

# **Análise de uma Intervenção Pedagógica em Centros de Saúde e seu impacto na Assistência e Gestão**

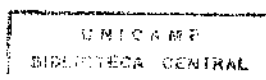
*Este exemplar corresponde à versão final da  
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências  
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de  
Mestre em Saúde Coletiva.*

*Campinas, 30 de julho de 1999.*

*Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos*  
Orientador

**Josely Rimoli**

**Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva  
Orientação : Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos  
Departamento de Medicina Preventiva e Social - Faculdade de Ciências  
Médicas - Universidade Estadual de Campinas  
Campinas, São Paulo, 1999**



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	
V. Ex.	
TOMADA DE	39101
PROD	229/99
	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	22/10/99
CPD	

CM-00136429-2

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

R468a

Rimoli, Josely

Análise de uma intervenção pedagógica em centros de saúde e seu impacto na assistência e gestão / Josely Rimoli. Campinas, SP : [s.n.], 1999.

Orientador : Gastão Wagner de Sousa Campos

Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

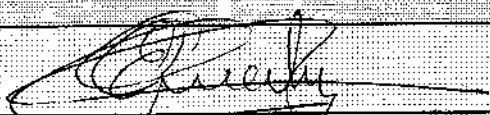
1. Grerência. 2. Administração de pessoal. 3. Recursos humanos na administração. 4. Relações humanas. I. Gastão Wagner de Sousa Campos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

## **Banca examinadora da Dissertação de Mestrado**

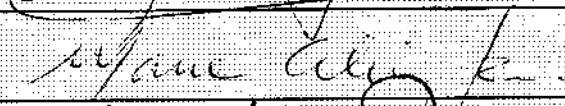
**Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos**

### **Membros:**

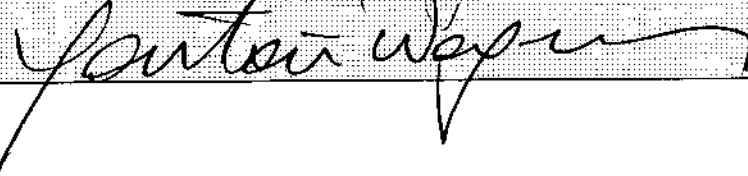
1.



2.



3.

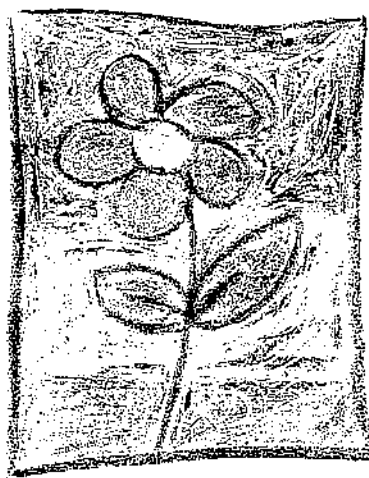


Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas.

**Data: 30/07/1999**

**Aos meus pais e avós, semeadores,  
aos amigos e professores nutridores  
e aos companheiros da Saúde Pública.**

**A Luís Carlos Emanuelle**





Esse trabalho foi possível pela somatória de contribuições de muitas pessoas :

Agradeço de coração às Equipes e às Coordenações do Centros de Saúde de Barão Geraldo e São Marcos, que devido ao contrato de sigilo não posso agradecê-los nominalmente. Muita força para vocês e um abraço para cada um !

Gastão, agradeço-lhe de modo especial pelos aprendizados ocorridos nos últimos onze anos. Você ao ser professor / autor e orientador, tornou-se personagem relevante neste trabalho. Um abraço !

Foi muito bom trabalhar com a senhora, Dona Márcia ! Tudo de bom para você ! Um abraço !

Companheiros da Secretária Municipal de Saúde de Campinas, Sílvia, Vânia, José Carlos, a Turma do CETTS : Adriane, Beth Zuza, Duda, Elô, obrigado pelo acolhimento e apoio institucional. Abraços para todos !

Sívia Maria Santiago, você me deu o impulso inicial e viabilizou institucionalmente esse trabalho. Muito obrigado ! Um abraço !

Com muito carinho e respeito agradeço-lhe Beth Smeck, pelas contribuições dadas na banca de qualificação. Um abraço !

