o estudo em profundidade do objeto da pesquisa por meio da realização de entrevistas.

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde. Foi, também, autorizado pelo gestor municipal e por todos os participantes da pesquisa por meio do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 3).

4.4 PLANO DE ANÁLISE

Para a realização da análise das entrevistas foi utilizada análise de conteúdo de tipo temática que, segundo MINAYO (2010), permite atingir um nível mais profundo para além do manifesto no material, a partir dos significantes e significados dos enunciados, articulando com variáveis culturais e psicossociais.

Para análise do conteúdo foi realizada a organização do material, leitura flutuante e leitura em profundidade, o que permitiu a constituição de sínteses e de categorias de análise. Foi realizada também síntese cotejada aos objetivos do estudo em que se reconheceram as representações, as incoerências e incompatibilidades presentes.

De acordo com levantamento sobre as possibilidades da análise de conteúdo, IBANHES (1999) enfatiza, a partir de BARDIN, que embora suas fases não se sucedam numa ordem cronológica nem linear, ela corresponde a uma descrição sistemática, objetiva e quantitativa do conteúdo manifesto na comunicação e, portanto, se faz necessárias seguidas leituras, destaques e atribuições de sentidos e de significados.

A partir da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) e Documento Norteador da Atenção Básica de São Bernardo do Campo (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014a), as dimensões definidas para análise foram as atribuições do Coordenador de UBS no município e fatores que facilitaram e dificultaram o seu trabalho.

Os resultados foram analisados considerando os resultados expressos pelo questionário, em diálogo com a análise temática das entrevistas.

Sobre a análise temática de conteúdo, BARDIN (2010) a define como as relações apresentadas pelo uso das palavras, frases ou resumos em que o sujeito

da pesquisa atribui significado. Para isto, foi necessário revelar os núcleos de sentido que compõem a comunicação, sua frequência, modelos de comportamento presentes ou velados no discurso do entrevistado. Portanto, foi realizada leitura flutuante do conjunto de documentos, levantamento de hipóteses iniciais, emergentes e teorias relacionadas.

Após essa etapa foi composto material contemplando os aspectos ao conteúdo - em consonância com os objetivos da pesquisa - e a hipótese foi reformulada, retomando a fase exploratória para a correção dos rumos necessários. Isto permitiu a revisão dos objetivos, a adequação dos instrumentos para a realização da entrevista e a definição das dimensões de análise.

Na segunda etapa da fase analítica, foi realizada a classificação do conteúdo em categorias, através de palavras significativas, com as devidas justificativas para essas escolhas, com definição de referenciais teóricos para tratamento dos resultados.

A fase de tratamento dos resultados consistiu em submeter o questionário a análise a partir das dimensões teóricas definidas interpretando o material enunciado pelos sujeitos da pesquisa.

5. RESULTADOS

5.1 QUESTIONÁRIO

Para o estudo exploratório foi construído questionário com dezesseis perguntas e organizadas em quatro tópicos, quais sejam: 1) perfil profissional e formação acadêmica complementar; 2) Contribuição dos Colegiados de Gestão para o exercício da função de Coordenador de UBS; 3) Contribuição dos encontros de Educação Permanente para o exercício da função de Coordenação de UBS; e 4) Contribuição das reuniões de equipe e comunidade para o exercício da função de Coordenação de UBS. O questionário foi pré-testado em novembro de 2016 para identificação de possíveis necessidades de ajustes.

A aplicação do questionário ocorreu no dia 20 de dezembro de 2016 após a reunião do Colegiado do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado. Foi apresentada a pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário. Ressaltou-se que a participação era livre e que poderiam não participar ou deixar de participar a qualquer momento. Os TCLE foram distribuídos e lidos, as dúvidas foram esclarecidas e os termos foram assinados pelos Coordenadores de UBS.

Dos trinta e quatro Coordenadores de UBS, vinte estavam presentes, concordaram e preencheram o questionário. O questionário e o TCLE também foram enviados por correio eletrônico para os coordenadores que não estavam presentes. Dos quatorze ausentes, dois enviaram os questionários por meio eletrônico ou por correspondência interna da Secretaria Municipal de Saúde, totalizando vinte e dois questionários respondidos, o que corresponde a 68% de Coordenadores de UBS em São Bernardo, naquela data.

5.1.1 PERFIL PROFISSIONAL E FORMAÇÃO ACADÊMICA

Quanto à categoria profissional, os Coordenadores de UBS apresentaram a seguinte distribuição:

Tabela 1 - Formação acadêmica dos Coordenadores de UBS,
São Bernardo do Campo, 2009-2016.

Formação acadêmica dos Coordenadores de UBS	Quantidade
Enfermagem	6
Fisioterapia	3
Biomedicina	2
Psicologia	1
Terapia Ocupacional	1
Educação Física	1
Fonoaudiologia	1
Farmácia	1
Direito	1
Filosofia	1
Administração	1
Outros	2
Não informado	1
Total	22

A Tabela 1 evidencia a diversidade das categorias profissionais dos Coordenadores de UBS, com destaque para a Enfermagem, com seis profissionais (27,2%), a Fisioterapia com três profissionais (13,6%) e a Biomedicina com dois profissionais (9,1%). A inexistência de médicos como Coordenadores de UBS possivelmente tem relação com o fato de a remuneração médica ser maior que a dos Coordenadores de UBS, não sendo atrativo para esses profissionais o exercício desta função quando comparada à remuneração paga ao Médico Generalista da Equipe de Saúde. As demais formações representam 50% dos Coordenadores de UBS.

Sobre a formação acadêmica complementar, buscou-se apreender a trajetória dos Coordenadores de UBS em São Bernardo do Campo, quanto a realização de cursos em pós-graduação nas titulações de instituições acadêmicas relativas às práticas e à gestão no SUS; Atenção Básica; Saúde da Família; e Gestão de UBS. Para esta pergunta os coordenadores poderiam assinalar uma ou mais respostas. Dos vinte e dois coordenadores que responderam a esta questão, oito realizaram somente um curso de pós-graduação; onze, um ou mais cursos; e três, nenhum. Dos que realizaram cursos, dezenove realizaram em Saúde Pública, Coletiva ou Saúde da Família; oito, em Residência Multiprofissional, Saúde da Família ou Aprimoramento; onze, em gestão de UBS e três gerentes com Mestrado.

Acerca dos cursos ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde em parceria com instituições de ensino, os Coordenadores de UBS responderam conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2: Cursos de pós-graduação ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde realizados pelos Coordenadores de UBS, São Bernardo do Campo, 2009 -2016.

Cursos ofertados pela Secretaria de Saúde em parceria com Universidades	Número de Coordenadores de UBS que realizaram cada formação
Especialização em Gestão de Serviços de Saúde	15
Especialização em Saúde da Família	1
Especialização em Saúde Mental	1
Curso em Gestão da Clínica – Sírio Libanês	1

Dos vinte e dois coordenadores que responderam o questionário, dezoito fizeram os cursos de Especialização, com duração de trezentas e sessenta horas, promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde quais sejam: I) Especialização em Gestão de Serviços de Saúde em 2010 a 2012; II) Especialização em Saúde da Família; III) Especialização em Saúde Mental em 2012 a 2014 e IV) Gestão da Clínica em 2011. Desses, 83,3% (15) cursaram a Especialização em Gestão de Serviços de Saúde organizada e realizada pela Secretaria de Saúde em parceria com a UNIFESP e somente 5,5% (1) cursou a Especialização em Saúde da Família organizada realizada em parceria com o CESCO-FMABC. O Curso de Especialização em Gestão de Serviços de Saúde foi obrigatório a todos os gestores da SMS e Coordenadores de UBS. Os cursos de Especialização em Saúde da Família, Saúde Mental e Gestão da Clínica foram opcionais, conforme a disponibilidade de cada profissional.

A presença de Coordenadores que não participaram do Curso de Gestão em Serviços de Saúde pode ser explicada pela mudança de alguns Coordenadores de UBS e pelo ingresso de novos coordenadores após o final deste curso.

A respeito do vínculo de trabalho dos Coordenadores de UBS, os resultados do questionário mostram que dez coordenadores de UBS têm vínculo estatutário (45,4%) e doze são CLT (54,5%). Pela legislação, o provimento dos cargos só

poderia ser lotado por profissionais estatutários. Diante da dificuldade de identificar no quadro de profissionais estatutários o perfil desejado, doze profissionais foram contratados em regime CLT na função de Coordenador Técnico, pela Fundação do ABC.

A tabela 3 mostra a mesma proporção entre os Coordenadores de UBS que estão nesta função entre 1 e 4 anos e a de 5 a 11 anos. Pelos dados também podemos inferir que no período de 2014 a 2016 houve ingresso de nove novos coordenadores.

Tabela 3 - Tempo de exercício como Coordenador de UBS,
São Bernardo do Campo, 2009 - 2016.

Tempo de exercício como Coordenador de UBS	Número de Coordenadores de UBS
1 a 2 anos	9
3 a 4 anos	2
5 a 8 anos	5
9 a 11 anos	6
Total	22

Sobre o tempo de permanência na função, o questionário mostra que sete (31,8%) permaneceram na mesma unidade entre 3 e 8 anos, e seis (27,2%) permaneceram por mais de 9 anos, o que evidencia a estabilidade dos coordenadores.

Passamos a apresentar a percepção dos sujeitos em relação aos cursos sempre tendo em vista sua contribuição para o cumprimento das atribuições previstas à coordenação das UBS.

A frequência das respostas dos coordenadores foi organizada em quadros sinópticos e as notas agrupadas conforme a frequência e classificadas como de 1 a 4 Pouco Contribuiu; 5 a 6 Contribuiu Moderadamente; 7 a 8 Boa Contribuição e de 9 a 10 Ótima contribuição para o exercício das suas atribuições como coordenador. Em cada quadro, as linhas correspondem às atribuições, cada coluna corresponde ao número de coordenadores de UBS que atribuíram a respectiva nota e o traço corresponde a não atribuição de valor.

As atribuições nos quadros correspondem àquelas definidas pela Política Nacional da Atenção Básica (2012) e Documento Norteador da Atenção Básica de São Bernardo do Campo (2014): I – Planejamento; II – Informação; III Relação com a Equipe de Saúde; e IV - Relação com a Comunidade.

O Quadro 2 apresenta a avaliação dos coordenadores diante dos cursos realizados para o cumprimento de suas atribuições.

Quadro 2 - Contribuição dos cursos ofertados aos Coordenadores de UBS, São Bernardo do Campo, 2009-2016.

Atribuições	Contribuição											
	Número de Coordenadores por Notas											Total de Notas. Sete ou Mais
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9,5	10	
Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde	-	-	-	-	-	-	2	4	7	1	7	21
Discussão e apoio a casos ou situações complexas	-	-	-	-	-	-	-	5	10	1	5	21
Avaliação e Monitoramento em Saúde	-	-	-	-	-	-	1	4	10	1	5	21
Planejamento em saúde	-	-	-	-	-	-	2	3	11	1	4	21
Caráter informativo	-	-	-	-	-	1	3	4	6	1	6	20
Apoio na relação com a comunidade, Controle Social e participação popular.	-	-	1	-	-	-	1	5	9	1	4	20
Gestão de pessoas	-	-	2	-	-	-	4	7	4	-	4	19
Planejamento das Ações Intersetoriais	-	-	-	2	2	-	4	5	6	1	1	17

Em geral, a avaliação dos cursos foi positiva ao exercício das atribuições dos coordenadores, principalmente para *Discussão e Apoio a casos e situações complexas*, *Avaliação e Monitoramento em Saúde*, e *Planejamento em Saúde*. Por outro lado, avaliaram que ajudou menos para o Planejamento de ações intersetoriais e para discussão de casos.

5.1.2 CONTRIBUIÇÃO DOS COLEGIADOS DE GESTÃO

Os próximos quadros apresentam a opinião dos Coordenadores de UBS sobre as contribuições ao exercício e cumprimento de suas atribuições.

Para melhor apresentação destacou-se do questionário cada Colegiado de Gestão para que a leitura pudesse ser realizada de forma mais detalhada.

O quadro 3 mostra a avaliação sobre a contribuição do espaço de gestão denominado Colegiado Pleno.

Quadro 3 - Contribuição do Colegiado Pleno da Secretaria de Saúde, São Bernardo do Campo, 2009 - 2016.

Atribuições	Contribuição												
	Número de Coordenadores por Notas												Total de Notas. De 5 a 8
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9,5	10		
Planejamento em saúde	-	-	-	-	3	3	1	8	3	1	2	15	
Planejamento das Ações Intersectoriais	-	-	1	-	2	1	4	8	2	1	2	15	
Gestão de pessoas	-	3	3	-	2	3	5	4	-	1	-	14	
Discussão e apoio a casos ou situações complexas	-	-	2	1	3	2	3	6	2	1	1	14	
Avaliação e Monitoramento em Saúde	-	-	-	-	1	1	3	7	5	1	3	12	
Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular	-	3	1	-	3	2	1	5	4	1	1	11	
Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde	-	-	-	1	1	2	1	5	4	1	6	9	
Caráter informativo	-	-	-	-	-	-	3	4	5	1	8	7	

Pode-se observar uma maior concentração entre as notas 5 e 8 atribuídas pelos coordenadores, isto é, o Colegiado Pleno contribuiu moderadamente e teve uma boa contribuição, principalmente nas ações gerais de planejamento inclusive intersetoriais. Alguns avaliam que este espaço é o que contribuiu menos pelo seu caráter informativo e conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde. E consideraram um espaço que contribuiu mais para o planejamento em saúde e planejamento das ações intersetoriais.

O Quadro 4 mostra os resultados relativos às contribuições do Colegiado do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado para o desenvolvimento das atribuições do Coordenador de UBS.

Quadro 4 – Contribuições do Colegiado do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado, em São Bernardo do Campo, 2009-2016.

Atribuições	Contribuições											
	Número de Coordenadores por Notas											Total de Notas Sete ou Mais
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9,5	10	
Avaliação e Monitoramento em Saúde	-	-	-	-	-	-	1	8	7	1	4	21
Planejamento em saúde	-	-	-	-	-	-	3	8	6	1	3	21
Caráter informativo	-	-	-	-	-	-	3	3	5	1	9	21
Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde	-	-	-	-	1	-	-	6	5	1	8	20
Discussão e apoio a casos ou situações complexas	-	-	-	-	1	3	3	6	5	1	2	17
Planejamento das Ações Intersetoriais	-	-	-	1	1	2	2	8	4	1	2	17
Gestão de pessoas	-	2	-	1	1	2	1	5	6	1	2	15
Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular	-	2	-	2	2	1	2	4	6	1	1	14

Os coordenadores avaliaram o Colegiado do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado como um espaço que contribuiu mesmo para a *Gestão de pessoas* e para o *Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular*. Porém se destaca a avaliação dos coordenadores em relação à contribuição deste espaço para o *Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde*; *Caráter informativo*; para *Avaliação e Monitoramento em Saúde* e para o *Planejamento em Saúde*.

5.1.3 CONTRIBUIÇÃO DOS ENCONTROS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

No presente trabalho foram avaliados os seguintes Encontros de Educação Permanente: a) os Encontros de Educação Permanente nos Territórios de Saúde; b) Encontro de Educação Permanente do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado; e c) Encontro de Educação Permanente com Consultor Externo da Atenção Básica. Todos esses espaços faziam parte da estratégia de gestão para a integração e qualificação dos diferentes serviços, das equipes e dos profissionais da rede de saúde em São Bernardo do Campo.

O Quadro 5 é referente à opinião dos coordenadores sobre os encontros de Educação Permanente dos Territórios de Saúde, onde gestores, gerentes de serviços, coordenadores de UBS e outros profissionais se encontravam para troca de experiências e discussão do cotidiano de trabalho, considerando os serviços organizados pelos nove territórios de saúde.

Quadro 5 - Contribuição dos Encontros de Educação Permanente no Território de Saúde, São Bernardo do Campo, 2009-2016.

Atribuições	Contribuições											
	Número de Coordenadores por Notas											Total de Notas. Sete ou Mais
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9,5	10	
Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde	-	-	-		1	-	3	6	5	1	5	20
Planejamento em saúde	-	-	-	1	1	-	5	3	5	1	5	19
Discussão e apoio a casos ou situações complexas	-	-	1	-	1	-	2	4	6	1	5	18
Avaliação e Monitoramento em Saúde	-	1	-	-	2	-	4	4	6	1	3	18
Caráter informativo	-	-	-	1	1	1	3	6	2	1	5	17
Planejamento das Ações Intersectoriais	-	-	-	-	2	2	3	3	4	1	6	17
Gestão de pessoas	-	-	2	-	2	2	2	6	4	1	2	15
Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular	-	1	1	-	3	2	1	8	2	1	2	14

Assim como os espaços de gestão, os coordenadores também avaliaram positivamente o Encontro de Educação Permanente dos Territórios de Saúde, com a maioria das notas entre 7 a 10. Se destacaram mais a contribuição desse espaço para o *Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde*, para o *Planejamento em Saúde*; para a *Discussão e apoio a casos ou situações complexas* e *Avaliação e Monitoramento em Saúde*.

Entretanto, para alguns coordenadores, os Encontros de Educação Permanente dos Territórios contribuíram pouco ou moderadamente para *Gestão de pessoas* e para *Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular*.

O Quadro 6 apresenta a opinião dos Coordenadores de UBS sobre os Encontros de Educação Permanente do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado ao cumprimento de suas atribuições.

Quadro 6 – Contribuição dos Encontros de Educação Permanente do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado, São Bernardo do Campo, 2009-2016.

Atribuições	Contribuição											
	Número de Coordenadores por Notas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9,5	10	Total de Notas. Sete ou Mais
Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde	-	-	-	-	-	-	-	8	6	1	6	21
Caráter informativo	-	-	-	-	-	1	1	5	5	1	8	20
Avaliação e Monitoramento em Saúde	-	1	-	1	-	-	-	7	6	1	5	19
Planejamento em saúde	-	-	-	1	-	-	4	4	6	1	4	19
Planejamento das Ações Intersectoriais	1	-	1	-	-	2	4	6	2	1	4	17
Discussão e apoio a casos ou situações complexas	-	1	-	1	-	1	4	6	3	1	4	17
Gestão de pessoas	-	1	1	-	1	2	1	8	6	1	-	16
Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular	-	1	1	-	1	5	-	6	6	1	-	13

Considerando que esses encontros eram destinados aos profissionais das Equipes de Saúde da Família, que os coordenadores de cada UBS participavam em alguns momentos e que o objetivo era realizar a troca de experiências e alinhamentos técnicos, os coordenadores avaliaram que este espaço contribuiu menos ao *Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular* quando comparado com a aquisição de *Conhecimento sobre os protocolos e pactuações acerca da rede de saúde*; para a *Avaliação e Monitoramento em Saúde* e *Planejamento em Saúde*.

Avaliaram positivamente também a contribuição dos Encontros de Educação Permanente do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado para a atribuição *Caráter informativo*.

Para os coordenadores, esses encontros contribuíram pouco ou moderadamente para a atribuição *Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular* e para a *Gestão de Pessoas*.

O Quadro 7 apresenta a opinião dos Coordenadores de UBS sobre os encontros com Consultor externo.

Quadro 7 – Contribuição dos Encontros de Educação Permanente com Consultor Externo, São Bernardo do Campo, 2009-2016.

Atribuições	Contribuição											
	Número de Coordenadores por Notas											Total de Notas. Sete ou Mais
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9,5	10	
Gestão de pessoas	-	-	1	-	-	-	1	8	6	1	4	20
Planejamento em saúde	-	-	1	-	-	-	7	5	3	1	4	20
Caráter informativo	-	-	-	-	1	1	1	6	4	1	6	18
Avaliação e Monitoramento em Saúde	1	-	-	1	-	1	2	8	3	1	4	18
Discussão e apoio a casos ou situações complexas	1	-	1	-	1	1	2	4	6	1	4	17
Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde	-	1	1	-	1	1	3	5	4	1	4	17
Planejamento das Ações Intersetoriais	-	1	1	-	-	3	2	7	4	1	2	16
Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular	-	1	1	-	1	3	2	4	6	1	2	15

Os coordenadores avaliaram positivamente esses encontros para o cumprimento de suas atribuições pois a maioria das notas foram maiores que 7.

Avaliaram como boa ou ótima contribuição para a *Gestão de pessoas* e *Planejamento em Saúde*; avaliaram como boa e ótima contribuição para *Avaliação e Monitoramento em Saúde* e *Caráter informativo*; avaliaram como boa e ótima contribuição para *Discussão e apoio a casos ou situações complexas* e *Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde*; para *Planejamento de ações intersetoriais* e para o *Apoio* na relação com a comunidade, controle social e participação popular.

No entanto um menor número de coordenadores referiram que este encontro contribuiu pouco para o *Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular* e para o *Planejamento de ações intersetoriais* e 4 que pouco contribuiu para *Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde*.

5.1.4 CONTRIBUIÇÃO DAS REUNIÕES DE EQUIPE E COMUNIDADE

A partir da ampliação do número de equipes de saúde da família, a organização das reuniões de equipe para discussão de casos e organização dos

processos de trabalho sofreu mudanças, passando a ser mais freqüentes (semanais ou diárias).

Os coordenadores eram orientados a participar das reuniões das equipes, na medida do possível. Articulavam com a ajuda das referências do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado e Apoiadores a participação de profissionais de outros serviços de saúde e de outros serviços da rede intersetorial. As reuniões de Equipe de Saúde da Família poderiam ter dois padrões: I) uma hora por dia ou II) uma reunião semanal com duração de até quatro horas por equipe.

Os próximos quadros são referentes à avaliação do Coordenador de UBS, em São Bernardo do Campo, em 2016, acerca da contribuição desses espaços instituídos ou fortalecidos a partir de 2009, seja na relação com a própria equipe e seus profissionais, seja com a comunidade por meio do Conselho Gestor Local, sempre tendo em vista o exercício de suas atribuições.

O Quadro 8 apresenta a opinião dos Coordenadores de UBS sobre as contribuições desses espaços para o cumprimento de suas atribuições.

Quadro 8: Contribuição das Reuniões de Equipe,
São Bernardo do Campo, 2009-2016.

Atribuições	Contribuição												Total de Notas. Sete ou Mais
	Número de Coordenadores por Notas												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9,5	10		
Caráter informativo	-	-	-	-	-	-	2	3	7	1	8	21	
Discussão e apoio a casos ou situações complexas	-	-	-	-	-	1	1	2	4	1	12	20	
Planejamento em saúde	-	-	-	-	1	-	1	4	6	1	8	20	
Avaliação e Monitoramento em Saúde	-	-	1	1	-	-	-	-	8	1	10	19	
Gestão de pessoas	-	-	-	-	1	1	4	4	2	1	8	19	
Planejamento das Ações Intersetoriais	-	-	-	-	-	3	3	4	3	1	7	18	
Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde	-	-	-	-	1	2	1	5	6	1	5	18	
Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular	-	1	1	-	2	3	-	3	7	1	3	14	

Os coordenadores avaliaram as Reuniões de Equipe como boa e ótima contribuição para todas as atribuições, de modo geral.

Das contribuições se destacaram como mais positivas o *Caráter Informativo; Discussão e apoio a casos ou situações complexas e Planejamento em Saúde.*

E foi apontado com menos ênfase para o *Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular.*

O quadro 9 apresenta a opinião dos Coordenadores de UBS sobre as contribuições das Reuniões Técnicas para o cumprimento de suas atribuições.

Quadro 9: Contribuição das Reuniões Técnicas,
São Bernardo do Campo, 2009-2016.

Atribuições	Contribuição											
	Número de Coordenadores por Notas											Total de Notas Sete ou Mais
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9,5	10	
Gestão de pessoas	-	-	-	-	-	-	5	4	4	1	6	20
Caráter informativo	-	-	-	-	1	-	1	-	8	1	9	19
Avaliação e Monitoramento em Saúde	-	-	1	-	-	-	-	2	7	1	9	19
Planejamento em saúde	-	-	-	-	-	1	1	4	6	1	7	19
Planejamento das Ações Intersetoriais	-	-	1	1	-	-	3	5	4	1	5	18
Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde	-	-	-	-	1	1	-	2	7	1	8	18
Discussão e apoio a casos ou situações complexas	-	-	-	-	2	-	1	2	2	1	12	18
Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular	-	1	1	-	2	3	2	2	6	1	4	15

As Reuniões Técnicas contribuíram principalmente, segundo os coordenadores, para a *Gestão de Pessoas; Caráter informativo; Avaliação e Monitoramento em Saúde e Planejamento em Saúde.* Consideram que contribuiu menos para o *Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular.*

O Quadro 10 mostra a opinião dos Coordenadores de UBS da Reunião Geral da UBS para o cumprimento de suas atribuições.

Quadro 10 – Contribuição da Reunião Geral da Unidade Básica de Saúde, São Bernardo do Campo, 2009-2016.

Atribuições	Contribuição												
	Número de Coordenadores por Notas												Total de Notas Sete ou Mais
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9,5	10		
Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde	-	-	-	-	-	1	2	5	3	1	8	19	
Caráter informativo	-	-	-	-	1	-	3	4	3	1	8	19	
Discussão e apoio a casos ou situações complexas	-	1	-	-	-	-	1	4	6	1	7	19	
Planejamento em saúde	-	-	-	-	1	-	1	6	7	1	4	19	
Avaliação e Monitoramento em Saúde	-	-	-	-	-	2	-	7	6	1	4	18	
Gestão de pessoas	-	2	-	1	-	-	2	3	8	1	3	17	
Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular	-	-	-	1	1	1	3	4	5	1	4	17	
Planejamento das Ações Intersetoriais	-	-	1	-	3	4	2	3	4	1	2	12	

Segundo os Coordenadores de UBS, as Reuniões Gerais contribuem principalmente para a atribuição *Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde*, *Discussão e apoio a casos ou situações complexas* e para *Avaliação e Monitoramento* e *Planejamento em Saúde* e menos para *Planejamento das Ações Intersetoriais*.

E outro aspecto possivelmente

O quadro 11 apresenta a opinião do Coordenador de UBS quanto a contribuição da Reunião do Conselho Gestor Local para as suas atribuições.

Quadro 11 - Contribuição das Reuniões do Conselho Gestor Local da UBS, São Bernardo do Campo, 2009-2016.

Atribuições	Contribuição											
	Número de Coordenadores por Notas											Total de Notas. Sete ou Mais
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9,5	10	
Gestão de pessoas	-	-	-	-	5	1	1	5	3	1	4	19
Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular	1	-	-	-	1	-	4	2	5	1	6	18
Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde	-	1	2	1	2	1	1	5	3	1	3	13
Caráter informativo	-	-	-	-	-	1	4	2	7	1	5	19
Discussão e apoio a casos ou situações complexas	-	-	1	-	3	1	1	7	3	1	3	15
Avaliação e Monitoramento em Saúde	-	1	1	1	1	1	-	5	5	1	4	15
Planejamento em saúde	-	-	-	2	1	2	1	5	4	1	4	15
Planejamento das Ações Intersetoriais	-	1	-	-	3	1	4	2	3	1	5	15

Para a maioria dos Coordenadores de UBS este espaço contribui mais positivamente para as atribuições *Gestão de Pessoas*, *Caráter Informativo* e *Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular* e menos para o *Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde*.

Destaque-se que dentre os diferentes espaços de gestão e educação permanente o Colegiado Pleno foi aquele que apresentou a maior concentração de notas entre 5 e 8, isto é, o que contribuiu de forma moderada e boa para suas atribuições, de acordo com os coordenadores.

Os demais espaços para os vinte e dois que responderam ao questionário foram avaliados com notas igual ou maior que 7, conforme apresentado no Quadro 12, a seguir.

Quadro 12: Espaços de gestão e estratégias de educação permanente com nota igual ou maior que sete, com maior e menor contribuição nas atribuições do Coordenador de UBS, São Bernardo do Campo, 2016.

Nota igual ou maior que sete	Atribuição com maior contribuição	Atribuição com menor contribuição
Cursos	<i>Conhecimento dos protocolos e pactuações acerca da Rede de Saúde; Avaliação e Monitoramento em Saúde e Planejamento em Saúde.</i>	<i>Gestão de Pessoas e Planejamento das Ações intersetoriais.</i>
Colegiado DABGC	<i>Conhecimento dos protocolos e pactuações acerca da rede de saúde; Caráter informativo; Avaliação e Monitoramento em Saúde e Planejamento em Saúde.</i>	<i>Gestão de pessoas, Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular.</i>
Encontros de Educação Permanente nos Territórios de Saúde	<i>Conhecimento dos protocolos e pactuações acerca da rede de saúde e Planejamento em Saúde</i>	<i>Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular.</i>
Encontro de EP do DABGC	<i>Conhecimento dos protocolos e pactuações acerca da rede de saúde; Caráter informativo; Planejamento em Saúde e Avaliação e Monitoramento em Saúde.</i>	<i>Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular e Gestão de pessoas.</i>
Encontro de EP com Consultor Externo	<i>Gestão de Pessoas; Planejamento em saúde; Caráter Informativo e Avaliação e Monitoramento em Saúde.</i>	<i>Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular e Planejamento das ações intersetoriais.</i>
Reuniões de Equipe	<i>Discussão e apoio a casos e situações complexas; Planejamento em Saúde; Avaliação e Monitoramento em Saúde; e Gestão de Pessoas.</i>	<i>Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular; Planejamento das ações intersetoriais e Conhecimento dos protocolos e pactuações acerca da rede de saúde.</i>
Reunião Técnica	<i>Gestão de Pessoas; Caráter informativo; Avaliação e Monitoramento; e Planejamento em Saúde.</i>	<i>Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular.</i>
Reunião Geral	<i>Conhecimento dos protocolos e ações acerca da rede de saúde; Caráter informativo; Discussão e apoio a casos e situações complexas; e Planejamento em Saúde.</i>	<i>Planejamento das ações intersetoriais; Gestão de pessoas e Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular.</i>
Reunião com Conselho Gestor Local	<i>Gestão de Pessoas; Caráter informativo; e Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular.</i>	<i>Conhecimento dos protocolos e pactuações acerca da rede de saúde</i>

Conforme quadro acima, os colegiados e encontros de educação permanente que mais contribuíram para as atribuições dos coordenadores foram relativas ao *Planejamento em Saúde; Avaliação e Monitoramento em Saúde e Conhecimento dos protocolos e pactuações acerca da rede de Saúde*. Enquanto os espaços de gestão da UBS contribuíram, além já citados, também para *Discussão e apoio a casos e situações complexas, Gestão de Pessoas e Apoio na Relação com a comunidade, controle social e participação popular*.

Para os coordenadores, os espaços e estratégias de educação permanente contribuíram menos para o *Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular e Planejamento das Ações Intersetoriais*.

A seguir, as entrevistas contribuirão para descrever e analisar os arranjos e estratégias utilizadas pelo Coordenador de UBS para informar, organizar e pactuar o processo de trabalho e, também, os desafios e iniciativas no âmbito local.

5.2 ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Tendo em vista o aprofundamento de questões levantadas nas primeiras leituras quando da organização dos dados dos questionários, foram realizadas entrevistas semiestruturadas para melhor elucidá-las.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho ou na residência dos entrevistados e duraram cerca de sessenta minutos. Dos nove Coordenadores de UBS previstos, foram realizadas seis entrevistas, sendo um profissional de cada Território de Saúde.

As respostas dos coordenadores foram organizadas a seguir, de forma que se permita apreender as contribuições dos espaços e as estratégias para o exercício de suas atribuições.

Contribuição das estratégias, mecanismos e instrumentos criados na Secretaria Municipal de Saúde em São Bernardo do Campo.

No decorrer do período 2009 a 2016, como já descrito, a Secretaria Municipal de Saúde realizou em parceria com Instituições de Ensino Superior cursos de Especialização em Gestão de Serviços de Saúde, Saúde da Família, Saúde Mental,

Apoio a Saúde da Família, Preceptoria, Regulação e Gestão da Clínica. Também promoveu formações técnicas para os Agentes Comunitários de Saúde envolvendo sua prática nas Equipes de Saúde da Família e o manejo a pacientes em uso abusivo de álcool e outras drogas.

Os Departamentos da Secretaria Municipal de Saúde também se organizaram para realizar quatro cursos de formação de conselheiros de saúde. Esses cursos tiveram duração de até oitenta horas e envolveram Coordenadores de UBS, Gerentes de outros serviços, representantes dos trabalhadores e usuários dos Conselhos Gestores Locais, Conselheiros Municipais de Saúde e lideranças comunitárias.

Nas entrevistas os Coordenadores de UBS mencionaram algumas iniciativas da gestão sobre os cursos e a importância deles para o seu trabalho.

Eu já tinha a formação, a pós-graduação em Saúde da Família, mas essa segunda pós ajudou bastante [...] Até nos processos de trabalho, a gente entender o SUS, entender o trabalho da equipe, a necessidade do usuário, entender o trabalho em rede [...] Foi uma riqueza muito grande. Então esse pra mim foi o maior.

Além do Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Mental mencionado pelos Coordenadores de UBS, destaca-se o de formação de conselheiros de saúde, que teve papel importante para qualificar o Conselho Gestor Local e seus conselheiros.

...fazer atribuir um sentido aquele grupo. Que é o Conselho Gestor da Unidade. Mas, abrir a mente das pessoas, para o que é coparticipar da Gestão [...] que eles são corresponsáveis pelo que a gente faz. Embora estivesse claro, sujeito e dando anuência para uma política pública clara, que nós tínhamos aí no município. Mas, a participação cidadã se tornou relevante...

Com o encerramento do Curso de Especialização em Gestão de Serviços e o processo de Territorialização, o município foi dividido em nove Territórios de Saúde. Cada turma manteve sua composição inicial, exceto pelos Territórios Sete e Nove que se tornaram um só, o Território Sete. Cada território manteve uma dupla de facilitadores de aprendizagem e um orientador de ensino. Mantiveram-se as reuniões mensais e alguns territórios realizavam encontros quinzenais envolvendo trabalhadores dos diferentes serviços de saúde daquele território e suas referências municipais.

Para os Coordenadores de UBS, manter as turmas do curso em encontros de Educação Permanente foi importante para diversas atribuições.

...fiz curso de especialização em Gestão de Saúde Pública pela Unifesp em 2011, que posteriormente se transformou no espaço de educação permanente do território. Penso que as principais contribuições destes espaços foram o fortalecimento do território através do encontro, articulação entre os serviços, estabelecimento de fluxos, matriciamento, troca e empréstimo de insumos e profissionais, e a produção de um plano de ação que dialoga com as principais necessidades do território...

O Curso de Especialização em Gestão de Serviços de Saúde tinha uma orientação pedagógica geral, mas cada encontro foi organizado a partir da necessidade dos seus participantes. Durante sua realização também contribuiu para pactuar instrumentos de comunicação sobre os pacientes que estavam em seus serviços e precisavam ter seu cuidado continuado na UBS e a partir disto organizar o serviço e elaborar ações de planejamento a partir das necessidades de saúde por meio de:

[...] planilhas, controle... de saber quem são os pacientes de linhas de cuidado do território. É você planejar ações pra poder cuidar da saúde dessas pessoas...

Essas planilhas eram conhecidas como planilhas das Linhas de Cuidado (ANEXO 7) e foram pactuadas entre o Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado e o Departamento de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência. A partir dela, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) enviava a cada UBS de referência de seu território a relação de pacientes hipertensos, diabéticos, gestantes, problemas respiratórios e crianças com menos de dois anos para monitoramento, identificação de situações de risco e vulnerabilidade e também discussão e formulação de plano terapêutico para casos complexos que frequentavam a UPA e necessitassem de cuidado dos demais pontos da rede.

Outras planilhas para monitoramento da gestante e criança menores de dois anos também foram instituídas pelo Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado como instrumentos de trabalho das equipes de saúde para identificação e monitoramento. Em uma dessas planilhas, a maternidade municipal também enviava às UBS os pacientes que tiveram alta ou evasões do hospital (ANEXO 8).

Para a Regulação, as UBS implantaram planilha de encaminhamento de pacientes aos especialistas. A partir de 2014 cada UBS passou a ter acesso à sua fila de espera e condições de agendamento aos especialistas, pela equipe de regulação da unidade (ANEXO 9).

Pegamos uma planilha e começamos a registrar a entrada das guias. Depois dentro das reuniões de equipe deliberasse o que era de fato prioridade e o que não era.

Outro instrumento implantado foi a Carta Compromisso, que concomitante ao PMAQ, permitiu ao Coordenador junto com sua equipe definir prioridades e elaborar planejamento da UBS. (ANEXO 10)

Contribuições dos Colegiados de Gestão

Importante lembrar que a Secretaria Municipal de Saúde, a partir de 2009 foi organizada em Colegiados de Gestão: Pleno e Departamentos, que tinham encontros mensais entre integrantes do nível central da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, diretores e técnicos dos departamentos, gerentes, coordenadores e outros profissionais técnicos e administrativos. Esses espaços tinham como objetivos gerais informar ações da secretaria ou da Prefeitura, realizar alinhamentos técnicos, apresentação de situações exitosas e pactuação de fluxos e protocolos.

Nas entrevistas foi referida a importância dos espaços coletivos de gestão para os Coordenadores, seja por seu caráter informativo ou por ser um fórum pertinente para que o gestor do SUS possa compartilhar demandas e necessidades de discussão.

Segundo os Coordenadores os colegiados não existem. A partir de sua implantação em 2009, ao comporem os colegiados passaram a se sentirem participantes da gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

...então a gente não tinha, porque antigamente, a gente tinha a visão de que as instâncias superiores da Saúde nos viam como fiscalizadores, punidores, e de repente a gente muda um pouco o foco e começa a entender que nós somos coparticipantes no processo...

Ressaltam, também, a importância para as atribuições relacionadas ao planejamento e participação nas pactuações da rede, assim como para fortalecer suas ações no território.

... a gente passa a discutir fluxo, que era uma coisa que, pelo menos no meu ponto de vista - antes da minha experiência de gerente, como recepcionista de unidade básica e do pronto socorro - a gente não via isso. Então a coisa era sempre muito de cima pra baixo. Muito sem debate, sem informação. Os serviços eram muito como cidades e estados, muito isolados

uns dos outros. Não existia conversa. E esses espaços de gestão vieram trazer o desafio de a gente conversar. E a conversa não era para achar culpados, mas era para que a gente conseguisse colocar os problemas e pensar as soluções.

... porque no colegiado existiam as trocas de experiências [...] Teve a Regulação... discutir os indicadores, discutir algumas coisas... Eles acabavam fazendo com que a gente tivesse a iniciativa de buscar outras - como é que eu posso dizer? - outras alternativas, no próprio território.

A apresentação sobre problemas de saúde relevantes ao município, como o aumento da mortalidade infantil ou mesmo a fila de espera no Complexo Regulador para determinadas especialidades médicas, utilizava indicadores e problemas elencados pelos gestores centrais. Era perguntado aos Coordenadores de UBS e gerentes dos demais serviços sobre quais outras ações poderiam ser realizadas para a resolução desses problemas.

Então assim, a gente tinha devolutiva de ouvidoria, de vacinação, da própria regulação. Então não era uma coisa que a gente só trabalhava administrativamente.