Marina, agradeço sua atenção e disponibilidade em participar na banca do mestrado. Um abraço !

Emerson, agradeço pelas contribuições na qualificação e as que certamente terei na defesa. Mas, o agradecimento mais precioso, quero fazer para o professor e para o autor que há décadas instiga-nos a refletir. Bebi muito na sua fonte e usei algumas ferramentas. Um abraço !

Mauro querido, valeu o empréstimo do computador. Um abraço !

Catarina e Zolt, colocaram-me em um jardim. Juarez e Carmem deram-me guarita. Lúcia, Verônica e Adail foram meus cuidadores. Charles um amigo reflexivo. Heleno sempre solidário e elucidador. Eliana minha terna educadora, sempre acompanhada de eternos mestres. Teresa, Jeanete, Mary, Cássia, Maryan, Elô, Pérola e Lica foram amigas solidárias. Um abraço, com muito carinho e gratidão para cada um de vocês.!

**Sumário :**

<b>Resumo</b>	<b>6</b>
<b>Indagações que levaram ao objeto, objetivos e relevâncias</b>	<b>8</b>
<b>Metodologia, Processo de Construção do Campo e Informações Preliminares</b>	<b>25</b>
<b>Relato da Intervenção Pedagógica com sistematização de seus Produtos</b>	<b>50</b>
<b>Leituras avaliativas e análises conclusivas – o balizamento</b>	<b>118</b>
<b>Fotografias, um outro tipo de registro</b>	<b>145</b>
<b>Referência bibliográfica</b>	<b>158</b>
<b>Summary</b>	<b>178</b>

## **Resumo :**

Este trabalho refere-se à análise de uma intervenção pedagógica, realizada com as equipes de dois centros de saúde do município de Campinas. A pesquisa teve como objetivo, analisar o impacto da intervenção na assistência e na gestão desses serviços.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, no campo da Gestão Institucional em Saúde Pública. Utilizou-se contribuições do campo da gestão e da psicologia.

Nos encontros pedagógicos trabalhou-se a subjetividade do trabalhador em saúde, a natureza do trabalho em saúde, a relação terapêutica, a dinâmica relacional de equipes de saúde. Ofereceu-se informações sobre a História da Saúde Pública no Brasil, as necessidades e condições de vida dos usuários, as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, o modelo técnico-assistencial, a gestão participativa e a participação popular. Foram realizadas oficinas para a reorganização do processo de trabalho, tendo como categorias centrais, o acesso, o acolhimento, o vínculo terapêutico e a resolutividade.

As análises conclusivas demonstraram que o impacto da intervenção pedagógica foi distinto em cada área de atuação, dentro dos centros de saúde pesquisado. Em ambos serviços, foram constatados mudanças no processo de trabalho e na gestão, qualificando a assistência. Também, foi demonstrado que houve aprendizado pelos participantes da intervenção, dos conceitos chaves do conteúdo programático.









## **Indagações que levaram ao objeto, objetivos e relevância da pesquisa**

Trabalhar e estudar a Saúde Pública fez-me muito do que sou; deu-me significados, motivações, indignações e muitas indagações.

Do viver, da realização e desconstrução de projetos, dos processos saúde / doença, das dinâmicas do vincular-se terapeuticamente, das intrincadas interações das equipes de saúde emergem as indagações que inspiraram essa investigação.

O objeto da pesquisa foi a análise de uma intervenção pedagógica ( programa em anexo ), vivenciada com equipes de dois centros de saúde do município de Campinas.

A proposta da intervenção constituía-se em que, a partir do cotidiano dos CS, do resgate do papel profissional, da natureza do trabalho em Saúde, do repasse de informações sobre a História da Saúde Pública, das Diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, e de categorias do Modelo Técnico-Assistencial em Defesa da Vida, promovendo discussões, vivências, oficinas, que contribuíssem para a geração de processos de gestão participativa / ascendente e a participação popular. Contribuir ainda, para o repensar da organização do Processo de Trabalho, tendo como categorias o Acesso e o Acolhimento, visando qualificar a assistência, motivando os trabalhadores em saúde.

A pesquisa tinha os seguintes objetivos : 1- conceber, experienciar e avaliar o arranjo metodológico de uma intervenção pedagógica, que agregava aspectos subjetivos dos trabalhadores em saúde e categorias do campo da Gestão;

2 - analisar seu impacto da intervenção pedagógica em relação à assistência, a saber : se facilitou o acesso, se promoveu a incorporação das diretrizes de acolhimento e vínculo terapêutico, se ao qualificar o cuidado em saúde, resignificou o papel profissional e o da equipe de saúde;

3 - analisar o impacto da intervenção relação à Gestão, se constatado mudanças na organização do processo de trabalho, se verificado a implantação de gestão

participativa, se ocorreram ações para revitalizar o Conselho Local de Saúde, se observado a participação dos trabalhadores em fóruns decisórios ( reuniões de equipe, de área e no CLS ).

A realização da fase de campo da pesquisa deu-se em duas etapas, a primeira de intervenção propriamente dita, ocorreu no período de 06 de agosto à 30 de outubro de 1997, quando foram realizados vinte e seis encontros pedagógicos com os trabalhadores. A segunda etapa foi a avaliação de impacto da intervenção na assistência e gestão dos centros de saúde pesquisados, em novembro de 1998.

A idéia inicial de um trabalho pedagógico surgiu de uma solicitação, da Professora da Área de Medicina Comunitária, Dra. Sílvia Maria Santiago, que identificou a necessidade de uma “reciclagem” sobre Acolhimento para a equipe do Centro de Saúde Barão Geraldo ( serviço utilizado como campo de estágio do Departamento de Medicina Preventiva Social - DMPS - Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas ).

Diante dessa solicitação, vislumbrei a possibilidade de realizar três desejos : oferecer um curso para profissionais da rede básica, possibilitando que trabalhadores da saúde, de diversos níveis de escolaridade, pudessem usufruir da universidade; realizar a pesquisa de campo do mestrado inserida no cotidiano dos serviços, buscando deixar contribuições para as equipes ao sistematizar um aprendizado; buscar acúmulos teórico-metodológicos, no campo da gestão institucional e na capacitação de trabalhadores que possam dar subsídios à processos pedagógicos e intervenções em serviços de saúde.

Retornando às indagações iniciais, penso que elas nasceram da confluência de minha experiência profissional e pessoal, as quais foram alimentadas por vivências com pessoas e parentes em papéis de usuários.

Para aquecer o leitor e delimitar a problemática de onde emergiram as indignações, as indagações e as motivações para fazer esse trabalho, proponho construir um cenário a partir de duas cenas e dos olhares de dois atores(usuários e trabalhadores em saúde).

Nota : As reprodução das fotos foram consentidas pelas duas equipes participantes



## Cena 1 :

Em um Centro de Saúde, de uma das regiões mais pobres e violentas de Campinas, chega uma mãe, trazendo nos braços uma criança desfalecida.

\_ Moça, tem consulta ?

\_ Não, hoje não tem mais. Amanhã a senhora chega bem cedinho para poder pegar a ficha.

\_ Mas o que eu faço ?

\_ Ela tá com febre ?

\_ Tá, não dormiu a noite inteira. Ela tá com febre e vomitando à três dias.

Chorou muito e agora tá assim molinha.

\_ A senhora já deu remédio ?

\_ Dei, mas ela não melhorou.

Demonstrando constrangimento a auxiliar de enfermagem responde:

\_ Então... hoje não tem mais consulta mesmo. Amanhã a senhora tenta chegar a ficha , se chegar bem cedo, consegue.

\_ Que horas ?

\_ Lá por umas cinco e meia, quinze para seis.

Sem alterar sua expressão, vira-se, com os braços arqueados pelo peso da filha e sai arrastando um velho chinelo.

## Cena 2 :

Uma noite, na reunião de um Conselho Local de Saúde, o representante dos usuários defende :

\_ Nós queremos que funcione o postinho à noite, porque o trabalhador também

tem direito de ser atendido. De dia ele tem de trabalhar, se funcionar até mais tarde, ele pode se cuidar, não precisa ficar quase morrendo, pra daí, ir no pronto - socorro.

— Eu concordo, mas nós temos que nos organizar para pedirmos mais funcionários, porque já está faltando pessoal para trabalhar durante o dia, responde a Coordenadora do centro de saúde (essa reivindicação foi conquistada e serviu de exemplo para outros serviços).