Ambos Colegiados foram importantes para troca de experiências e para as atribuições *Caráter Informativo; Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da Rede de Saúde; Avaliação e Monitoramento em Saúde e Planejamento em Saúde.*

Contribuições dos Encontros de Educação Permanente

Como descrito no decorrer do estudo, além dos Colegiados, a Secretaria Municipal de Saúde investiu em espaços para qualificação profissional em que profissionais compartilhem suas experiências, técnicas e conhecimento a partir da discussão sobre o trabalho. Nesses espaços eram discutidos casos, realizados alinhamentos técnicos e de processo de trabalho entre os diversos serviços ou profissionais.

Durante o estudo alguns encontros foram descritos e avaliados pelos Coordenadores de UBS para se conhecer em que medida contribuíram para as suas atribuições. Os Encontros de Educação Permanente do Território, Encontro com Consultor Externo ou mesmo os Encontros entre os Profissionais da Atenção Básica foram mencionados como espaços com boa ou muito boa contribuição, por permitir

a participação de outros trabalhadores da rede e facilitar o trabalho com suas equipes na UBS.

...as principais contribuições destes espaços foram o fortalecimento do território através do encontro, articulação entre os serviços, estabelecimento de fluxos, matriciamento, troca e empréstimo de insumos e profissionais e a produção de um plano de ação que dialoga com as principais necessidades do território...

... dos espaços de EP podemos observar os profissionais mais engajados no cuidado e fomos criando dispositivos para monitoramento de indicadores e fluxos das unidades [...]

Outros temas foram mencionados por todos os Coordenadores de forma positiva, principalmente o matriciamento³, citado como uma das estratégias de integração entre serviços e equipes para a integralidade da atenção em saúde à população.

Referem os encontros entre os CAPS, CER, Hospitais e Ambulatórios com as equipes de Saúde da Família, da Atenção Básica e Apoiadores como importantes para a discussão de casos e matriciamento, principalmente em saúde mental, pneumologia e dor crônica. Nesses encontros era pactuado que, se necessário, os especialistas participariam de encontros temáticos, momentos teóricos, agendas compartilhadas e discussão de caso via computador (Skype), possibilitando a troca de conhecimento técnico e manejo das situações ou casos discutidos. Os Coordenadores de UBS relatam, inclusive, um impacto positivo na regulação do acesso e da atenção em saúde.⁴

Para os Coordenadores, o matriciamento foi um recurso importante que possibilitou a qualificação do trabalho de suas equipes.

³ CAMPOS (2000) *apud* OLIVEIRA e CAMPOS (2016) define o matriciamento como o arranjo organizacional, como metodologia de trabalho em que profissionais de diferentes profissões e especialidades realizam encontros periódicos para discussão de casos e formulação de projetos terapêuticos. Nesses encontros os profissionais de uma determinada especialidade compartilham seus conhecimentos técnicos e manejo clínico dos casos, no caso entre serviços da atenção hospitalar, urgência/emergência e atenção especializada e atenção básica, aumentando a resolutividade das equipes de saúde da família e solucionando casos que requerem cuidado compartilhado entre serviços de saúde.

⁴ OLIVEIRA (2015) define regulação como a definição de normas, monitoramento, controle e avaliação de serviços de saúde com objetivo de promover a equidade em saúde, ou seja, garantir o acesso integral por meio do ajuste entre a oferta e procura por serviços e atenção em saúde de forma oportuna e racional, com foco na necessidade de saúde do cidadão. Para BRAZ (2015), o desafio posto ao gestor é experimentar arranjos de redes de atenção que sejam flexíveis e garantam o acesso e uso aos serviços de saúde.

... por exemplo, o matriciamento da pneumologia, que nós tínhamos uma fila muito grande de pacientes para serem inseridos nessa agenda de espera, e aí casos que poderiam ser resolvidos dentro da própria Unidade. Esses matriciamentos com consulta compartilhada, oficinas em que participavam agentes comunitários, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, aprimorando seu conhecimento. Então, existe espaço maior e mais amplo, do que você aprender isso no seu local de trabalho? Fazendo! Aprendendo e fazendo ali, junto...

A Saúde Mental foi uma prioridade dos dois Planos Municipais de Saúde (2010 e 2014) com a implantação de CAPS, Residências Terapêuticas e Consultório na Rua. Para que esses serviços cumprissem seu papel foi fundamental que as Unidades Básicas de Saúde se responsabilizassem pelos pacientes com sintomas de ansiedade, tristeza, luto e outras condições passíveis de serem atendidas pelas equipes de Atenção Básica, previamente ao encaminhamento intempestivo aos serviços especializados.

Em 2010, com o processo de descentralização da Saúde Mental foi pactuado um fluxo, com a contribuição dos Apoiadores em Saúde e a contratação de um psicólogo por UBS. As unidades reformadas e ampliadas passaram a contar com consultório apropriado para este tipo de atendimento e os profissionais realizaram dois cursos de especialização sobre o tema. O programa do curso de Saúde da Família também previu o manejo de casos de saúde mental.

O aumento e qualificação da oferta de cuidado a pacientes com transtornos psíquicos graves contribuiu para a desativação dos leitos em hospitais psiquiátricos e ao longo do período 2009 a 2016 as equipes criaram possibilidades de cuidado em liberdade e na comunidade, como grupos terapêuticos, grupos de desmedicalização, atividades de matriciamento entre UPA-CAPS-UBS-Hospitais.

Desta forma a rotina de ações de matriciamento entre CAPS e UBS passou a ser frequentes, pois, as equipes de referência dos CAPS visitavam ou eram visitadas pelas equipes da UBS para discussão de casos e elaboração de Projeto Terapêutico Singular. Isso foi mencionado pelos Coordenadores de UBS como elemento importante de integração e qualificação da atenção em saúde entre serviços.

... por exemplo, como você vê, o cuidado com os pacientes em Saúde Mental? Lá nessas mostras, nós víamos ali os diferentes fazeres daquelas pessoas que estão lá no CAPS [...]. Os matriciamentos que havia dentro das Unidades, também, que foi outra forma de se aprender.

Os Coordenadores de UBS utilizavam esses espaços para mediação de conflitos decorrentes das diferentes concepções entre profissionais da Atenção Especializada (CAPS) e da Atenção Básica (UBS).

Os coordenares reconhecem os encontros de EP de Território de Saúde como espaço de articulação entre esses dois tipos de serviços.

...Dentre os avanços, destaco o matriciamento em saúde mental, que foi tema de muitos encontros das EP onde, através da articulação do apoio, as UBS do Território 7 e o CAPS Alvarenga puderam traçar estratégias de matriciamento, consultas compartilhadas e projetos terapêuticos aos usuários... Estes encontros proporcionaram um deslocamento dos profissionais aos serviços que culminou em um melhor conhecimento da rede e da fragilidade do território...

A partir dos encontros de Educação Permanente, para além do matriciamento, foi destacada a estratégia do Acolhimento como forma de ampliação e qualificação do acesso da população ao serviço de saúde.

O projeto de reforma e ampliação das UBS previa consultórios para este tipo de atendimento. Qualificou-se a ambiência da UBS com espaços para os pais e crianças, salas de espera adequadas e melhor fluxo para acesso ao arquivo e consultórios, além de recebimento de recursos e equipamentos (DEA, Desfibrilador e medicações para situações urgência e emergência).

Neste mesmo período as equipes das UBS passaram a utilizar instrumentos da Saúde da Família aprendidos nos cursos realizados: ecomapa, genograma, classificação de risco e vulnerabilidade. Acerca do Acolhimento, foram realizadas oficinas para alinhamento conceitual, operacional e técnico.

Segundo o Ministério da saúde, o Acolhimento é a responsabilização integral pelo usuário, a partir da escuta de sua queixa, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004).

O Acolhimento também foi pautado nos cursos realizados, nos Encontros de Educação Permanente do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado e EP com consultor externo (anexo 4). Nessas oportunidades as UBS tiveram autonomia para construir com suas equipes diferentes arranjos conforme as necessidades e características dos trabalhadores e da população e a realidade local.

Os encontros de EP foram referidos como oportunidades para planejar ações dentro das equipes. Por exemplo, o Acolhimento é visto como um ponto de tensão na relação entre a equipe e a comunidade devido à pressão sofrida pelos

profissionais pela discordância ao atendimento por profissional não médico. Em geral, o usuário exige atendimento médico ou exames especializados em que a oferta era menor que a demanda.

... por diversas vezes, as equipes discutiram e tentaram metodologias e sistemas de acolhimento nas unidades, e a partir de uma parceria com a residência de medicina de família foi possível aplicar um sistema de acolhimento por equipes baseado no "acesso avançado".

Com o aumento de número de Equipes de Saúde da Família houve também aumento da oferta de consultas nas UBS. Para que a atenção em saúde não ficasse focada no atendimento biomédico, pautada no uso de exames especializado e medicamentos foram utilizadas algumas estratégias, tais como a implantação de protocolos para regulação do acesso, protocolos clínicos, implantação de microrregulação nas UBS e ações de Promoção à Saúde por meio de parceria com a Secretaria de Esporte e Lazer para realização de práticas corporais e integrativas, como também atividades comunitárias. Os Encontros de EP nos Territórios também foram utilizados para discutir e planejar essas ações.

Porque quando você tem um profissional, que ele está aprendendo a fazer uma microregulação dentro do seu consultório, em que ele não vai ficar demandando muitos pacientes, sem necessidade para um especialista, ele mesmo vai cuidar, você vai ter um melhor cuidado, dentro da própria Unidade.

Programa de práticas integrativas e complementares [...] foi elaborado um projeto para reduzir as filas de ortopedia. O projeto contou com a produção de grupos terapêuticos, tais como o grupo de dor, Lian Gong e "papoterapia".

Como disse, são inúmeras as prioridades na Atenção Básica. As equipes se sentem como um "equilibrador de pratos", e o departamento em seu papel disparador de "novos pratos" e a necessidade de monitoramento de indicadores e metas [...] Quais são os pratos que não podem cair? Quais são os pratos que podem girar lentamente? Quais pratos, neste momento não seriam necessários?

Foi um desafio mas no decorrer dos anos houve avanços na integração entre os serviços de saúde, especialmente entre Coordenadores de UBS, UPA e CAPS.

A UPA também ajudava muito, passando pra nós os casos que elas tinham lá, que estavam complicados de resolver. Então nós tínhamos esse momento, esse espaço de conversa gerencial, pra articular esse tipo de cuidado.

Então, essa parceria com a UPA foi o primeiro grande ganho que a gente teve na época, com a vinda do Apoiador. E aos poucos a gente foi se integrando com outros instrumentos mais distantes.

O contato com a UPA, coisa mínima assim de encaminhamento: “ah... porque que o meu colega lá não encaminha?” “E porque... que....” Aquelas brigas constantes, do mesmo paciente que ficava indo pra lá e pra cá, então assim, o entendimento do serviço um do outro. Então assim, trazia ele: “pensa de uma forma diferente, como você me ajudaria a fazer isso?” então tanto a UPA trazia médico pra discussão, quanto eu trazia, levava médico, enfermeiro...isso ajudou muito pra eles entenderem o que estava acontecendo e ainda me ajudar com ideias.

Para superação das dificuldades na relação entre serviços de Atenção Básica com os de Urgência e Emergência e Hospitalar os Encontros de Educação Permanente propiciaram a articulação do cuidado em rede e a qualificação da alta de pacientes internados nestes serviços. Uma das estratégias foi a aplicação “Kanban”⁵.

Essas estratégias de articulação da rede para manejo de casos complexos contribuíram para o melhor planejamento dentro das equipes na UBS, pois permitiu realizar o monitoramento, busca ativa e realização de projeto terapêutico singular, garantindo a continuidade do cuidado.

Os encontros de EP com Consultor Externo foram vistos como importantes para a troca de saberes e compartilhamento de experiências.

... ele trazia toda uma bagagem de conhecimento muito grande. E ele trazia pra nós esse conhecimento, das discussões pra nós e os desafios pra gente ir tentando fazer, experimentar na Unidade.

O Consultor Externo facilitava a escolha de temas a serem discutidos nas reuniões gerais e norteava as ações no território. Contudo, havia dificuldade de reproduzir tais ações (discussões de situações ou casos complexos, acolhimento monitoramento de indicadores e avaliação das necessidades de saúde do território) no cotidiano das equipes de saúde. Esses encontros ocorriam mensalmente, com conteúdo construído a partir do trabalho dos Coordenadores de UBS.

Esse conjunto de encontros, apesar das ótimas avaliações, também encontraram desafios: 1) convocações extemporâneas do nível central da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, por outro lado a desmarcação de alguns Encontros

⁵BELTRAMI (2017), define o Kanban como os encontros entre a equipe multiprofissional do hospital e apoiadores em saúde para alinhamento do projeto terapêutico de cada paciente, com quadro de monitoramento e reuniões regulares. Também tinha como objetivo o monitoramento dos leitos hospitalares, qualificar a atenção aos pacientes e discutir a alta desses em comunicação com a UBS e equipe de saúde da família de destino. Para isto os Apoiadores em Saúde de cada território participavam da discussão dos casos para construção de conexões entre as equipes e estudar a viabilidade e condições de alta do paciente. Isso evitaria novas internações desnecessárias e possibilitaria comunicação importante entre o hospital e o território, tendo a população como centro da atenção em saúde.

de EP nos Territórios; 2) a rotatividade de alguns orientadores de EP; e 3) ausência de representantes de alguns serviços de referência como UPA e Hospitais em alguns encontros, ao contrário da AB, fortemente presente.

... Ficamos sendo muito chamados de última hora. Então, *“ah tem que vir aqui todo mundo”*. E às vezes você tá com um encontro dentro da sua Unidade, ou você tá com uma reunião do Conselho, ou você tá com uma reunião técnica, que você tem que falar. E aí você é atravessada.

O trabalho do Coordenador de UBS com as equipes e comunidade

Nas entrevistas os Coordenadores relatam a relação com os gestores, apoiadores, Departamento de Atenção Básica, profissionais, conselheiros e comunidade.

A relação construída com os Apoiadores em Saúde, Referências da Atenção Básica e outros profissionais - principalmente os enfermeiros – contribuiu na organização das reuniões de equipe, reunião geral e organização da implantação da Estratégia de Saúde da Família visando a Mudança de Modelo de Atenção.

...a intervenção na Unidade era muito profunda. Muito grande. E tanto que a ambiência melhorou demais. Então, a dificuldade, primeiro foi a adaptação naquele espaço. O Apoio que começou a discutir: formato de agenda, e aí sentava comigo, sentava com os Enfermeiros, sentava com o Oficial Administrativo para remodelar o processo, com uma lógica mais compartilhada de cuidado entre os Médicos matriciadores e os Médicos generalistas.

Os Apoiadores em Saúde eram profissionais para acompanhar o trabalho no território dos diversos serviços de saúde. A sua função era qualificar a organização dos serviços e a atenção em saúde com as equipes. Além do apoio ao coordenador e equipes em seu processo de trabalho nos serviços, ajudavam na articulação em rede e formulação de projetos terapêuticos.

Os Apoiadores em Saúde foram considerados, nas entrevistas, como importantes para a qualificação da relação dentro das equipes, principalmente na mudança de UBS “tradicional” para unidades com Equipes de Saúde da Família.

Então, o que eles faziam: vamos experimentar como nós já experimentávamos, *“vamos experimentar outras formas de fazer?”* Eles tinham o conhecimento deles, uma equipe multiprofissional. Então, nós vestíamos a camisa, vamos sim, vamos aderir, vamos ver... Vamos tentar experimentar essa forma de agendamento, vamos!

As Referências da Atenção Básica eram profissionais da equipe do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado, organizados por Território, com o objetivo de apoiar os coordenadores em seu processo de trabalho e fazer a articulação com o Departamento.

Nas entrevistas, as Referências da Atenção Básica surgem como mediadores nas tensões e necessidades das UBS e na relação com as equipes. Houve relação de complementariedade entre os Apoiadores e as Referências no apoio ao Coordenador de UBS, principalmente na construção e na organização de espaços coletivos na unidade.

...em 2010, o município de São Bernardo do Campo optou por ampliar o modelo de ESF para 100% das UBS, estive presente neste período em que pude acompanhar como apoiador essa mudança [...] As equipes tradicionais demonstravam dificuldades em compreender o território, produzindo uma agenda que não dialogava com as necessidades dos usuários. Por meio do processo de territorialização foi possível identificar as características da população, seus informantes chave e vulnerabilidades.

As Referências, assim como os Apoiadores em saúde contribuíam para “enxergarem” o que não estava sendo visto, podendo assim reorientar os processos de trabalho do coordenador:

Nós tínhamos mais encontros com a Referência. Então, nós trazíamos a situação, ela sentia, via dentro da Unidade o que podia nos ajudar e orientar, e nos ajudar, porque é aquilo que nós falamos, você tá dentro do processo ali acontecendo, muitas coisas, você às vezes, você não está enxergando.

Há o reconhecimento das Referências do Departamento de Atenção Básica e Apoiadores como parceiros importantes no diálogo com as equipes e na ampliação das práticas em saúde nos serviços, por meio de encontros, atividades de sensibilização⁶ e ações na comunidade para esclarecimento do papel da equipe e seus profissionais.

⁶ O Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado realizava atividades de planejamento com as Referências da Atenção Básica, Coordenadores de UBS e Apoiadores em Saúde para organizar a equipe para o retorno à UBS que estava em reforma e ampliação. As atividades duravam entre três a cinco dias. Nesses dias a população era referenciada às UBS próximas e a Rede de Saúde era avisada que nesta semana a UBS estava em “Sensibilização”. Cada UBS organizava suas atividades conforme o perfil de seus profissionais e população a ser atendida. Em geral as atividades tinham como foco: planejamento da agenda de cuidado à população, organização de atividades de educação e promoção em saúde, organização do acolhimento à população, também recebiam convidados externos, visitavam serviços da rede e alinhavam processos técnicos e administrativos, preparando-se, assim, para sua reinauguração.

A Referência estava também dando um suporte pra nós. Eu sentia mais como: trazendo ideias, querendo ajudar, ela vinha como um apoio também entendeu? Não é apoiador, mas dando apoio ao gerente, e ficou um elo muito forte, ele era um elo muito forte, de nós para com a Gestão. Então, às vezes eu estava com alguma dificuldade, a referência levava essa dificuldade pra Gestão, porque ela estava bem do lado.

Enquanto alguns coordenadores referiram contar mais com os Apoiadores em Saúde e Referências do Departamento de Atenção Básica para organizar as pautas e reuniões, outros coordenadores contavam com profissionais da própria equipe para este objetivo.

As reuniões de equipe, técnicas e gerais foram importantes, pois além dos aspectos organizativos, permitiram o desenvolvimento de ações de qualificação do trabalho individual e do trabalho em rede.

As reuniões de equipe são vitais para o desenvolvimento do trabalho em ESF. [...] este espaço era constituído por ACS, Enfermeiro, Médico e equipe de saúde bucal [...] inicialmente, o foco das reuniões tinha caráter informativo e organizacional das agendas e escalas [...] na medida em que outros atores foram participando deste processo, o espaço começou a produzir outras ações, tais como matriciamento com outras áreas, discussão de casos, estudo de fluxos e temas.

Como descrito anteriormente, tanto o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Locais de Saúde foram reorganizados.

Em relação à comunidade, o investimento na gestão participativa por meio da reestruturação do Conselho Municipal de Saúde, a realização das Conferências Municipais, Encontros Populares de Saúde, Plenárias de Orçamento Participativo, Cursos de Conselheiros e as reuniões do Conselho Gestor Local da UBS foram estratégias reconhecidas e bem avaliadas pelos Coordenadores.

Para a realização de encontros com a comunidade, os coordenadores relataram diversas estratégias. Entre elas, atividades descentralizadas com sua equipe e conselheiros para explicar o papel da Estratégia de Saúde da Família e a realização de atividades assistenciais na comunidade. Por exemplo, caminhadas e ações com escolas, igrejas e outros serviços.