O cenário que essas cenas iniciaram, pode ser complementado pelo olhar choramingado do trabalhador em saúde. Os fragmentos que me vêm, poderiam compor varais de cordel, se usar ainda, como ornamentos, as crises político - econômicas e de competência por que passam os municípios com suas secretarias de saúde.

Interao cotidianamente com muitos trabalhadores, de centros de saúde e hospitais. Eles justificam suas desmotivações por trabalharem com gestores e governantes incompetentes tecnicamente, que se distanciam das missões das instituições, embrutecidos nas arenas das disputas políticas. Observo também, que esses meus colegas, paralizam-se, ao projetar para as autoridades institucionais, todo poder decisório, pretendo conhecimento e responsabilização pelo agir, omitem-se, em várias situações, dos seus papéis e direitos.

Concluindo, grande parte dos usuários está sendo mal assistida, poucos reivindicam seus direitos à saúde, sendo porém, que alguns organizam-se e suas conquistas nos revigoram. Muitos trabalhadores, por estarem descontentes, “tocam serviços”, contribuindo para inadequação da assistência, que produz conflitos, os quais desgastam a eles próprios, fechando assim, um círculo vicioso. rante tal cenário, que também reconheço ser pessimista, o que fazer?

Antes porém, uma observação, no cenário que vem sendo construído, deixei de mencionar o ator Governo (tanto o Governo, com G maiúsculo, como o Ministro da Saúde, até o governo, com g minúsculo, como por exemplo um diretor de distrito sanitário). Porém, considerando: as políticas de saúde hegemônicas, que não priorizam o Sistema Único de Saúde; a observação da preponderância de projetos personalistas; das disputas paralisantes de grupos técnicos no interior do SUS, darei um tratamento de bloco monolítico, reconhecendo que é um ator de alto peso. Ao generalizar, não tenho a intenção de negar ou desqualificar as históricas conquistas de ilustres ou desconhecidos grupos e militantes sanitários, que, apesar de serem muitos, infelizmente, têm sido a minoria.



As perguntas permanecem, o que fazer perante a desassistência ? O que fazer perante a desmotivação profissional ?

Primeiro, proponho perguntarmo-nos : Quem tem mais legitimidade e conhecimento das necessidades, para dizer-nos o que deve ser feito ?

Retornemos às cenas de usuários e a um determinado olhar de trabalhadores em saúde, para ressaltar, que esses, ao vivenciarem seus cotidianos, com suas posturas, valores e subjetividades, fazem leituras do mundo e as expressam em falas, nos possibilitando, reconhecer necessidades e a partir desse diagnóstico formular propostas de intervenções. Assim, reconheço e nomeio tais atores \*\*como protagonistas \*, reais ou potenciais, do cenário construído. Ou seja, são os próprios usuários e trabalhadores que sabem enunciar o que deve ser feito.

Seguindo o raciocínio anterior, proponho agregar um terceiro olhar, o do ator pesquisador, que também traz suas indagações, sobre as análises insatisfatórias dos processos de gestão. Isto posto, nossa pergunta amplia-se para “ Como fazer o que necessitamos ? ” Como organizar um serviço motivando os trabalhadores e produzindo ações preventivas e assistenciais, com acessibilidade e qualidade ?

As citadas indignações e as indagações me impulsionaram à mergulhar no empírico, utilizando pretensos óculos dos usuários ( codificados nas categorias de acesso e acolhimento ), para com as equipes dos Centros de Saúde vivêssemos um processo pedagógico, intervindo na realidade, buscando “dicas ” para enfrentar tais problemas e também sistematizar um aprendizado.

Nota : A utilização do termo protagonista respalda-se nas elaborações de Moreno ( 1973 ) que assim denomina aquele que declara a necessidade do grupo. Esse autor considera que as falas dos protagonistas são como portadoras de verdades e dotadas de significados.

A categoria ator está sendo utilizada conforme conceituação de Carlos Matus ( 1987 - 44 ). Esse planejador considera que todo ator tem poder, segundo os recursos que controla e pode a partir de seus problemas e recursos, construir planos de ação para disputar seus projetos.

Repetindo, ao elencar os atores (usuários, trabalhador em saúde e mestrandos), tinha como objetivo conformar uma sistemática reflexiva, através da somatória de olhares, potencializando suas leituras na delimitação de sua problemática, dentro de uma determinada crise.

A qual crise nos referimos? Qual é o pano de fundo do descrito cenário? Quais as prováveis causas que produziram nossas Indagações fundantes?

Refiro-me a crise instalada no campo da Saúde Pública. Antes de assinalar seus principais problemas que farei a seguir, relembro, que escolhi como seu descritor principal, a inadequada qualidade de assistência prestada, tendo como parâmetros as falas dos usuários, assim como a dos trabalhadores e as diretrizes acesso, integralidade, legalmente previstas para o Sistema Único de Saúde - SUS, e as categorias de acolhimento, vínculo e humanização (Campos, 1994 - 63 e Merhy, 1994 - 138).

A Saúde Pública é um campo de saber, que tem também a característica de traduzir-se em ação, consolidando-se em instituições sociais, através de um conjunto de tecnologias e práticas, propiciando a constituição, em diversos momentos históricos, de atores coletivos, na defesa de projetos sanitários, assistenciais e pela justiça social.

Se fizéssemos uma árvore de causas para analisar tal crise / problema, depararíamos com um emaranhado contexto social, com problemas de diversas naturezas; como nos lembra Nunes (1994 - 5): “a emergência desses projetos reflete, de um modo geral, o contexto sócio - econômico e político - ideológico mais amplo, como também as sucessivas crises, presentes tanto no plano epistemológico, como das práticas em saúde e da formação de recursos humanos.”

Citarei alguns aspectos e dados, sobre esses sucessivos e inter determinados problemas, que apesar serem olhados em forma de *flashes*, não pretendo que perca-se a concepção de processos, de História.

Para não esquecermos de que são os homens que constroem a História (Hegel, 1986 - 39) o primeiro zoom acentua o ator coletivo, o Movimento Sanitário. Na década de 90, esse movimento se dispersou, distanciando-se de sua causa / identidade. Muitos partiram para ocupar cargos executivos, engessaram-se nas pesadas estruturas. Vários foram disputar poder, pela via legislativa, condicionados aos novos papéis e jogos de forças, distanciaram-se do campo e da prática da Saúde Pública. Outros se dividiram nos



espaços da academia, entre os labirintos de títulos e paradigmas. “ Pois bem, excessivamente divididos, raramente logramos oposição concreta ao peso desta cangalha neoliberal .” ( Campos, 1997 - 113 ).

Devemos lembrar, com um olhar mais ampliado, que a Saúde Pública passa por constantes e antiquíssimos processos de crises / mudanças, nos diversos países e tempos históricos ( Rosen - 1958 ), assim como no Brasil ( Nunes - 1983; Merhy - 1992; Campos - 1989, 1992 ).

Para atualizar essa crise e ampliar o foco, cabe uma longa citação :

“ Presentemente, diversos países realizam reformas econômicas e administrativas buscando assegurar algum espaço na nova configuração dos mercados mundiais. A reforma do Estado, ainda que não suficientemente explicitada, coloca-se na agenda política de governos com diferentes espectros político-ideológicos e, nesse particular, emergem propostas setoriais como é o caso da saúde. Na América Latina, muitas das reformas do setor saúde são apoiadas por organismos financeiros internacionais, a exemplo do Banco Mundial, cujos pressupostos e diretrizes divergem bastante dos projetos originais de reforma sanitária (...) valorizam a eficiência e a eficácia em detrimento da equidade mediante políticas de ajuste macro-econômico e, no setor saúde, através da focalização e da cesta básica de serviços. Assim, muitas dessas reformas setoriais não chegam a ser concebidas nem e debatidas pelas escolas da Saúde Pública ou organismos assemelhados e, em certos casos, passam ao largo dos próprios ministérios da saúde, sendo negociadas diretamente entre as agências financeiras e a ‘ área econômica ’ dos governos ( ... ) para eles ( OMS, representantes europeus e americanos - Genebra, 1995) a crise não é estrutural e representaria apenas uma dada interpretação de sanitaristas ” ( Paim e Almeida Filho, 1998 - 21 ).

Gallo ( 1992 - 67 ), referindo - se ao imbricamento da crise teórica e da crise política, e seu impacto sobre à Saúde Coletiva, demonstrou que enquanto campo de saber, buscou-se ultrapassar a concepção burguesa de sociedade, do individualismo possessivo e do evolucionismo / biologicismo, mas que “ na tentativa de resgatar ao homem sua dimensão alienada de Ser social, acabou por diluí - lo no coletivo alienante de sua singularidade, de sua capacidade criativa.”