Nós fizemos alguns encontros de Conselho, no território, nós fizemos grupos de hipertensão, de artesanato, nas sedes dos bairros. Nós descentralizamos. Acho que isso ai foi uma coisa que eu trouxe pra equipe . “Gente, se eles não podem vir até nós, vamos até eles”.. O Médico ia lá para a sede, ia equipe de enfermagem, farmacêutico...

As atividades como Programa de Bem com a Vida⁷ também foram facilitadoras das relações do Coordenador e equipe com a comunidade.

As relações com a equipe e a comunidade indicam as tensões durante a mudança de modelo de atenção - quando as unidades foram reformadas estruturalmente e as equipes preparadas para Estratégia de Saúde da Família.

Ficaram nítidas as tentativas de “negociação”, convencimento pelo diálogo e produção de “sentido” aos profissionais. As tentativas de convencimento do outro foi um tema recorrente nas entrevistas, principalmente na relação com a equipe.

Dificuldades e iniciativas do Coordenador de UBS

Dificuldades na relação com os Colegiados: Pleno e de Departamento Atenção Básica e Gestão do Cuidado

Após as reuniões dos Colegiados, os Coordenadores recebiam os informes, materiais de divulgação ou planilhas para desenvolverem ações com suas equipes. As dificuldades apontadas pelos coordenadores referente a sua participação nos colegiados foram relativas a quantidade informações transmitidas nesses fóruns, que geravam ações a serem desenvolvidas nos serviços de saúde e comunidade; o predomínio do Caráter Informativo e a frequência desses encontros em caráter de urgência que levava a desorganização do trabalho na unidade

... olha, pra mim o Colegiado Pleno era muito impotente. Porque ele ficava mesmo... porque eu via que era uma vitrine. Entendeu? Então você ia, você não tinha muita voz de discussão. Você não tinha nada de voz de discussão na verdade. Então, era passado o aviso, como se fosse uma reunião.

... seria necessário planejamento do nível central com antecedência para não ficarmos sendo chamados de última hora.

Achávamos que eram muitos os espaços e isso, às vezes, tornava-se um pouco cansativo. O Colegiado Pleno ficava um pouco disperso devido o grande número de profissionais e o tempo estendido.

⁷ O Programa de Bem com a Vida foi construído e executado entre Secretaria de Saúde, Esportes e Lazer e Cultura consistiu na realização de práticas de promoção em saúde na comunidade envolvendo profissionais de ambas as áreas para a realização de atividades físicas e culturais coletivas em cada UBS.

Às vezes tinha que participar de alguns momentos que a gente achava desnecessário a nossa participação. Poderia ir um enfermeiro, um médico...

Outra dificuldade descrita pelos coordenadores foi a solicitação com urgência e mudanças no planejamento que atrapalhavam alguma atividade que estava desenvolvendo com a equipe ou no território.

Pára tudo para atender uma demanda do DABGC. Outra coisa é tinha que fazer tudo ao mesmo tempo.

A percepção de que iniciativas que poderiam ser positivas acabam desorganizando o que estava previamente planejado.

“ah... vamos passar os avisos” e mostrar o que foi de bom nos outros territórios. Às vezes tinha uma tarefa de apresentar uma coisa boa do território, que você preparava, inclusive, nos espaços dessas EP. Então, às vezes a gente parava, porque é a vez do meu território apresentar uma coisa positiva. Não que fosse ruim. Mas, não servia como uma... Uma reunião de discussão.

Dificuldades nos Encontros de Educação Permanente

Nos encontros de Educação Permanente uma dificuldade encontrada pelos coordenadores de UBS, referida nas entrevistas, foi a implementação de estratégias, mecanismos e instrumentos de *Monitoramento e Avaliação em Saúde* e planejamento de ações ou realização de plano terapêutico e busca ativa de pacientes.

Um exemplo citado foi implantação das Linhas de Cuidado, que causaram conflito inicial na relação entre UPA e UBS, visto ao perfil de atendimento de cada serviço e os momentos de cada equipe para qualificação do Acolhimento ou organização do acesso à agenda de seus profissionais (ANEXO 8).

I intensificar a linha de cuidado em que ela era responsável...Desconsiderando muitas vezes o momento das equipes...

Dificuldades na relação com a Equipe e Comunidade

Uma das dificuldades relatadas pelos coordenadores, durante as entrevistas, foi a existência de diferentes atores a quem as equipes se reportam, quais sejam “Apoiadores” e “Referências do DAB”. Isto faz com que o coordenador de unidade

se sinta enfraquecido em seu papel, caracterizando uma dificuldade para o plano exercício de suas atribuições.

Há relatos de que apoiadores e referências do DAB, em algumas ocasiões, emitiam diretrizes conflitantes com aquelas orientadas pelo coordenador.

...olha, o que eu posso dizer que... ter atritos, todo lugar tem atrito. Existiu algum atrito sim... nas equipes, porque as vezes um apoiador queria fazer valer a ideia dele, mas tem que ser uma coisa em consenso ne? com a equipe...

Levava questões que as vezes você não conseguia. E a Referência levava lá, e ela parece que tinha mais voz que nós, que conseguia mais rápido aquilo que a gente já estava pleiteando há algum tempo... as vezes querer ir além do que seria o papel. E tem que se tomar cuidado, pra não achar que tá querendo ser um outro chefe que tá dentro da Unidade. E isso, a equipe sente ne? ela sente, então ela acaba que se posicionando ali pouco: "oh... mas, essa pessoa aí... chega aqui querendo mandar na gente, impondo..."

Uma outra dificuldade dos Coordenadores de UBS, refere-se o acúmulo de atividades simultâneas, as convocações e pressões exercidas pela rotatividade de profissionais em seus serviços de saúde e autonomia de gestão local

Muitos eram os atravessamentos, e isso desgastava um pouco. Não tínhamos autonomia para mudarmos algumas questões como, por exemplo, a reforma da UBS. Não pudemos opinar e isso gerou muito desgaste depois, quando vieram as faltas de salas. Falta de RH também foi um problema. A falta de comunicação nos deixava de calças curtas às vezes, o usuário nos dava as informações antes da rede.

6. DISCUSSÃO

O Papel do Coordenador de UBS em São Bernardo do Campo, no período de gestão de 2009 a 2016, foi analisado considerando suas atribuições, trajetória formativa, os Espaços de Gestão e Encontros de Educação Permanente.

Para análise da percepção e significados atribuídos pelos Coordenadores UBS na relação entre a concepção e a prática na gestão das UBS, foram utilizadas as atribuições definidas pelo Documento Norteador da Atenção Básica de São Bernardo do Campo (2014) como dimensões de análise: I - Planejamento; II – Informação; III – Relação com a Equipe de Saúde; e IV – Relação com a Comunidade.

A discussão se dará a partir da percepção, lógicas e fatores que facilitaram e dificultaram o trabalho dos coordenadores a partir de cada espaço de gestão e estratégias de EP.

O planejamento é realizado a partir do diagnóstico territorial e definição das prioridades e organização dos serviços, envolvendo as equipes e comunidade de forma intersetorial e participativa.

O planejamento é atribuição encontrada na literatura administrativa ou mesmo focada na micropolítica, e se reafirma aos Coordenadores de UBS em São Bernardo do Campo. Com boa avaliação, as questões aplicadas reiteram o papel dos espaços de gestão e estratégias de educação permanente como estratégia para o bom desempenho do planejamento do coordenador sobre ações relativas a ela e o território da UBS.

Para o melhor desenvolvimento das reuniões da UBS, os Coordenadores contaram com a participação das Referências da Atenção Básica e dos Apoiadores em Saúde para o planejamento e ações da rotina de trabalho.

O uso de informações adquiridas nos Colegiados Pleno e do Departamento da Atenção Básica, a utilização de planilhas para monitoramento de situações de saúde prioritárias para o município e o uso da discussão de casos ou situações complexas durante os Colegiados e Encontros de Educação Permanente contribuiu ao cumprimento desta atribuição pelos Coordenadores.

Em comparação, a avaliação do Colegiado do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado como era proposto, a avaliação geral dos

coordenadores é melhor para este modelo de encontro pautado a partir das suas necessidades do que o anterior pautado pelo Departamento de Atenção Básica.

O acúmulo de informações e ações simultâneas foram elementos apresentados como queixa pelos Coordenadores de UBS. Não obstante, nenhum coordenador referiu que essas não seriam suas atribuições e que não estariam dispostos a tentar realizá-las, mas expressa a percepção de que atua como equilibrista diante do conjunto de atribuições e sua missão institucional.

Tanto o questionário como as entrevistas demonstram a boa avaliação do Coordenador de UBS sobre o conjunto de estratégias de Educação Permanente e os Espaços de Gestão. Isto ajudou a realizar ações mais assertivas na relação com suas equipes.

A participação dos profissionais e conselheiros em estratégias de Educação Permanente também se demonstrou importante, pois facilitou a “tradução” da Política Nacional e Municipal da Atenção Básica na prática das equipes.

Os Coordenadores passaram do papel administrativo para o exercício de mediar e apoiar discussões relativas à Atenção em Saúde à população, além de várias habilidades técnicas que foram sendo adquiridas neste processo. Os Coordenadores de UBS foram se fortalecendo ao longo do tempo, o que se pode demonstrar pela aquisição de habilidades de negociação, mediação de conflitos e diálogo com suas equipes e outros serviços da rede, mesmo que ainda com a ajuda dos Apoiadores em Saúde e das Referências da Atenção Básica.

As Políticas e Práticas em Saúde compreendem um conjunto de saberes e técnicas que visam a Atenção em Saúde. Os acordos técnicos e científicos, com sustentabilidade financeira e administrativa são importantes para garantir o acesso com equidade e oportunidade em tempo oportuno com qualidade à população.

Esses avanços foram possíveis devido o esforço de articulação dos esforços e potencial da equipe pelo coordenador, que soube fazer a tradução da política municipal de saúde para a sua equipe e comunidade, concordando com o definido por ANDRÉ e CIAMPONE (2007), quando concluem que o gerenciamento local deve ser capaz de liderar, aumentar o potencial das equipes e ampliar a resolutividade do serviço.

O Colegiado Pleno contribui por conta de seu caráter informativo e *Conhecimento sobre os protocolos e pactuações acerca da rede de saúde.*

O Colegiado Pleno e o Colegiado do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado foram importantes para o conhecimento sobre os protocolos e funcionamento da rede pelos coordenadores de UBS. A Reunião geral, a Reunião Técnica e a de equipe possibilitaram o compartilhamento entre os profissionais de saúde.

Os encontros de Educação Permanente no Território, com Consultor externo e do Departamento de Atenção Básica também contribuíram para mediar situações de conflitos entre serviços e suas equipes.

Os encontros de matriciamento entre serviços demonstraram-se relevantes para o *Conhecimento sobre os protocolos e as pactuações entre os serviços da rede de saúde*, aumentando a resolutividade dos casos.

Torna-se evidente a importância do fazer compartilhado, do trabalho em equipe e da atuação do Coordenador de UBS no processo de trabalho e na tradução das políticas de saúde junto aos trabalhadores e comunidade.

A organização e realização dos Cursos, Colegiados de Gestão e Encontros de Educação Permanente tiveram foco na qualificação da atenção em saúde e no fortalecimento do encontro entre o profissional e o usuário dos serviços de saúde, fortalecendo as atribuições dos coordenadores de UBS.

A centralidade da gestão e dos processos de trabalho no usuário ficam evidentes em todos os espaços e os coordenadores percebem a importância disso, o que, em tese, criaria ambiente e condições propícias à mudança do modelo assistencial, qual seja, a transição de UBS Tradicional para UBS com Equipe de Saúde da Família.

O uso da discussão de caso nos encontros de EP do Departamento de Atenção Básica e nos territórios contribuiu para as equipes compreenderem a importância de estratégias como o Acolhimento, a Saúde Mental na Atenção Básica e as Ações para Redução da Mortalidade Infantil.

A realização de encontros presenciais e à distância (EAD) para matriciamento e consulta compartilhada contribuíram para os profissionais compreenderem as necessidades de saúde da população de sua equipe. Esses espaços colaboraram para as atribuições do coordenador na gestão da UBS por discutirem temas e conteúdos atinentes ao trabalho em equipe e o cuidado compartilhado entre diferentes serviços a partir da necessidade de saúde do usuário.

As tensões existentes entre serviços de diferentes complexidades e a ausência de alguns serviços da atenção especializada e hospitalar nos encontros de EP podem ser um fator limitante para a atribuição relacionada à pactuação acerca da rede de saúde.

É atribuição do Coordenador de UBS promover a participação popular e a parceria com entidades e movimentos sociais nos territórios através de: atividades relativas à saúde; propostas e acompanhamento do orçamento em parceria com os Conselhos Gestores; constituir e promover os núcleos de proteção e vigilância à saúde junto às equipes da atenção básica para o desenvolvimento de ações no território.

A articulação com a comunidade, do controle social e da participação popular favorecem as possibilidades de atuação no território, legitimam as ações da equipe e fortalecem as relações, garantindo condições adequadas de trabalho e a atenção em saúde à população.

Contudo, a avaliação, o monitoramento e o planejamento junto com a comunidade ainda são um processo incipiente. E o envolvimento de parte da equipe nas atividades comunitárias ainda é um desafio.

Para a mudança do Modelo de Atenção, o fortalecimento da Atenção Básica foi fundamental para a ampliação e a qualificação do acesso. O investimento simultâneo em diversas políticas, ações e programas promoveu uma concorrência de agendas técnicas e políticas por parte da gestão, e por consequência, dos Coordenadores de UBS, havendo um esforço em atender tais demandas, as necessidades de suas equipes e a pressão da população.

A discussão até aqui realizada permite compreender o exercício do processo de trabalho do Coordenador de UBS, diante do conjunto de atribuições e atividades desenvolvidas por ele.

As tensões constitutivas das ações dos Coordenadores de UBS junto à sua equipe e comunidade podem contribuir para compreender os significados que esses gestores atribuem aos espaços de gestão e educação permanente, pois o discurso durante as entrevistas aponta que, mesmo com a diversidade de espaços de compartilhamento e estratégias de apoio (Apoiadores e Referências da Atenção Básica), há um fazer que é próprio e individual deste Coordenador e depende do que ele apreende de cada espaço.

Compreender quais os significados e como os Coordenadores de UBS vivenciam as relações, os espaços de gestão e estratégias de educação permanente contribui para evidenciar os limites de atuação, possibilidades e conhecimento organizacional e pedagógico no SUS municipal.

Para compreender como os espaços de Gestão e Ensino ganharam uma dimensão articulada entre os serviços de saúde por meio da EP como estratégia de gestão, a seguir serão analisados como esses arranjos contribuíram ou foram desafios ao exercício das atribuições dos coordenadores.

A realização dos cursos de especialização em Gestão de Serviços – em parceria com a UNIFESP – e especialização em Saúde da Família e de Saúde Mental – em parceria CESCO-FMABC – foi construída a partir das definições da Política Municipal de Saúde e os dois planos municipais deste período.

Essas iniciativas tiveram como uma de suas prioridades a implementação de ações de Educação Permanente, que a partir de encontros realizados com periodicidade regular, permitiram aos profissionais e gestores a troca de experiências e conhecimentos acerca das necessidades de saúde e de funcionamento dos serviços, em consonância com as ações planejadas pelo Ministério da Saúde, que definiu como objetivo: *“contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores da saúde”, ajudando a convergir as ações do campo da Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde para que valorizem a Educação Permanente (BRASIL, 2012).*

A SMS organizou seu processo de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde por meio da articulação entre suas diversas áreas. Esta articulação estava sob responsabilidade da Divisão de Educação Permanente, que tinha como missão a articulação dos diversos departamentos e áreas para a realização de ações de Educação em Saúde, estágios e cursos utilizando recursos federais, regionais e municipais.

Os princípios e diretrizes previstos na Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) foram bases para a articulação dos cursos e gestão dos serviços, equipes e profissionais para execução de seu conteúdo prático, de modo que o conteúdo programático fosse articulado entre a teoria, prática e necessidades das equipes de saúde e da população. As mesmas diretrizes foram aplicadas no funcionamento dos Encontros de Educação Permanente nos Territórios de Saúde e

do Departamento de Atenção Básica, como estratégia de gestão do trabalho e de educação em saúde, gestão participativa, cuidado compartilhado, nas discussões de casos entre equipes e serviços, na realização de apoio matricial, ações em rede e no fortalecimento dos espaços de gestão compartilhada e de participação popular.

TEIXEIRA e SOLLA (2006) afirmam que há necessidade de conjugar um conjunto de mudanças político-gerenciais favoráveis para a introdução de inovações organizativas e técnico-assistenciais para a mudança do modelo de atenção em saúde.

Foi necessário um conjunto de mudanças organizacionais que possibilitassem os encontros dos colegiados, em consonância com as propostas de cursos e encontros de Educação Permanentes realizados durante a gestão.

A regularidade e a diversidade dos encontros e das iniciativas dos cursos possibilitaram aos Coordenadores de UBS e suas equipes discutirem suas necessidades e compartilharem entre si e entre os serviços, as necessidades dos usuários.

Isto permitiu que os coordenadores conseguissem realizar adequado arranjo combinatório entre pessoas, tecnologias e recursos materiais e humanos para alcançar os objetivos da Política Municipal de Saúde. Corroborando com o afirmado por JUNQUEIRA (1990), quando define o papel deste profissional quanto a capacidade de realizar determinado arranjo de forma adequada entre sistema, tarefas e pessoas.

Para a ampliação e viabilização da Estratégia de Saúde da Família e Política Nacional da Atenção Básica (2012), como proposto em São Bernardo do Campo, foi necessário conciliar os instrumentos de organização do trabalho coletivo e desencadear mudanças no interior dos serviços de saúde, reconstruindo subjetividades e desenvolvendo autonomia, pelo encontro entre trabalhador e usuário.

Os cursos, os espaços de gestão e os encontros de educação permanente tiveram como objetivos fortalecer a capacidade de relação e mediação entre o nível central da gestão, a equipe e a comunidade. E também qualificar a intervenção organizacional e a atuação profissional dos coordenadores.

Desta forma se reafirma o caráter articulador, integrativo e político do Coordenador de UBS como sujeito central para a transformação do modelo,

concordando com o afirmado por CARVALHO (2013), quando define a capacidade que o gerente - no caso o Coordenador-, deve ter no exercício do seu papel.

Os resultados da pesquisa apontam elementos fundamentais para a consolidação da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família em São Bernardo do Campo.

As Referências do Departamento de Atenção Básica e os Apoiadores demonstraram-se parceiros importantes no diálogo com as equipes e na criação de estratégias dentro dos serviços por meio de encontros, atividades de sensibilização e ações na comunidade para esclarecimento do papel da equipe e seus profissionais.

As reuniões técnicas, gerais e de equipe demonstraram-se importantes para a discussão de casos, situações complexas e relação com a comunidade. Isto evidencia a UBS como um lugar produtor de mudanças, como também de reprodução do que ocorre nos espaços centrais.

A partir dos espaços de Gestão e Encontros de Educação Permanente, o coordenador traduz na micropolítica a Política Municipal de Saúde, aproximando o que é demandado da esfera central da gestão municipal da saúde com a realidade cotidiana, por meio de relações mais horizontais e solidárias.

A organização das equipes e as mudanças no processo de trabalho demonstraram-se como um entrave para a mudança do modelo de atenção.

As Reuniões de Equipe podem favorecer a adesão crítica ao projeto institucional pelos profissionais, inclusive quando se trata da discussão de casos complexos, protocolos e conhecimento sobre a rede e a interação com ela.

O Curso de Gestão de Serviços e os Encontros de Educação Permanente proveram os Coordenadores de ferramentas para melhoria da sua comunicação, base de argumentação crítica e promoção de interação entre os trabalhadores da saúde.

Essas estratégias produziram condições para a produção do trabalho em equipe e para a articulação das inúmeras ações relativas às atribuições dos coordenadores.

A UBS não é a única porta de entrada, mas a partir dela e com ela, os demais serviços e equipes conseguem realizar ações de cuidado integral ao usuário ou, a partir dos serviços especializados, qualificar as equipes de Saúde da Família e a saída do cidadão do ambiente hospitalar.

Quanto maior o espaço de sua ação, mais ele produz sentido à sua atribuição (SANTOS e RIGOTTO, 2001). Isto não desqualifica os demais espaços, mas reforça a proposta da importância de fomentar e promover espaços de discussão mais próximos aos serviços, equipes e comunidade.

Ocorre quando o Coordenador se torna o fiador da equipe ou mediador de conflitos com a própria comunidade, diante de sua responsabilidade sobre o território e as pessoas que nele vivem, fortalecendo, também, o controle social e participação popular (NETO et.al, 2012).

Percebe-se que assumir a gestão compartilhada como estratégia tem uma implicação importante, pois fortalece o diálogo e mediação de conflitos (PESSOA et. al, 2001), a criação de novas relações e a construção de modelos de atenção em saúde comprometidos, responsáveis e implicados com a defesa da vida individual e coletiva (MERHY et.al. 2004)

Um outro aspecto é referente a “captar” e descrever a percepção dos Coordenadores de UBS nos espaços de gestão e estratégias de educação permanente. VERMELHO e FIGUEIREDO (2017) descrevem a importância da reflexão crítica sobre o próprio processo de trabalho, colocando-o na centralidade dos processos educacionais.

Semelhantemente, os resultados reiteram a centralidade da Gestão e das Práticas de Educação Permanente no usuário. Isto teve consequências, inclusive, na relação com a população e equipe nos espaços mais próximos ao território e à prática cotidiana (Reuniões de Equipe, Conselho Gestor e EP do Território), constituindo encontros entre gestores, entre gestores e trabalhadores e entre gestores-trabalhadores-usuários como momentos de aprendizagem em contraponto à lógica de uma gestão vertical e com foco somente na produção quantitativa (VERMELHO e FIGUEIREDO, 2017).

Os resultados do questionário evidenciam que o Coordenador de UBS consegue apreender dos diversos espaços de gestão, estratégias e encontros elementos importantes para o seu cotidiano de trabalho, pois articulam o conteúdo debatido com a sua prática junto aos profissionais, equipes e comunidade.

Esses encontros promovidos pela gestão, no ambiente de trabalho, a partir das práticas e problemas cotidianos dialogam com a Política Nacional de Educação Permanente. O uso da discussão de caso e a problematização do cotidiano dos serviços, que considere os arranjos organizativos e afetos produzidos nesses

encontros foram elementos fundamentais para a aprendizagem entre os profissionais, como afirmado por OLIVEIRA e CAMPOS (2017), no que tange as atribuições dos coordenadores sobre *Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde e Discussão e Apoio a casos ou situações complexas*.

ARANTES *et. al.* (2016), apontam que a formação profissional em saúde ainda foca na doença. Em contraponto, as iniciativas de formação e principalmente de EP no município descrevem um processo com foco na abordagem subjetiva, ações preventivas e sociais na relação entre as equipes e a comunidade, e métodos que permitam a avaliação dos reais impactos dos serviços de saúde sobre a população e a vida das pessoas na comunidade (SANTOS e RIGOTTO, 2011).

O monitoramento e o matriciamento qualificaram o cuidado aos pacientes hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças e pacientes com sofrimento psíquico. Os encontros de EP contribuíram para a implantação do acesso a partir do Acolhimento implantado nos serviços. A redução da mortalidade materno-infantil e o cuidado compartilhado entre CAPS e UBS demonstram a importância dessas estratégias de gestão e cuidado à população.

Os coordenadores descrevem essas mudanças como fatores importantes na em suas trajetórias profissionais e tendo nos Espaço de Gestão e Educação Permanente a possibilidade de aprendizagem e apoio para a realização das suas atribuições e contribuição para esses resultados. A respeito disto, um outro exemplo importante foi a viabilização do fechamento dos leitos em hospital psiquiátrico a partir da implantação e qualificação dos CAPS no município, com a retaguarda das UPA para os casos de uso abusivo de álcool e outras drogas e elaboração e Projeto Terapêutico Singular aos casos complexos entre os diversos serviços da rede.

A qualificação da regulação do acesso e do cuidado pelo Complexo Regulador em conjunto com as UBS, por meio dos encontros de EP e matriciamento entre Atenção Especializada e Atenção Básica também contribuiu pela maior e melhor responsabilização dos casos pelas equipes das UBS, mas também melhorou o acesso aos pacientes com maior necessidade. (anexo 6). Isto contribuiu para a realização da atribuição *Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde*.

Outro arranjo importante durante os anos de 2015 e 2016 foi a implantação de grupos de dor crônica nas UBS, o que ampliou o acesso e qualificou o cuidado a esses pacientes no território.

Esses processos propiciaram a criação de espaços coletivos de reflexão e a avaliação dos atos produzidos, tendo assim aprendizagem significativa, com forte dimensão pedagógica ao buscar transformações da prática, colocando o trabalhador e usuário como protagonistas na construção de inovações aos problemas (GUEDES, PITOMBO e BARROS de BARROS, 2009). Qualificando o exercício de atribuições como *Discussão e Apoio a casos ou situações complexas*.

O debate sobre a problematização e reflexão do trabalho promovido por OLIVEIRA e CAMPOS (2017) permite estabelecer relação entre a avaliação realizada pelos Coordenadores de UBS em São Bernardo do Campo, as contribuições dos espaços de gestão e EP para a mudança do Modelo de Atenção em Saúde, com foco na implantação e funcionamento da Estratégia de Saúde da Família.

Os resultados demonstram o reconhecimento dos cursos e outros arranjos como tendo possibilitado o diálogo e a reflexão sobre os problemas ocorridos nas práticas em saúde, por combinarem discussões de casos e alinhamentos técnicos e por ofertas teóricas apresentadas aos coordenadores e profissionais de saúde.

O estudo demonstra a importância das mudanças realizadas concomitantemente. Essas mudanças foram políticas, estruturais e processuais, que propiciaram condições para o exercício das atribuições do Coordenador de UBS. A reflexão sobre as práticas das equipes foi incorporada no funcionamento dos serviços de saúde e possibilitou o aumento da capacidade de análise e gestão das situações de saúde. Tais achados também são afirmados por OLIVEIRA e CAMPOS (2016).

Entretanto, ainda não ficam evidentes os motivos que dificultaram para alguns o exercício de atribuições, principalmente no *Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular, a Discussão e apoio em casos e situações complexas e Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde*.

O questionário demonstra avaliação negativa por alguns em relação à contribuição dos Colegiados e Encontros de Educação Permanente para atribuições como *Gestão de Pessoas, Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular e Planejamento de Ações Intersetoriais*. As entrevistas demonstram que talvez essas dificuldades estejam na relação entre gerente e equipe, e equipe e população. Alguns Coordenadores de UBS apresentaram

propostas de aproximação e outros diálogos com a comunidade para além do Conselho Gestor, como a realização de ações na comunidade, a realização de reuniões do Conselho Gestor Local fora da unidade e a participação de integrantes das equipes nas atividades.

Do ponto de vista pedagógico, os resultados evidenciam a aquisição de habilidades na gestão de conflitos, discussão de articulação de casos complexos e articulação da rede. Os Encontros de EP no Território como, o EP com o Consultor externo e o Colegiado Pleno surgem como espaços de conversa, cooperação e produção de acordos. As tensões existentes entre serviços da rede (UPA e UBS, UBS e CAPS, Hospital e UBS) encontraram nas EP de Território espaço de mediação e negociação entre as partes.

Pode-se, enfim, compreender o percurso das transformações no cotidiano de trabalho, das mudanças da organização e relação entre os diferentes serviços e suas complexidades e das alterações das práticas profissionais em seu processo de trabalho rumo para a mudança do modelo de atenção, a partir do que TEIXEIRA (2006) define como a necessidade de sinergia entre as dimensões: a) gerencial, b) organizativa e c) técnico-assistencial.

A autora as define sendo: a) gerencial: aquela relacionada aos arranjos para a condução do processo de trabalho que realizam as ações em saúde; b) organizativa: como os arranjos e articulações entre os serviços de diferentes complexidades; e c) técnico-assistencial: como as práticas dos profissionais e sua relação com seu objeto de trabalho mediadas por tecnologias que operam o processo de trabalho na realização de ações de promoção de saúde, prevenção de riscos e agravos, recuperação e reabilitação.

O quadro 12 sintetiza a relação entre as atribuições dos Coordenadores de UBS a partir das dimensões: gerencial, organizativa e técnico-assistencial.

Quadro 12: quadro sinóptico das atribuições a partir das dimensões considerando avanços e desafios: gerencial, organizativa, técnico-assistencial, São Bernardo do Campo, 2009-2016.

Atribuições Dimensões	Planejamento	Informação	Equipe	Comunidade
Gerencial – avanços	Reformas e ampliações das UBS, realização de Cursos de Especialização, PMAQ, troca de experiências nos colegiados e encontros de SP.	Utilização e aplicação de instrumentos de avaliação e monitoramento de indicadores. Avaliação e monitoramento, fazer compartilhado com outros serviços	Participação dos departamentos, Referências da Atenção Básica e Apoiadores em Saúde no cotidiano do Coordenador. Reuniões técnicas, reunião geral e de equipe.	Organização do Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Gestores Locais (UBS e demais serviços de saúde).
Gerencial Desafios	Ser ouvido no Colegiado Pleno	Disputa nos espaços de EP entre serviços de diferentes complexidades.	Ausência de representantes da gestão nos Encontros de Educação Permanente no Território e percepção de sobrecarga pelos Coordenadores.	Relação entre oferta dos serviços e a percepção da população como insuficiente
Organizativa / Avanços	Encontros de Educação Permanente, Curso de Especialização, contribuições das Referências da Atenção Básica e Apoiadores em Saúde.	Colegiado, EP, Referência, Apoio, Cursos de Especializações e utilização dos espaços coletivos da unidade para prática de avaliação e monitoramento.	Fazer junto, Referência da AB e Apoiadores em Saúde Reuniões técnicas, troca de experiências	Fazer junto na comunidade, Referência da AB e Apoio, atividades intersetoriais Atividades profissionais na comunidade Conselho gestor descentralizado
Organizativa / desafios	Urgência, sobrecarga de tarefas, equilíbrio entre as ações simultâneas, ausências nos espaços da UBS devido às convocações.	Comunicação, conflitos AB e AE, AB e UPA e AB e Saúde Mental.	Ausência, duplo comando, rotatividade do trabalho médico	
Técnico-assistenciais / avanços	Fazer junto Referência, Apoio, reuniões gerais, equipe e técnica	Utilização de indicadores, PMAQ, planilhas para o monitoramento da saúde da população usuária da UPA, pacientes egressos dos hospitais ou populações específicas como: gestantes e crianças menores de dois anos.	Matriciamento, acolhimento, fazer compartilhado.	Participação da equipe em ações de saúde na comunidade e utilização de recursos do território para práticas em saúde.
Técnico-assistencial / desafios	Organizar a agenda dos profissionais e equipe para discussão de casos, matriciamento entre profissionais da mesma unidade e de serviços diferentes e debater a estratégia de saúde da família.	Conflitos entre profissionais e equipes de diferentes serviços devido. Principalmente do CAPS e UPA.	Rotatividade profissional médico, heterogeneidade das práticas profissionais diferente do modelo proposto	Oferta da equipe de saúde e relação com a demanda de saúde da população. Diversidade de compreensões e conflitos em relação ao modelo proposto (Saúde da Família).

O conjunto de mudanças ocorridas no período 2009 a 2016 apontam transformações sistêmicas (investimento com ampliação, reformas e estruturação da rede de saúde), o que para TEIXEIRA (2006) são condições necessárias para mudanças no nível local, nas dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais, que permitiram mudanças nas práticas no atendimento às necessidades de saúde da população, mas também encontrou desafios relativos a sustentabilidade dos espaços e estratégias: Colegiados de Gestão, Encontros de Educação Permanente e, principalmente, em relação às mudanças das práticas profissionais das Equipes de Saúde da Família na relação entre seus pares e com a comunidade.

A discussão dos processos de trabalho, seja nos espaços de gestão, nos cursos ou nos encontros de EP, mantinha a direção da mudança de modelo de atenção à saúde.

Os Colegiados de Gestão e Encontros de EP foram fundamentais para o cumprimento das atribuições. Os Coordenadores encontraram nessas oportunidades espaço para apreenderem as demandas da Política Municipal, compartilharem experiências e mediar conflitos, o que posteriormente permitiu a partir das Reuniões Gerais, Técnicas e de Equipe encontrar condições de trabalhar seu conteúdo com os profissionais de saúde.

A participação dos Apoiadores e Referências da Atenção básica foi fundamental para o fazer compartilhado entre os profissionais da equipe multiprofissional de forma integrada com os demais serviços da rede de saúde.

Fica manifesto o esforço do Coordenador de UBS na interlocução entre o nível central da gestão da Secretaria Municipal de Saúde e a tradução da Política de Saúde no encontro com trabalhadores e usuários, recriando a partir das condições dadas, o conceito de saúde a partir de um projeto de aprendizagem de vida (SABROZA e LEAL, apud in HARTZ, 1997).

Também fica manifesto o papel protagonista do Coordenador de UBS e o quanto conseguiu, a partir de diversas iniciativas, criar soluções para seus problemas e atribuições (PENNA et al. 2004).

O estudo demonstrou que, em boa medida, o Coordenador de UBS compreendia e cumpria seu papel como mediador entre os espaços de gestão e a UBS. O encontro do nível central de gestão com os atores da Atenção Básica pautados nas necessidades destes contribuiu para a melhor percepção do

Coordenador sobre o seu protagonismo no processo de trabalho da UBS e no processo de mudança do modelo de atenção.

Os espaços e estratégias de matriciamento entre serviços de diferentes complexidades e encontros de EP com os profissionais das equipes também foram facilitadores às atribuições dos Coordenadores. A partir delas os Coordenadores descreverem o quanto isto facilitou seu diálogo com a equipe sobre suas tarefas.

A realização de ações conjuntas entre equipes e conselheiros na comunidade contribuiu para que houvesse melhor integração e realização de ações na comunidade, em consonância com o preconizado pela Saúde da Família e a Política Nacional da Atenção Básica, aqui traduzida no Documento Norteador do município

As ações intersetoriais também foram facilitadas pelos espaços promovidos, nos Encontros de Educação Permanente nos Territórios de Saúde, mas principalmente pelo próprio coordenador, que a partir da relação, em particular, com as escolas desenvolveu ações com a comunidade.

A seguir serão descritas as mudanças ocorridas, o que não mudou e seus possíveis motivos, os limites da pesquisa e as aplicações a partir dela.

O estudo demonstrou limites principalmente na atribuição *Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular*. Os cursos, as trocas de experiências nos Colegiados e Encontros de EP possibilitaram que as iniciativas comunitárias respondessem à necessidade de fortalecimento da participação da comunidade e, inclusive a oportunidade de qualificação da relação entre equipe e população por meio de atividades “extramuros” da UBS.

Os Coordenadores identificaram a dificuldade relativa à mudança da UBS Tradicional, sem equipe de Saúde da Família, para UBS com Estratégia de Saúde da Família e o diálogo com os profissionais e com a população, e a presença e o apoio deles foram importantes.

Os Encontros de EP tiveram como desafio a participação dos demais departamentos e serviços e os conflitos existentes quando estavam presentes. No entanto, os coordenadores descrevem este espaço como um local de mediação, diferente do Colegiado, onde as demandas da Política de Saúde eram apresentadas e alguns se sentiam sem possibilidade de se posicionarem sobre o que era apresentado.

As convocações e a percepção de trocar o “pneu do carro andando” e “equilibrar os pratos” diante de tantas iniciativas foi um desafio presente.

A existência de profissionais tecnicamente habilitados e reconhecidos pelo nível central da gestão municipal da saúde para mediação de espaços e práticas em consonância com a proposta da Estratégia da Saúde da Família foi fundamental para a mudança de práticas nas UBS, como o Acolhimento, a formulação de Projeto Terapêutico Singular e o cuidado compartilhado com CAPS, UPA e Hospitais.

A manutenção de espaços de troca de experiências técnico-políticas, a proximidade e participação coletiva e solidária de integrantes da gestão, estratégias de apoio institucional, o matriciamento e a participação dos profissionais de saúde e comunidade demonstram a efetividade dessas estratégias.

As iniciativas realizadas pelos Encontros de EP e Colegiados permitiram ao Coordenador de UBS experimentar com sua equipe novos arranjos. Para isto reiteram a importância, mesmo que ambivalente, da presença do Apoiador e Referência da Atenção Básica. Os Coordenadores se sentiram fortalecidos na execução do seu papel.

A partir da proposta do Modelo Sanitarista, aqui apresentada por meio da Estratégia de Saúde da Família, em que o Coordenador de UBS é um dos protagonistas, as iniciativas que apontam para a mudança do processo de trabalho, como a responsabilização pelo território, o trabalho em equipe multiprofissional e compartilhado com demais serviços apresentaram qualificação do acesso e da atenção em saúde local.

Essas iniciativas produziram mudanças na forma de atuar nas suas equipes, sendo mais horizontais.

Outro desafio foi o respeito à realidade de cada serviço e ao mesmo tempo o ato de conciliar com os projetos de governo. Entretanto, a imprevisibilidade na rotina, a disputa de projetos e interesses políticos em alguns territórios foram apresentados como elementos que dificultam o trabalho do coordenador.

Já as convocações e excesso de ações simultâneas foram elementos que dificultaram o processo de trabalho do Coordenador de UBS.

Durante as entrevistas, os coordenadores descreveram algumas dificuldades para o cumprimento de suas atribuições a partir dos Encontros de Educação Permanente. Eles referiram a dificuldade em mediar com nível central da gestão da Secretaria Municipal de Saúde algumas ações planejadas, como a implantação do Acolhimento ou com a comunidade a realização de ações de cuidado realizadas por profissional não médico. Outros, como já relatado, também descrevem a importância

dos Encontros de Educação Permanente entre serviços, mas reiteram o esvaziamento por parte dos serviços especializados, o que dificultava a efetividade do espaço.

O acúmulo de atividades e, em alguns momentos, a concorrência de espaços e ações, são descritos como aspectos a serem cuidados. Em tempos de perda de direitos sociais já garantidos, do aumento pela procura de serviços públicos de saúde, e de subfinanciamento do SUS, o Coordenador de UBS - mais conhecido na literatura como 'Gerente' - pode ter papel fundamental para além de controlar o trabalho. Pode também criar condições para, em parceria com suas equipes, comunidade e serviços intersetoriais, sem perder de vista a dimensão do debate técnico, político e ético em defesa do SUS, qualificando o acesso com qualidade da população.

7. CONCLUSÕES

Os espaços de gestão e encontros de EP contribuíram positivamente para o exercício das atribuições dos Coordenadores de UBS;

Os encontros de EP contribuíram preponderantemente para as atribuições relativas à atenção em saúde.

Por outro lado o excesso de atividades impossibilitou a maior presença do coordenador para o exercício do seu papel na UBS.

A racionalização dos espaços de gestão e encontros de educação permanentes, no sentido de não haver sobreposição de pautas para as atribuições dos coordenadores de UBS, possibilitaria a maior permanência do coordenador na UBS com as equipes de saúde e população no desempenho de suas funções.