Esse autor sugere que “ uma teoria sanitária que se queira crítica necessita

voltar-se para o devir, sem entretanto perder de vista o passado, sob o risco de atualizar fantasmas. Seria o caso de se construir novos olhares sobre a saúde e a doença, ou melhor, sobre a vida. Referir-se à vida, subsumir a ela a questão sanitária significa pelo menos duas coisas :- em primeiro lugar, compartilhar da certeza de que a humanidade vive um período de responsabilidade planetária, que coloca a luta pela vida como preocupação central; - em segundo, subverter radicalmente a concepção hegemônica sobre o conceito de saúde no âmbito da saúde coletiva tal como formulado na VIII CNS ( Conferência Nacional de Saúde ). Nas palavras de Vaitsman, ‘ um conceito ampliado não poderia considerar saúde só como resultante das formas de organização social da produção. Pois é produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem certas formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, não esqueçamos, biológico’ ” ( Gallo, 1992 - 72 ).

Outros atores coletivos fundamentais, a serem salientados são os Movimentos Sociais, entre eles o Movimento Popular de Saúde e o Movimento Sindical. Esses movimentos, na década de noventa, passaram por um refluxo. Porém não podemos deixar de mencionar que nos anos oitenta disputaram seus direitos no espaço estatal, contribuindo , por exemplo, para conquistas no capítulo da Saúde na Constituição de 1988. No plano municipal, contribuíram em Campinas, para a quebra das cegueiras tecnocráticas e clientelistas ( Smeke, E. L. M. - 1989 ). Na mesma cidade, o Movimento Sindical participou ativamente da concepção, da reivindicação perante as instituições de saúde e da implantação do Programa Saúde do Trabalhador. Com eles pude aprender as potências e as possibilidades / dificuldades de Gestões Participativas.

Um aspecto essencial a ser olhado, é como nascem, vivem, sofrem e morrem as pessoas. Assim, ao refletir sobre Saúde Pública é necessário pensar também, como estão se dando as transformações na estrutura populacional, assim como seus padrões de morbimortalidade. Barreto ( 1997 - 45 ) relatou que “ na composição da mortalidade destaca-se a substituição das doenças infecciosas por doenças crônico-degenerativas. No plano da morbidade, mudanças marcantes na organização da sociedade levam ao crescimento dos agravos de natureza ambiental, ocupacional e aqueles relacionados à



violência (...) O resultante deste conjunto complexo de fenômenos é o aumento na carga mórbida da população e demandas crescentes sobre o já esgotado sistema de assistência à saúde.”

Ao refletir sobre tais informações, podemos correlacioná-las ao contexto maior, às situações em que sobrevivem os brasileiros, assim descritas por Buss ( 1995-64 ) : “ O Brasil ingressa na década de 90 com cerca de 14,4 milhões de famílias ( 64,5 milhões de pessoas ou 45 % da população) vivendo abaixo da linha de pobreza, isto é, ganhando até meio salário mínimo ( de US \$ 28 a 32 mensais ) *per capita*. Destas famílias, 3,5 milhões ( 33,7 milhões de pessoas ) encontram-se em situação de indigência, ganhando abaixo de um quarto de salário mínimo *per capita*. Isso significa dizer que, em 1990, de cada dez brasileiros 4,4 eram pobres e, destes, 2,3 indigentes ( Vianna )”. Tal quadro se perpetuou, se considerarmos que, em 1998, o Relatório da Unesco apontou o Brasil como o campeão em concentração de renda, fato amplamente anunciado pela grande mídia.



Aos *flashes* apresentados, deve-se acrescentar uma cena em nada inusitada. Trata-se da postura do Governo Federal ( gestão 1994 à 1998 ) de não priorizar o setor saúde, ou melhor, de nem ao menos manter a execução financeira comparativamente ao início do mandato. Demonstro tal fato pela reprodução de trechos da Nota da Assessoria Econômica do Ministério da Saúde, documento elaborado em resposta a questionamentos do Conselho Nacional de Saúde - CONAS, sobre a rolagem da dívida do setor Saúde:

“ 1. As despesas com saúde, em custeio e capital, ao longo dos últimos quatro anos cresceram somente 1,2 por cento para o total do período, enquanto o conjunto das outras despesas orçamentárias aumentou em 15,8 por cento, ou seja, se algum gasto pressionou o déficit público não foi o da Saúde...”