A continuidade e realização de outras ações para qualificação profissional em serviço podem ter contribuições importantes ao desenvolvimento do SUS. O uso de recursos como o Plano Regional e Municipal de Educação Permanente utilizando recursos metodológicos que propiciem a troca entre as equipes e profissionais, que valorizem seu saber e suas necessidades pode favorecer a mudança do processo de trabalho individual e coletivo.

Em tempos de Defesa do SUS, a Comunicação, a Formação, a Educação Permanente e a Gestão Compartilhada em Rede serão elementos de resiliência política e profissional.

A imagem que fica é a fala do Coordenador “equilibrista de pratos”, aqui traduzido por suas atribuições, pressões da equipe, população, gestão e sua missão institucional. Que possamos criar e manter possibilidades que permitam o bom equilíbrio e melhor cuidado à Rede de Saúde, aos Serviços, Equipes e Cidadãos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves M, Penna CMM, Brito MJM. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. Rev Bras Enferm [internet]. 2004 ago [acesso em 16 abril 2016];57(4):441-446. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000400011&lng=en

André AMA, Ciampone MHT. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. Rev Esc Enferm USP [internet]. 2007 [acesso em 23 agosto 2016];41(spe):835-840. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500017&lng=en.

Ayres JRJM. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. Ciênc Saúde Coletiva [internet]. 2015 mar [acesso em 23 outubro 2016];20(3):905-912. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000300905&lng=en.

Bazzo-Romagnolli AP, Gimenez-Carvalho B, Polo de Almeida-Nunes EF. Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. Rev Gerenc Polític Salud [internet]. 2014 [acesso em 21 janeiro 2018];13(27):168-180. Disponível em: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/viewFile/11965/9799>

Beltrami DGM, Camargo VM, organizadores. Práticas e saberes no hospital contemporâneo: o novo anormal. São Paulo: Hucitec; 2017.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

Brasil, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Série Pactos pela Saúde [CD 1]. Brasília (DF); 2006. 64p Série B, Textos Básicos de Saúde v. 9.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236

Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.

Braz TOB. Espaço e cuidado [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2015.

Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciênc Saúde Coletiva [internet]. 2007 [acesso em 23 agosto 2016];12(4):849-859. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en

Carnut L, Narvai PC. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. Saúde Soc. [internet]. 2016 [acesso em 23 agosto 2016];25(2):290-305. Acessível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200290&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016144614>.

Carvalho BG, Peduzzi M, Ayres JRCM. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Cad Saúde Pública [internet]. 2014 jul [acessado em 06 janeiro 2018];30(7):1453-1462. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000701453&lng=en

Carvalho BG, Peduzzi M, Nicoletto SCS, Polo de Almeida-Nunes EF, Pinafo E, Santini SML. Gerência de Unidade de Saúde na Atenção Básica: quem faz e como faz. In: Anais do 2. Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde [internet]; 1997; Belo Horizonte. Belo Horizonte: 2013 [acesso em 23 agosto 2016]. Disponível em <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais/026.pdf>

Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saúde Pública [internet]. 1997 [acesso em 23 agosto 2016];13(3):469-478. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=en

Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface Botucatu [internet]. 2011 [acesso em 23 agosto 2016];15(37):589-599. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=en

Cecilio LCO, Lacaz FAC. O Trabalho em Saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2012.

Chioro dos Reis, A. A., Bertussi DC, Fuentes ICP. A gestão do cuidado na rede de saúde em São Bernardo do Campo: enfrentando desafios e tecendo novos arranjos. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes; 2014. p.206-242.

Dantas TCC, Melo MLC. O trabalho do gerente em unidade básica de saúde: possibilidades de uma prática. Rev Bras Enferm [internet]. 2001 (Sep) [acesso em 23 agosto 2016]; 54(3):494-499. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672001000300012&lng=en

Fernandes LCL, Machado RZ, Anschau GO. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. Ciênc Saúde Coletiva [internet]. 2009 out [acessado em 16 abril 2017];14(1):1541-1552. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800028&lng=en

Feuerwerker LCM, organizadora. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.

Figueiredo PP, Cezar-Vaz MR, Soares JFS, Sena J, Cardoso LS. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. *Physis* [internet]. 2010 [acessado em 27 fevereiro 2017];20(1):235-259. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100013&lng=en

Giovanella L. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES; 2012.

Gonçalves RBM. Prática de Saúde: processos de trabalho e necessidades. *Cad CEFOR*. 1992,1:01-53.

Ibanhes LC. O Setor Informal Urbano e as Condições de Saúde de um Grupo de Vendedores Ambulantes [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP; 1999.

Junqueira LAP. Gerência dos serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* [internet]. 1990 [acesso em 23 agosto 2016];6(3): 247-259. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1990000300002&lng=en

Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos da Metodologia da Pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2003.

Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de Pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2006.

Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2010.

Oliveira MM, Campos GWS. Formação para o Apoio Matricial: percepção dos profissionais sobre processos de formação. *Physis* [internet]. 2017 jun [acessado em 06 janeiro 2018];27(2):187-206. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000200187&lng=en

Oliveira LA. Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2015.

Oliveira LS. Problematizando as práticas profissionais de uma Unidade de Saúde da Família: o encontro dos trabalhadores [dissertação]. Santos: Universidade Federal de São Paulo; 2017.

Painel de Indicadores do SUS: Temático Gestão do Trabalho em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR): Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa;2014;6(9).

Peduzzi M, Scheraiber LB. Processo de trabalho em Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Dicionário de Verbetes [internet]. (sd) [acessado em 21 janeiro 2018]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/verbetes.protrasau.html>

Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú ENT, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. Physis [internet]. 2011 [acesso em 23 agosto 2016];21(2):629-646. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200015&lng=en

Penna CMM, Alves M, Brito MJM, Abreu T, Soares CE. O trabalho do gerente no cotidiano das unidades básicas de saúde. Reme [internet]. 2004 [acesso em 21 janeiro 2018]. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/705>

Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública [internet]. 2004 abr [acessado em 27 fevereiro 2017];20(2):438-446. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=en

Rozemberg B, Minayo MCS. A experiência complexa e os olhares reducionistas. Ciênc Saúde Coletiva [internet]. 2001 [acesso em 23 agosto 2016];6(1):115-123. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100010&lng=en.

Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Trab Educ Saúde [internet]. 2010 [acesso em 16 outubro 2012];8(3):387-406. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003&lng=pt&nrm=iso.

São Bernardo do Campo. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. São Bernardo do Campo; 2010.

São Bernardo do Campo. Relatório Anual de Gestão 2010. São Bernardo do Campo; 2011.

São Bernardo do Campo. Cadernos de Saúde SBC-3: Territorialização – o conhecimento vivo das regiões de saúde do município. São Bernardo do Campo; 2013.

São Bernardo do Campo. Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado. Política Municipal de Atenção Básica de São Bernardo do Campo. Documento Norteador. São Bernardo do Campo; 2014a.

São Bernardo do Campo. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. São Bernardo do Campo; 2014b.

São Bernardo do Campo. Relatório Anual de Gestão 2015. São Bernardo do Campo; 2016.

Schraiber LB, Mota A. O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo. *Ciênc Saúde Coletiva* [internet]. 2015 [acesso em 23 agosto 2016]; 20(5):1467-1473. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000501467&lng=en

Shimizu HE, Carvalho Junior DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciênc Saúde coletiva* [internet]. 2012 [acessado em 27 fevereiro 2017]; 17(9):2405-2414. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900021&lng=en.

Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes; 2014.

Sulti Del Caro A, Lima RCD, Freitas PSS, Felsky CN, Galavote HS. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* [internet]. 2015 mar [acessado em 27 fevereiro 2017]; 39(104):172-182. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100172&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040238>

Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA; 2006 [internet]. Gestão do processo de implantação do programa de saúde da família no município de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 1998-2002; p.237. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/f7/08>>

Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva* [internet]. 2007 abr [acessado em 27 fevereiro 2017]; 12(2):443-453. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200021&lng=en

Ximenes Neto FRG, Sampaio JJC. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. *Rev. Bras. Enferm* [internet]. 2007 dez [acessado em 27 fevereiro 2017]; 60(6):687-695. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600013&lng=en

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Andrade, Rebecca Soares de, Caldas, Lílian Bezerra Silva do Nascimento, Falcão, Maria Leopoldina Padilha, & Góes, Paulo Sávio Angeiras de. (2016). Processo de Trabalho em Unidade de Saúde da Família e a Educação Permanente. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(2), 505-521. Epub April 15, 2016. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00108>

Araújo Carmem Emmanuely Leitão, Pontes Ricardo José Soares. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 Set [citado 2017 Fev 28] ; 17(9): 2357-2365. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900016&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900016>

Bazzo-Romagnolli, Ana Paula, Gimenez-Carvalho, Brígida, de Fátima, Elisabete, & de Almeida-Nunes, Polo. (2014). Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 168-180. <https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyaps13-27.gubs>

Bresser Pereira, Luiz Carlos. Estado, sociedade civil e legitimidade democrática. *Lua Nova* [online]. 1995, n.36 [cited 2017-08-17], pp.85-104. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451995000200006&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-6445. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451995000200006>.

Botti Maria Luciana, Scochi Maria José. O aprender organizacional: relato de experiência em uma Unidade Básica de Saúde. *Saude soc.* [Internet]. 2006 Apr [cited 2017 Feb 27] ; 15(1): 107-114. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000100011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000100011>.

Carmo D. Atenção Especializada no SUS: da máquina de produção de procedimentos a uma rede de produção de cuidados [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.

Dias Mônica Aguilar Estevam, Cunha Fátima Teresinha Scarparo, Amorim Wellington Mendonça de. Estratégias gerencias na implantação do Programa de Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2005 Oct [cited 2017 Feb 27] ; 58(5): 513-518. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000500003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000500003>.

Fernandes Léia Cristiane Löeblein, Machado Rebel Zambrano, Anschau Geovana Oliveira. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2009 Oct [cited 2017 Feb 27] ; 14(Suppl 1): 1541-1552. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800028&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800028>

Figueiredo Paula Pereira de, Cezar-Vaz Marta Regina, Soares Jorgana Fernanda de Souza, Sena Janaina, Cardoso Leticia Silveira. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. *Physis* [Internet]. 2010 [cited 2017 Feb 27] ; 20(1): 235-259. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100013>.

Fontana Karine Cardoso, Lacerda Josimari Telino de, Machado Patrícia Maria de Oliveira. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. *Saúde debate* [Internet]. 2016 Sep [cited 2017 Feb 28] ; 40(110): 64-80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300064&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611005>

Frutuoso Maria Fernanda Petrolí, Mendes Rosilda, Rosa Karina Rodrigues Matavelli, Silva Carlos Roberto de Castro e. Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades. *Saúde debate* [Internet]. 2015 June [cited 2017 Feb 27] ; 39(105): 337-349. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200337&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002003>.

Guedes Carla Ribeiro, Pitombo Luciana Bettini, Barros Maria Elizabeth Barros de. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. *Physis* [Internet]. 2009 [cited 2017 Feb 28] ; 19(4): 1087-1109. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000400010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000400010>.

Guimarães-Ximenes Neto, Francisco Rosemiro, & Coelho-Sampaio, José Jackson. (2012). Análise do processo de trabalho dos gerentes no território da Estratégia Saúde da Família. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(22), 76-91. Retrieved February 28, 2017, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272012000100007&lng=en&tlng=pt.

Junqueira, Túlio da Silva, Cotta, Rosângela Minardi Mitre, Gomes, Ricardo Corrêa, Silveira, Suely de Fátima Ramos, Siqueira-Batista, Rodrigo, Pinheiro, Tarcísio M. Magalhães, & Melo, Elza Machado de. (2009). Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(1), 122-133. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000100016>

Mattos, Paulo Todescan Lessa. A formação do estado regulador. *Novos estud. - CEBRAP* [online]. 2006, n.76 [cited 2017-08-17], pp.139-156. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002006000300007&lng=en&nrm=iso. ISSN 0101-3300. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002006000300007>.

Reis Marcos Aurélio Seixas dos, Fortuna Cinira Magali, Oliveira Cleide Terezinha, Durante Maria Cristina. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2007 Dec [cited 2017 Feb 28] ; 11(23): 655-666. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300022&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000300022>.

Ribeiro Edilza Maria, Pires Denise, Blank Vera Lúcia G.. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2004 Apr [cited 2017 Feb 27] ; 20(2): 438-446. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200011>

Sundfeld AC. Apoio como dispositivo: conexões, invenções e provocações à produção coletiva do cuidado e da gestão no município de São Bernardo do Campo [tese] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2016.

Shimizu Helena Eri, Carvalho Junior Daniel Alvão de. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 Sep [cited 2017 Feb 27] ; 17(9): 2405-2414. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900021>

Silva Ana Cláudia Barbosa da, Athayde Milton. O Programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação. *Rev. bras. saúde ocup.* [Internet]. 2008 June [cited 2017 Feb 27] ; 33(117): 23-35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572008000100004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572008000100004>.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Sulti Amanda Del Caro, Lima Rita de Cássia Duarte, Freitas Paula de Souza Silva, Felsky Camila Nogueira, Galavote Heletícia Scabelo. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2015 Mar [cited 2017 Feb 27]; 39(104): 172-182. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100172&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040238>.

Vanderlei Maria Iêda Gomes, Almeida Maria Cecília Puntel de. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2007 Apr [cited 2017 Feb 27] ; 12(2): 443-453. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200021>.

Vermelho Sônia Cristina, Figueiredo Gustavo. A percepção de secretários municipais de saúde sobre a gestão do trabalho e da educação na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saude soc.* [Internet]. 2017 June [cited 2018 Jan 06]; 26(2): 382-396. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200382&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017166359>.

Ximenes Neto Francisco Rosemiro Guimarães, Sampaio José Jackson Coelho. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2008 Feb [cited 2017 Feb 27]; 61(1): 36-45. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000100006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000100006>.

Ximenes Neto Francisco Rosemiro Guimarães, Sampaio José Jackson Coelho. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2007 Dec [cited 2017 Feb 27]; 60(6): 687-695. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000600013>.

ANEXOS

ANEXO 01

Questionário - Coordenadores de UBS

Este questionário é composto por questões relativas aos dados gerais, vínculo, formação e processo de trabalho. Seu preenchimento leva cerca de 30 minutos.

DADOS GERAIS DOS COORDENADORES

Formação acadêmica: _____

1. Idade

18 a 28 anos () 29 a 39 anos () 40 a 49 anos () 50 anos ou mais ()

2. Vínculo (assinale apenas 1 alternativa)

Estatutário () CLT () Cargo em Comissão ou Livre Provisão ()

3. Tempo de experiência na Secretaria de Saúde de São Bernardo (assinale 1 alternativa)

1 a 4 anos () 5 a 8 anos () 9 a 15 anos () 16 ou mais ()

4. Qual seu cargo na Gestão de UBS? (assinale apenas 1 alternativa)

Coordenador () Gerente () Responsável Administrativo () Responsável Técnico ()

5. Qual termo se aproxima mais com o que se identifica? (assinale apenas 1 alternativa)

Coordenador () Gerente () Responsável Administrativo () Responsável Técnico ()

6. Há quanto tempo (total) exerce a função de coordenador? (assinale 1 alternativa)

1 a 2 anos () 3 a 4 anos () 5 a 8 anos () 9 a 11 anos () 12 anos ou mais ()

7. Na mesma unidade? (assinale apenas 1 alternativa)

Não () Sim ().

8. Há quanto tempo exerce a coordenação na mesma unidade? (assinale 1 alternativa)

1 a 2 anos () 3 a 4 anos () 5 a 8 anos () 9 anos ou mais ()

FORMAÇÃO**9. Histórico de formação (assinale 1 ou mais alternativas)**

Você realizou os seguintes cursos

Especialização em Saúde Pública ou Saúde Coletiva	Sim ()	Não ()
Especialização em Saúde da Família	Sim ()	Não ()
Residência Multiprofissional/ Aprimoramento Profissional	Sim ()	Não ()
Formação específica para gestão de UBS	Sim ()	Não ()
Mestrado na área da Saúde Pública ou Coletiva	Sim ()	Não ()
Doutorado na área da Saúde Pública ou Coletiva	Sim ()	Não ()

10. Formações promovidas pela Secretaria de Saúde em parceria com universidades

Especialização em Gestão de Serviços de Saúde	Sim ()	Não ()
Especialização em Saúde da Família	Sim ()	Não ()
Especialização em Saúde Mental	Sim ()	Não ()
Formação em Gestão da Clínica – Sírio Libanês	Sim ()	Não ()

11. Na literatura sobre gestão de UBS encontramos distintas denominações: diretor, administrador, coordenador, gerente e responsável técnico/administrativo. Na sua opinião há diferença entre esses termos para a sua realidade de trabalho?

Sim () Não ()

12. Identifique o termo que reflete sua realidade de trabalho:

Gestor de UBS ()

Coordenador de UBS ()

Gerente de UBS ()

Diretor de UBS ()

Coordenador de UBS ()

Responsável Técnico/Administrativo ()

Outro: _____

13. Em que medida essas formações realizadas contribuíram ao exercício das suas atribuições em seu processo de trabalho. ASSINALE DE 1 A 10. SENDO 1 INSATISFATÓRIO E 10 PLENAMENTE SATISFATÓRIO:

	Avaliação
Gestão de pessoas	
Apoio na relação com a comunidade, Controle Social e participação popular	
Apoio em infraestrutura e equipamentos	
Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde	
Caráter informativo	
Discussão e apoio a casos ou situações complexas	
Avaliação e Monitoramento em Saúde	
Planejamento em saúde	
Formação própria	
Formação a equipe que coordena	
Planejamento das Ações Intersetoriais	

14. SOBRE OS ESPAÇOS DE GESTÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

A partir da Política Nacional da Atenção Básica e da a Política Municipal de Saúde avalie em que medida CADA espaço de gestão: Colegiado Pleno, Colegiado do Departamento e Reuniões da Unidade contribuem ao exercício das seguintes atribuições ASSINALE DE 1 A 10. SENDO 1 INSATISFATÓRIO E 10 PLENAMENTE SATISFATÓRIO:

	Colegiado Pleno	Colegiado ou Reuniões com Departamento de Atenção Básica	Reuniões Gerais da Unidade
Gestão de pessoas			
Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular			
Apoio em infraestrutura e equipamentos			
Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde			
Caráter informativo			
Discussão e apoio a casos ou situações complexas			
Avaliação e Monitoramento em Saúde			
Planejamento em saúde			
Formação própria			
Formação da equipe que coordena			
Planejamento das Ações Intersetoriais			

- 15. A partir da implantação da EP nos Territórios de Saúde, os Encontros de Educação Permanente do Departamento e Encontros de Educação Permanente -EP com Consultor externo, em que medida esses espaços e estratégias contribuem para efetivação das suas atribuições no processo de trabalho das UBS. ASSINALE DE 1 A 10. SENDO 1 INSATISFATÓRIO E 10 PLENAMENTE SATISFATÓRIO:**

	EP Território	EP do Departamento de Atenção Básica	EP com consultor externo
Gestão de pessoas			
Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular			
Apoio em infraestrutura e equipamentos			
Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde			
Caráter informativo			
Discussão e apoio a casos ou situações complexas			
Avaliação e Monitoramento em Saúde			
Planejamento em saúde			
Formação própria			
Formação a equipe que coordena			
Planejamento das Ações Intersetoriais			

- 16. Em que medida os espaços e estratégias utilizadas com sua equipe contribuem para o cumprimento de suas atribuições no processo de trabalho da UBS. Atribua de 1 a 10 o valor correspondente a cada atribuição. ASSINALE DE 1 A 10. SENDO 1 INSATISFATÓRIO E 10 PLENAMENTE SATISFATÓRIO:**

	Reunião de Equipe	Reunião Técnica	Reunião Geral da UBS	Reunião com Conselho Gestor e ou Comunidade
Gestão de pessoas				
Apoio na relação com a comunidade, controle social e participação popular				
Apoio em infraestrutura e equipamentos				
Conhecimento sobre protocolos e pactuações acerca da rede de saúde				
Caráter informativo				
Discussão e apoio a casos ou situações complexas				
Avaliação e Monitoramento em Saúde				
Planejamento em saúde				
Formação própria				
Formação a equipe que coordena				
Planejamento das Ações Intersetoriais				

ANEXO 2

Roteiro para entrevista com Coordenadores de UBS:

Contextualização da pesquisa e apresentação do tema e objetivo.

Prezado Coordenador. Esta entrevista terá duração de 40 a 60 minutos e as questões visam aprofundar aspectos do questionário respondido por V. as. Em dezembro de 2016 sobre as atribuições e atividades previstas ao Coordenador de UBS.

Lembro que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe garante o sigilo e que pode não responder e ou parar de responder a qualquer momento.

As perguntas são relativas ao seu percurso formativo e profissional, sobre os espaços de gestão bem como os desafios encontrados diante dos problemas enfrentados e iniciativas surgidas em seu cotidiano de trabalho na UBS.

Sobre Formação:

1. Como seu percurso formativo-profissional contribuiu ao cumprimento das atribuições da coordenação da UBS? Mencione 3 aspectos.

Administrativas ou técnicas: planejamento; informação; gestão de pessoas; equipe de saúde; protocolos e ações da rede e participação e controle social. Citar 3.

2. Entre 2009 e 2016 o que mais contribuiu em sua formação profissional? Por que?
(Das formações promovidas o que fez falta para o exercício de suas atribuições?)

Iniciativas próprias e da Gestão Municipal: conteúdo, disciplinas ou temas.

Sobre os Espaços de Gestão

3. Como os Colegiados da Secretaria - Pleno e Departamento da Atenção Básica - contribuíram para o cumprimento da missão e processo de trabalho nas UBS?

Alinhamento técnico-político; pactuação; planejamento conjunto; informações; gestão da equipe de saúde; protocolos e ações da rede e participação. Citar 3.

4. Houve outras estratégias utilizadas para o exercício da gestão junto com os coordenadores para efetivação de suas atribuições?

Citar 3 exemplos / iniciativas de contribuição e 3 dificuldades encontradas no cotidiano para executar as ações a partir desses espaços.

(Quais foram as dificuldades relativas a gestão de pessoas e apoio na relação com a comunidade?)

5. Como realizava o trabalho com as equipes e comunidade a partir desses espaços? Fale um pouco como organizava esses espaços.

Identifique COM QUEM realizava interlocução e diálogo; a) planejamento; b) monitoramento; c) avaliação; d) discussão de situações e ou casos complexos.

6. O que dificultava a realização? (Quais foram as dificuldades relativas a conhecimento sobre a rede e planejamento em saúde?)

Sobre a Educação Permanente (EPs Encontro de Território)

7. Como as EPs de Territórios contribuíram para o cotidiano do seu trabalho? Como eram realizadas?

Sobre os Espaços de Gestão na UBS e na Comunidade

a – planejamento, discussão de problemas de saúde e ações em equipe;
b- discussão de situações ou casos complexos;
c- integralidade; articulação em rede; linha de cuidado;
d – relação com a comunidade (quais dificuldades para realização de ações?)

MENCIONE 3 AVANÇOS E 3 DESAFIOS

Sobre os desafios e dificuldades imprevistas no cotidiano

8. No cotidiano da gestão ocorrem situações com demandas ou respostas que muitas vezes exigem ações para além dos esforços formais. Essas situações geram tensões e são vistas como atravessamentos.

a – quais os principais atravessamentos que ocorriam no cotidiano?
b – quais espaços ou estratégias mais ou melhor contribuíram para responder a essas situações ou atravessamentos? Por que?
CITE 3 SITUAÇÕES MAIS RECORRENTES

Sobre demais espaços e estratégias que criadas:

9. Além dos aspectos aqui apontados houve outros espaços ou estratégias não formas criadas na gestão da UBS?

a – com quem e como desenvolveu os espaços de encontro com a gestão, coordenadores e gerentes de outros serviços, da sua equipe e comunidade
b - em quais momentos ou situações?
c- quais temas conseguiu desenvolver?

Há
outr
os

Há algum aspecto que deseja destacar em suas considerações finais?

Agradecimentos

Anexo 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Fábio Souza dos Santos, sou aluno do curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde. Solicito sua participação voluntária no estudo que tem como objetivo conhecer o processo de trabalho do Coordenador de UBS em São Bernardo do Campo, desenvolvido por profissionais da rede de saúde durante os anos de 2009 a 2016

A senhora ou senhor terá a liberdade de solicitar, em qualquer momento esclarecimentos, quantas vezes forem necessárias e terá a garantia da liberdade de retirar seu consentimento (autorização) em qualquer momento do estudo. As informações serão adquiridas por meio de entrevistas e questionários, com duração de cerca de 60 (sessenta) minutos e serão gravadas, com gravador de voz, e o seu conteúdo armazenado em forma digital em computador pessoal deste pesquisador, salvo sob senha. As informações adquiridas serão posteriormente transcritas e analisadas em conjunto com orientador deste estudo, não sendo divulgada a identidade de nenhum participante, em nenhum momento, sendo mínimos os riscos desta pesquisa. Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para principais resultados esperados da pesquisa/benefícios imediatos ou não.

Informo, ainda, que não haverá despesas de qualquer participante, em qualquer fase do estudo. Inclusive não havendo compensação financeira relacionada à sua participação. Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa. A qualquer momento, a senhora ou senhor poderá solicitar informações em relação ao andamento deste estudo. Como também ter acesso a profissionais responsáveis por ele e ter esclarecimento sobre suas dúvidas. Os responsáveis são Fábio Souza dos Santos, celular (vivo) (011) 994722218 e Prof. Dr. Lauro Cesar Ibanhes (Orientador) - (011) 3116-8543. Além disto, qualquer dúvida referente aos aspectos éticos do estudo poderá ser esclarecida junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do instituto de Saúde no telefone (11) 3116-8597 ou pelo email cepis@isaude.sp.gov.br.

 Declaro que fui suficientemente esclarecido (a) a respeito do estudo: “ A Gestão da Saúde em São Bernardo do Campo: um estudo sobre o processo de trabalho dos Coordenadores de UBS.”

Ficam nítidos para mim quais os objetivos deste estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanente. Ficou nítida também que minha participação é isenta de despesas e que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes e durante o estudo, sem penalidades ou prejuízos de qualquer benefício que possa ter na Instituição. Declaro, também, que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação neste estudo e autorizo a publicação dos dados que forem coletados em revistas científicas, cursos ou congressos.

Este termo será assinado em duas vias, pelo senhor (a) e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

São Bernardo do Campo, ____ de _____ de 2016

Nome: _____ Assinatura: _____

Pesquisador Responsável: Fábio Souza dos Santos. Assinatura do Pesquisador RG: N°25640855-5 / E-mail: fabiosouzasantos@gmail.com

ANEXO 4

Departamento de Atenção Básica da SMS de São Bernardo do Campo

EP de gerentes

1. Data: 27.08.2015

2. Local: Faculdade de Direito de São Bernardo do Campo

3. Participantes:

4. Dinâmica do encontro. O ponto central do encontro foi a apresentação por membros da equipe da UBS “ Y” da proposta de acolhimento como tem sido trabalhada pela UBS. Estiveram presentes, além da gerente (“Estela”), dois agentes comunitários, um médico cubano, uma recepcionista, um enfermeiro e uma farmacêutica. A equipe dividiu a tarefa da apresentação, caracterizando, inicialmente, a localização geográfica muito particular da UBS, em região bem isolada do município, cujo acesso se dá por balsa. A área de cobertura da UBS, além do mais, é muito extensa, abrangendo uma população com características de “específicas”. Tendo em vista a grande demanda e a ausência de outros serviços de saúde na área, a equipe foi testando e aperfeiçoando dispositivos de acolhimento capazes de trabalhar de modo mais racional, acolhedor e resolutivo as pessoas que procuram a UBS. O principal dele é o que a equipe denomina de “caderno de escuta”, acoplado a um “caderno de ofertas”. O caderno de escuta é um modo de se escutar e fazer o registro das demandas trazidas pelos usuários, por cada equipe, de modo a se fazer um melhor reconhecimento das demandas que, analisadas são articuladas a um caderno de ofertas outras que não apenas as consultas médicas. As atividades em grupos por obedecendo as linhas de cuidado principais são a principal oferta. Resultados: foi possível conseguir um melhor ordenamento da demanda que antes “batia” direto na recepção, escutando as pessoas, não deixando ninguém sem algum tipo de resposta. Um dos resultados desse modo de funcionamento, que envolveu todos os membros das equipes da UBS foi a acentuada redução do tempo de espera para consulta médica, sendo que a equipe informa que já está sendo possível marcar consultas nos próprio mês, com exceção de consulta para o psiquiatra que faz o matriciamento, que está demorando no máximo dois meses.

5. Discussão.

a. Os resultados apresentados pela equipe de fato são muito positivos. A equipe esteve muito unida e participativa. Havia a novidade do médico (cubano) estar presente e vimos como isso faz diferença na dinâmica da equipe.

b. Pudemos ver como o “caderno de queixas” é mais que um caderno: é uma tecnologia de gestão, um modo de funcionamento que exige muita articulação da equipe. E, principalmente, muita ação gerencial. Questionada sobre como conseguiu tal adesão à proposta, a gerente reconheceu que fez uma espécie de “seleção” dos trabalhadores que se mostravam mais adequado ao trabalho, tendo havido a saída de várias pessoas que ela não julgava adequadas. Como disse a gerente, foi necessário “separar o joio do trigo”. Então há uma ação gerencial de presença e cobrança, de enfrentamentos, mas também de busca de alianças internas.

c. Uma questão que se colocou foi: é uma experiência reproduzível em outras UBS? Qual foi seu “segredo”? De um modo geral achei os gerentes muito silenciosos diante do que foi exposto. Não houve praticamente perguntas para a equipe, e isso me chamou a atenção. Não pude explorar melhor tal percepção que tive, e desejo voltar ao tema no próximo encontro. Fiz duas questões após a retirada da equipe: a) Que problemas nossos a experiência do Santa Cruz parece equacionar?; b) É uma experiência reproduzível ou só faz sentido em situação de extremo isolamento como no Santa Cruz?

d. Mesmo essas questões parecem ter mobilizado pouco os presentes, e houve poucas manifestações. Uma gerente afirmou que o caderno não se aplicaria em uma unidade de muito movimento. Outros afirmaram já haver trabalho semelhante nas suas UBSs. Com a fala do “Gustavo”, voltou a discussão que ainda parece deixar dúvidas para muitos: acolhimento geral ou por equipes? Acho que precisamos voltar a isso. O que vimos foi o quanto todos esses arranjos de acolhimento nunca são definitivos, estão sendo sempre testados e reformulados. E precisamos falar muito sobre isso nos nossos encontros.

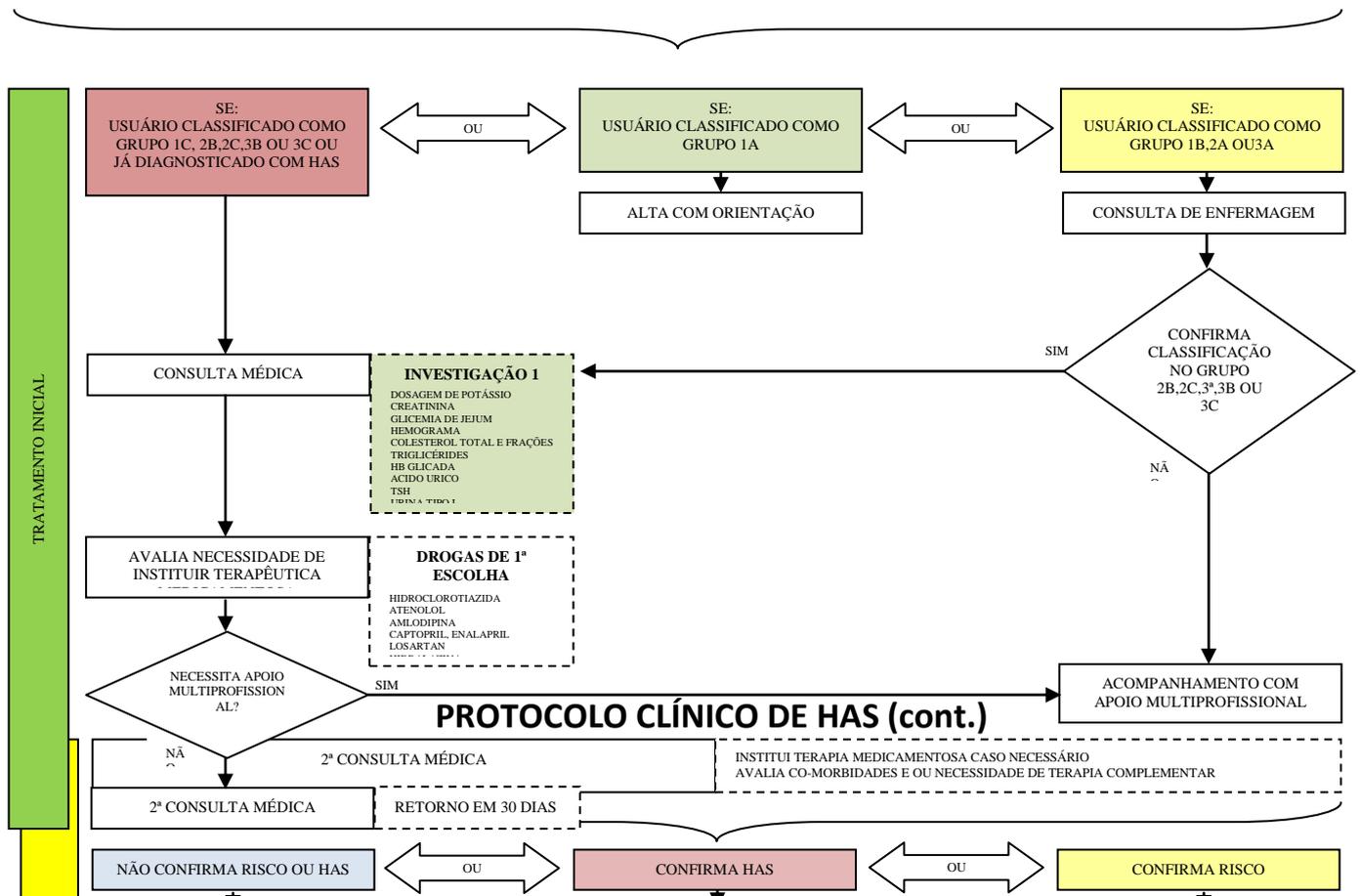
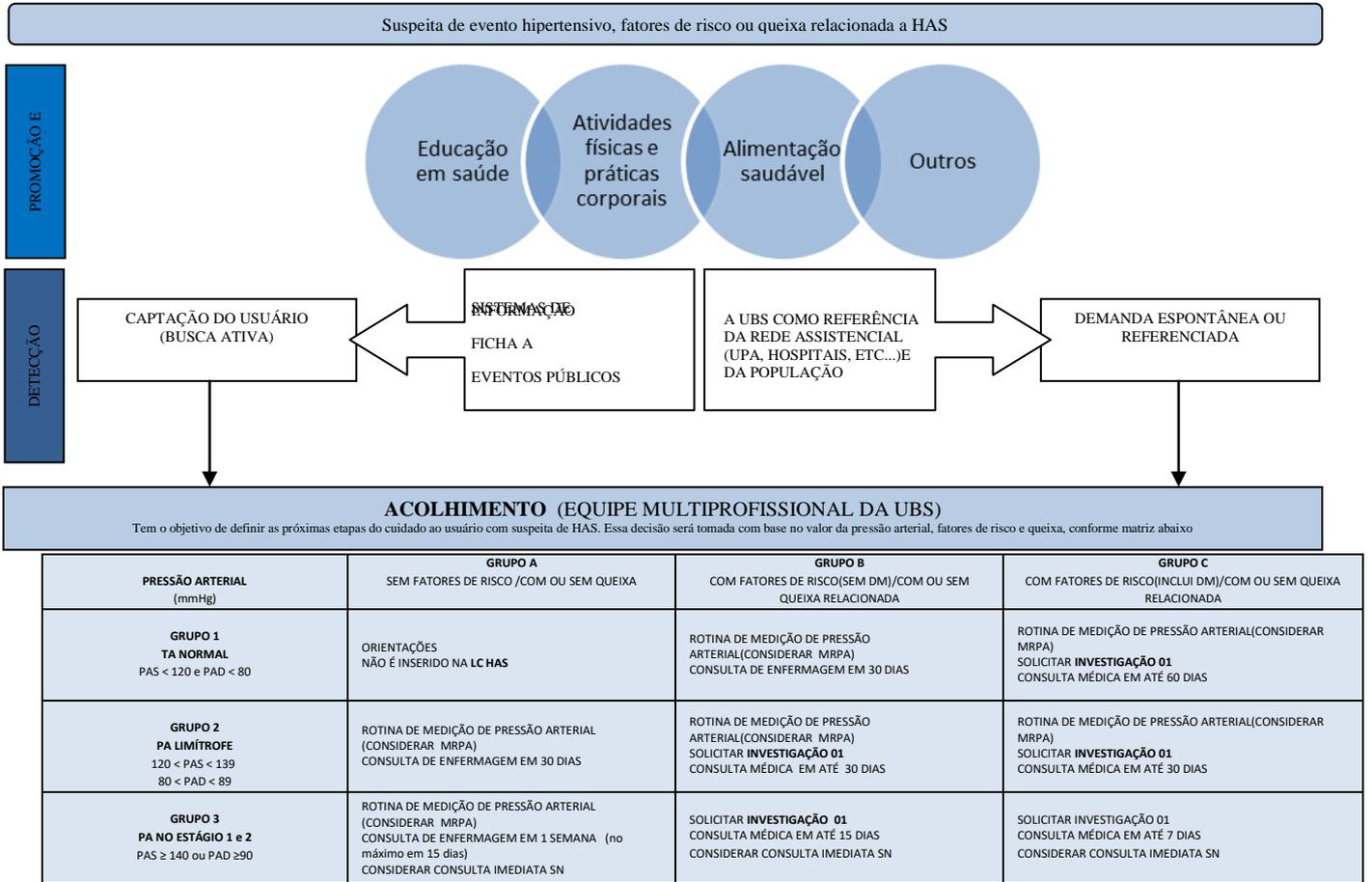
e. Por fim, por conta de um comentário que fiz “a orquestra da “Estela” está muita afinada”, abrimos uma discussão sobre estilos gerenciais, afinal, os gerentes poderiam ser vistos como maestros de orquestras, que são suas equipes. Daí que veio a velha questão da “gestão das pessoas” (que eu prefiro dizer “gestão com as pessoas”). Comentamos como os gerentes têm estilos diferentes de atuar. E a pergunta: o gerente pode aperfeiçoar seu modo de atuar? Ele pode aprender? Ele pode experimentar outros modos de fazer a gestão?

f. Meu convite de que alguém trouxesse “pequenos experimentos” inspirados nos encontros da EP não encontrou ressonância, com alguns justificando que “tudo é muito recente”, “as mudanças são muito incipientes”, “não tenho resultados para apresentar”. Mesmo assim, tivemos rápidos informes de pelo menos dois gerentes que contaram que andam experimentando pequenas mudanças “inspiradas” no nosso encontro. O espírito da coisa é esse mesmo, e ficamos de dedicar algum tempinho em todos os encontros para essas conversas do tipo “recordar a matéria”, como brinquei.

Encaminhamentos: no próximo encontro três gerentes vão trazer suas narrativas pessoais com o título “minha vida de gerente”, com o propósito de relatar seu modo de articulação com a equipe, como faz sua coordenação, como é seu dia a dia, suas agruras, mas também suas satisfações, enfim, um texto livre, mas que consiga compartilhar com os colegas esse “ser gerente” ou, esse “agir gerente”. Temos muito que falar sobre isso

ANEXO 5

PROTOCOLO CLÍNICO DE HAS



ANEXO 6

Classificação de Risco Ginecológico UBS

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Cartão SUS: _____ UBS de origem: _____

Queixa principal e duração:

<p>Sinais Vitais</p> <p>PA: _____ mmHg FC: _____ bpm FR: _____ irpm Temp. axilar: _____ ° C</p>	<p>DUM: ____/____/____ Atraso Menstrual?: () Sim () Não</p> <p>MAC : () ACO () Injetável () DIU () Preservativo () Nenhum Uso regular () Sim () Não (Se não, oferecer planejamento reprodutivo)</p>	<p>Último papanicolaou em _____ Último exame de mama em _____ () Se maior que 1 ano aguardar consulta de enfermagem</p>
---	--	--

<p>VERMELHO</p> <p>() Dor abdominal intensa ≥ 8/aguda com sangramento vaginal () Dor abdominal intensa/aguda com alteração de sinais vitais () Sangram. vaginal visível + alteração de sinais vitais e/ou palidez cutânea importante () Deiscência total de ferida operatória/ Infecção com saída de grande quantidade de secreção ou edema importante. () Evisceração pela ferida operatória () Abscesso de mama (Dor, vermelhidão, calor local) () Vítima de Abuso Sexual</p> <p>Alteração de sinais vitais</p> <p>() FR > 20 ou < 10 ipm () PAS < 90 ou PAM ≤ 65 () Temp $\geq 38^\circ$ ou < 36° () FC ≥ 90/pulso fino ou não palpável</p> <p>Obs: As pacientes ginecológicas classificadas como vermelho, devem ser encaminhadas ao Hospital Municipal Universitário via Central de Regulação, com transporte. Tomar as primeiras medidas de suporte à vida na unidade.</p>	<p>AMARELO</p> <p>() Cólica menstrual aguda () Dor pélvica/abdom. moderada ≥ 5 e < 8 () Sangramento Vaginal (uso de mais de 5 absorventes/dia) sem alterações de sinais vitais. () Nódulo de mama () Ferida operatória com saída de secreção ou dor. () Corrimento vaginal com prurido ou ardor importante</p> <p>Obs: As pacientes classificadas como amarelo, devem ser acolhidas nas UBSs e passar por consulta médica/enfermagem no mesmo dia.</p>	<p>VERDE</p> <p>() Sangramento Vaginal Crônico (uso de menos de 5 absorventes/dia) () Corrimento vaginal sem sintomas () Troca de receita de anticoncepcional</p> <p>Obs: As pacientes classificadas como verde devem ter consulta agendada com médico / enfermagem em até 15 dias.</p> <p>AZUL</p> <p>() Dor pélvica/abdominal ≤ 4 () Atraso menstrual com teste rápido de gravidez negativo () Resultado de exame () Irregularidade menstrual () Cólica menstrual crônica () Dor vulvar</p> <p>Obs: As pacientes classificadas como verde devem ter consulta marcada com médico/ enfermagem conforme agenda da unidade.</p>
--	--	---

Pacientes com atraso menstrual devem realizar teste rápido para gravidez (pregnosticon).
 Em caso de positivo deve se realizar acolhimento pela equipe de enfermagem e seguir o protocolo da Rede Cegonha.

ANEXO 8

HOSPITAL MUNICIPAL UNIVERSITÁRIO - HAU										
PLANILHA DE EVASÕES DO PRONTO SOCORRO OBSTÉTRICO E GINECOLÓGICO HMU 2014										
EVASÕES APÓS ATENDIMENTO NO PSGO - RISCO VERMELHO E AMARELO										
Nº	Nome Completo	Endereço Completo	Telefone	Higiene	Data de Atendimento	Idade	Motivo da Procura	OCCORRÊNCIA	CONDUITA DO SERVIÇO SOCIAL - PSGO / HMU	UBS Referência
1				NÃO CONSTA	03/12/2014	26 ANOS	GINECOLOGIA-REFERE DOR BV	EVADIU ANTES REAVALIAÇÃO MEDICA	BUSCA ATIVA REALIZADA TELEFONE SÓ CX POSTAL	ST TEREZINHA
2				NÃO CONSTA	03/12/2014	20 ANOS	GESTANTE-REFERE DOR BV E SAGRAMENTO NASAL	EVADIU ANTES REAVALIAÇÃO MEDICA	BUSCA ATIVA REALIZADA MÃE PACIENTE INFORMOU QUE NÃO SABE,QUE RIA ORIENTAR PARA RETIRAR RESULTADO DE EXAMES	LELION
3				NÃO CONSTA	07/12/2014	20 ANOS	GESTANTE-REFERE PERDA DE CONCIENCIA	EVADIU ANTES REAVALIAÇÃO MEDICA	BUSCA ATIVA REALIZADA, MÃE DA PACIENTE NÃO SABE, INFORMAR SOBRE ATENDIMENTO QUE RIA CONVERSAR SOBRE IMPORTANCIA DO SEQUIMENTO NA UBS	LELION
4				NÃO CONSTA	11/12/2014	23 ANOS	GESTANTE-REFERE DOR BV	EVADIU ANTES REAVALIAÇÃO MEDICA	BUSCA ATIVA REALIZADA,TELEFONE DEIXADO SÓ CX POSTAL	SILVINA
5				NÃO CONSTA	11/12/2014	47 ANOS	GINECOLOGIA- REFERE SANGRAMENTO VAGINAL	EVADIU ANTES REAVALIAÇÃO MEDICA	BUSCA ATIVA REALIZADA,TELEFONE DEIXADO SÓ CX POSTAL	ALVARENGA
6				NÃO CONSTA	11/12/2014	14 ANOS	GINECOLOGIA- REFERE DOR ABDOMINAL	EVADIU ANTES REAVALIAÇÃO MEDICA	BUSCA ATIVA REALIZADA,À MÃE DA PACIENTE INFORMOU QUE NÃO EVADIU QUE FOI ORIENTADA RETIRAR RESULTADO DE URUCULTURA E ACOMPANHAR UBS.	ALVES DIAS

Anexo 9

Monitoramento Fila de Espera da Regulação Complexo Regulador – UBS

FILA DE ESPERA NEFROLOGIA - HYGIA						
Fila de agendamento						
Prioridade	Inscrição	Paciente		US TERRITORIAL	Especialidade	CID
P0	17/11/2014			UBS TABOAO	NEFROLOGIA ADULTO	R51
P0	19/11/2014			UBS VILA EUCLIDES	NEFROLOGIA ADULTO	C64
P0	08/12/2014			UBS TABOAO	NEFROLOGIA ADULTO	N17.9
P0	17/12/2014			UBS PLANALTO	NEFROLOGIA ADULTO	N18
P1	11/08/2014			UBS FERRAZOPOLIS	NEFROLOGIA ADULTO	R69
P1	21/08/2014			UBS JORDANOPOLIS	NEFROLOGIA ADULTO	R10.4
P1	13/10/2014			CRE RUDGE RAMOS	NEFROLOGIA ADULTO	G03
P1	23/10/2014			UBS IPE	NEFROLOGIA ADULTO	N43.3
P1	17/11/2014			UBS SANTA TEREZINHA	NEFROLOGIA ADULTO	N29
P1	27/11/2014			UBS PLANALTO	NEFROLOGIA ADULTO	F44.0
P1	27/11/2014			UBS DEMARCHI	NEFROLOGIA ADULTO	N28
P1	16/12/2014			UBS SILVINA	NEFROLOGIA ADULTO	R51
P1	08/01/2015			UBS SILVINA	NEFROLOGIA ADULTO	I10
P1	12/01/2015			UBS FARINA	NEFROLOGIA ADULTO	R51
P2	22/09/2014			UBS VILA ROSA	NEFROLOGIA ADULTO	G96
P2	08/01/2015			UBS VILA MARCHI	NEFROLOGIA ADULTO	N17
P3	17/11/2014			UBS SAO PEDRO	NEFROLOGIA ADULTO	N48.4
P3	18/11/2014			UBS FERRAZOPOLIS	NEFROLOGIA ADULTO	N19

Anexo 10

Prefeitura de São Bernardo do Campo
Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo
Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado

A UBS..., considerando as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde enunciadas pelo Departamento de Atenção Básica à Saúde e Gestão do Cuidado (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA), assume o compromisso junto ao Conselho Gestor desta Unidade e ao Secretário Municipal de Saúde, que assinam conjuntamente esta carta, de buscar realizar os seguintes desafios (plano em anexo), no período de um ano, a partir da assinatura da mesma:

1. Construir uma agenda compartilhada capaz de garantir não somente acesso às consultas e atendimentos, mas também a realização de visitas, atividades educativas e de promoção à saúde

2. Implantar processos de acolhimento à demanda espontânea nas unidades, com avaliação de risco e vulnerabilidade.

3. Buscar qualificação cotidiana de todos os membros da equipe, visando a ampliação da resolutividade e diminuição de encaminhamentos para demais níveis de atenção.

Espera-se assim chegar ao cumprimento das metas, apresentadas no quadro 1, anexo a carta, relativas aos indicadores de saúde definidos pelo DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA.

Tal compromisso visa o aprimoramento da produção do cuidado realizado nesta unidade e o cumprimento dos desafios Programa Melhoria do Acesso e Qualificação da Atenção Básica (PMAQ), pactuados pelas equipes junto ao Ministério da Saúde.

Em seis meses ocorrerá uma primeira avaliação desta carta.

São Bernardo do Campo, 03 de maio de 2012.

Responsável pela UBS xxxx

Conselho gestor da UBS xxx

Diretora do DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

Secretário de Saúde

Plano

Desafio 1: *Construir uma agenda compartilhada capaz de garantir não somente acesso às consultas e atendimentos, mas também a realização de visitas, atividades educativas e de promoção à saúde.*

Operação	Responsáveis	Prazo
Organizar a recepção em referencias por equipes, garantindo sua participação nas reuniões e um espaço de escuta para a recepção com resolutividade e ações a serem realizadas.	Coordenador Um representante De cada equipe recepção e acolhimento.	Iniciado em Dezembro, com avaliação mensal.
Realizar atualização do cadastro na recepção quando houver mudança de endereço e do recém-nascido, utilizando a ficha A como comprovante se necessário. Agendar consultas, cadastro e cartão SUS até às 19 horas. Realizar ficha A espelho a fim de ter uma copia na unidade.	Equipe recepção	atualização permanente
Divulgar o trabalho da unidade com um painel que contenha o cardápio da unidade, horário de funcionamento, local que ocorrem os grupos, inscrição em grupos, profissionais que atendem na UBS, entre outros dados que forem necessários. Cada equipe realizará uma oficina para construir seu painel. Construir um quadro de informes com as datas das campanhas, reuniões, capacitações, cursos, prazos PMAQ, entre outros que forem necessários.	Equipe	Atualização permanente
Realizar impressão da agenda dos médicos e enfermeiras com um número de vagas reservado para o próprio profissional agendar o retorno. Programar as agendas médicas e de enfermagem de forma que as crianças maiores de um ano passe a ser compartilhada. Programar a agenda de enfermagem para que o mesmo possa dar conta de questões técnicas da unidade. Organizar os grupos já existentes e criar grupos da unidade e na comunidade conforme as necessidades do território. O ACS ter conhecimento sobre os usuários que estão inscritos no grupo para poder lembrar alguns dias antes estes pacientes. A enfermeira informará o ACS. Agendar o grupo de planejamento para as usuárias que passarem no acolhimento para realizar teste de gravidez.	Equipe e coordenador Enfermeiras e ACS Equipe 1 agenda dos grupos com a equipe e acolhimento/ equipe 2 e 3 no acolhimento.	Em discussão (parcialmente cumprido) Cumprido em janeiro Em discussão (parcialmente cumprido) Equipe e coordenador

Desafio 2: Implantar processos de acolhimento à demanda espontânea nas unidades, com avaliação de risco e vulnerabilidade.

Operação	Responsáveis	Prazo
Organizar a agenda medica e de enfermagem garantindo vagas para consultas não programadas por hora.	Coordenador Enfermagem Apoiadores Médicos Recepção (reunião grupo técnico)	Iniciado em dezembro (estruturação das agendas).
Criar equipe de acolhimento (enfermagem, médicos e recepção) com suporte dos médicos clínicos no acolhimento quando as vagas não programadas dos generalistas acabarem.	Coordenador Enfermagem Apoiadores Médicos Recepção (reunião grupo técnico)	Avaliação mensal da do acohimento pela equipe da unidade a partir de janeiro.
Parte das vagas também ficam no acolhimento (agenda impressa que ficam com os médicos e enfermeiras).	Coordenador Enfermagem Apoiadores Médicos Recepção (reunião grupo técnico)	Escala de médicos já estruturada para partir de janeiro.
Identificar temas de educação permanente para os profissionais que estão no acolhimento. Esta será realizada pelas equipes ou pelo matriciamento dos ginecologistas , pediatras e apoiadores.	equipe	iniciado em janeiro é feito 1 vez/semana durante a reunião de equipe

Desafio 3: Buscar qualificação cotidiana de todos os membros da equipe, visando a ampliação da resolutividade e diminuição de encaminhamentos para demais níveis de atenção.

Operação	Responsáveis	Prazo
Garantir reuniões entre as enfermeiras para padronização do trabalho, estudo de protocolos, matriciamento dos GOs e pediatra .	Equipes, apoiadores e Coordenador	A partir de dezembro de 2011.
Construir espaços entre os profissionais a fim permitir a troca a respeito dos cursos, capacitações realizadas fora da unidade.	Equipes, apoiadores e Coordenador	A partir de dezembro de 2011.
Organizar de Educação Permanente sobre as linhas de cuidado	Equipes, apoiadores e Coordenador	A partir de dezembro de 2011.
Realizar reunião quinzenal entre o médico e enfermeira para troca de informação.	Equipes, apoiadores e Coordenador	A partir de dezembro de 2011.
Ampliar o acesso ao material construído pelo município.	Equipes, apoiadores e Coordenador	A partir de dezembro de 2011.
Garantir um espaço semanal para que todos participem da reunião de equipe (4 horas ou 1 vez por semana para a equipe que se reúne diariamente), sendo disponibilizado um momento mensal de encontro entre o médico e enfermeiro	Equipes	A partir de dezembro de 2011.

Quadro das metas UBS

INDICADOR	Situação Atual (em dezembro/2011)	Meta	Observação
PROPORÇÃO DE GESTANTES COM O PRÉ NATAL EM DIA	95,43%	95,43%	Para manter o valor atingido cada equipe propôs: Qualificar o registro das informações do pré-natal por meio do lançamento da produção dos médicos matriciadores; Fortalecer a busca ativa das gestantes faltosas; Realizar monitoramento das gestantes acompanhadas pela saúde suplementar Qualificar o registro das gestantes atendidas, principalmente pelos grupos (tabular gestantes em grupos).
RAZÃO ENTRE CITOPATOLOGIA DE COLO ÚTERO NA FAIXA ETÁRIA DE 15 ANOS OU MAIS	0,13	0,18	Para qualificar o registro da informação cada equipe propôs separar o registro da coleta realizada por equipe. Construir série histórica por equipe e da UBS; Ampliação do acesso por meio da abertura da agenda das enfermeiras para realização de coleta; Reunião com mulheres na comunidade; Realização de busca ativa de mulheres que não fazem o acompanhamento. Realizar campanha em Novembro;
MÉDIA DE ATENDIMENTOS DE PUERICULTURA	1,31	4	Qualificar o registro do CID para puericultura e divulgá-lo em cada sala; Qualificar os registros das ações em puericultura; Realizar preenchimento da ficha D em Puericultura; Garantir o apoio Matricial dos Pediatras a cada equipe; Estruturar os grupos de puericultura das equipes;
MÉDIA DE ATENDIMENTOS POR DIABÉTICO	3,67	4	Conhecer os usuários com hipertensão e diabetes; Organizar a agenda a partir da necessidade de atender os hipertensos e diabéticos; Qualificar o registro das informações e uso da Ficha D; Realizar oficina com as equipes para uso e análise das fichas; Divulgar e fortalecer as ações do De Bem com a Vida. Qualificar e tabular os atendimentos realizados em grupos; Ampliar a consulta médica e de enfermagem;
MÉDIA DE ATENDIMENTOS POR HIPERTENSO	2,67	3,16	Conhecer os usuários com hipertensão e diabetes; Organizar a agenda a partir da necessidade de atender os hipertensos e diabéticos; Qualificar o registro das informações e uso da Ficha D; Realizar oficina com as equipes para uso e análise das fichas; Divulgar e fortalecer as ações do De Bem com a Vida. Qualificar e tabular os atendimentos realizados em grupos; Ampliar a consulta médica e de enfermagem;
RAZÃO ENTRE TRATAMENTO CONCLUÍDOS E PRIMEIRAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS PROGRAMÁTICAS	0,43	0,5	Para ampliar o acesso e qualificar o cuidado cada equipe propôs: Garantir a entrada do Dentista e ASB nas reuniões de equipe para discutir os casos e programar as triagens necessárias; Garantir o matriciamento dos dentistas às equipes; O ACS participar das atividades do PROMI; Realizar planejamento do cuidado em Saúde Bucal com os Dentistas e ASB; Ampliar o acesso a primeira consulta programática em 10%, com avaliação mensal; Aumentar o número de triagens realizadas às equipes; Fortalecer e qualificar o Acolhimento em Saúde Bucal
PROPORÇÃO DE ENCAMINHAMENTOS PARA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO.	20	20	Sistematizar e tabular os encaminhamentos realizados e a demanda reprimida; Realizar matriciamento por outros profissionais de saúde (psiquiatra, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, farmacêutico e outras especialidades médicas às equipes) para qualificar o cuidado; Qualificar o registro dos encaminhamentos realizados.
PROPORÇÃO DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE PELAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	75%	75%	Separar as planilhas por ACS; Separar os beneficiários por equipe; Otimizar as consultas de médicos e enfermeiras para o Bolsa Família; Identificar o usuário beneficiário (anotar no cartão e prontuário); Realizar oficina com o SEDESC sobre o Bolsa Família;

			Realizar ações na comunidade e escolas para o Bolsa Família (pesagem e acompanhamento); Divulgar as ações na comunidade; Estruturar painel para controle das crianças em acompanhamento;
PROPORÇÃO DE ATENDIMENTOS EM SAÚDE MENTAL EXCETO USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS	**	**	Realizar e matriciamento aos profissionais da UBS em Saúde Mental, incluindo a recepção e ACS; Realizar Educação Permanente sobre o tema; Estruturar grupos terapêuticos e de mulheres; Construir série histórica a partir do início desta linha de cuidado na UBS (março de 2012); Preenchimento da ficha D complementar pelos profissionais; Garantir agenda compartilhada entre os profissionais da Saúde Mental e demais profissionais das equipes; Organizar fluxo para atendimento; Divulgar o De Bem com a Vida como estratégia importante para o cuidado em Saúde Mental;
NÚMERO DE ÓBITOS DE MENORES DE 1 ANO	9	6	Para reduzir em cerca de 30% o número de óbitos infantis as equipes propõem: Qualificar o pré-natal ofertado pela equipe, por meio da oferta de cuidado dado pela equipes; Registrar e formalizar problemas ocorridos com exames realizados, principalmente ultrassom morfológico; Investigar e analisar os casos ocorridos; Elaborar Projeto Terapêutico Singular envolvendo outros atores ou secretarias (Consultório de Rua, CAPS, HMU, UPA, SEDESC para os casos com maior complexidade); Fortalecer o planejamento familiar (compartilhar agenda com os ACS para divulgação e realização de busca ativa).