“ 3. Entre 1994 e 1998 ( execução financeira ) o gasto com saúde, como proporção do PIB, caiu 12,4 %. O total das outras despesas, no entanto, subiu 22,6 por cento. Em valores constantes, as despesas da saúde aumentaram 17,9 %, enquanto as outras despesas do orçamento, em seu conjunto, cresceram 56,2 %.”

“ 4. A arrecadação de CPMF, cobrada a partir de 23 de janeiro de 1997, não beneficiou a saúde. O que houve foi desvio de outras fontes, ou seja, a receita de CPMF foi destinada à Saúde mas foram diminuídas as destinações à saúde decorrentes de contribuições sobre os lucros e do COFINS. Por exemplo, enquanto, em 1998, a arrecadação de CPMF ( projetada até dezembro ) atingiu R\$ 8 bilhões, a despesa do setor, neste ano, será próxima à de 1995.” ( Relatório da Comissão do Conselho Nacional de Saúde para discussão na 82ª RO de novembro / 98. )

Os dados apresentados mostram o projeto do atual ator \_ Governo Federal : “parecendo-nos comprometido e coerente com agências internacionais, como por exemplo da cesta básica do Banco Mundial. De fato cria um ‘ pacote básico ’, financiado com recursos do Piso Assistencial Básico - PAB, que poderá ser acrescido de mais recursos como incentivo, por implementar certos programas como por exemplo o Programa de Saúde da Família - PSF- e o dos Agentes Comunitários de Saúde - PACS, que visariam instituir um cardápio mínimo a ser operado pelos gestores pleno de rede básica, para o conjunto dos cidadãos mínimos, dando a liberdade do mercado para o setor privado, ou público privatizado, crescer na ausência do público, como prestador de assistência hospitalar e especializada.” ( Merhy e Bueno, 1998 - 6 )



Quanto às Secretarias Municipais de Saúde, pode-se diagnosticar uma gama de problemas, dos financeiros, aos que se referem à equipe assistencial e gerencial. Podemos generalizar que há necessidade de capacitações quanto à missão institucional, à tecnologias de gestão, com destaque os instrumentos para a organização do Processo de Trabalho. Além da competência específica para a assistência e ações de Saúde Pública, se tomarmos como referência as diretrizes do SUS.

A apresentação desses *flashes*, com a intenção de montar o pano de fundo do cenário, anteriormente construído, delimita a problemática, na qual localizamos nosso objeto de pesquisa. Pode-se observar a envergadura e a complexidade dos problemas a serem enfrentados. Dão indícios dos recursos políticos, organizacionais, de tempo, necessários, para garantir a saúde como um direito e a manutenção de um processo que almeje a constante qualificação e consolidação do SUS.

Abordarei, a seguir um outro aspecto, que também influencia e é determinado pela conjuntura acima citada, porém darei um tratamento diferenciado, com a intenção de demonstrar a necessidade e relevância de pesquisas sobre a formação / qualificação dos trabalhadores em saúde ( dos profissionais que cuidam de gente ).

Na década de 90, observamos um descrédito na formação de sanitaristas. Segundo pude verificar, foram desativados os mais qualificados cursos de especialização em Saúde Pública, da Região Sudeste, apenas resistindo o curso que é oferecido pelo DMPS-UNICAMP.

Persiste a crise na formação dos residentes em Medicina Preventiva nas poucas escolas onde ainda existem ( FUNDAP - 1998 ).

A formação em Saúde Pública na graduação vem sendo deficitária para as diversas categorias da Saúde. Tal constatação é síntese de relatos de alguns colegas que buscam a universidade para especialização e pós-graduação. Além de pedidos de capacitações em Saúde Pública emitidos por vários secretários de saúde municipais ao departamento onde trabalho. Tais deficiências foram reafirmadas durante contatos com diversos serviços e secretarias de saúde estaduais e municipais, de alguns estados brasileiros.

Embora reconhecendo alguns esforços de poucas prefeituras e da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo para formação dos auxiliares de enfermagem, em substituição aos agentes de saúde e atendentes, observamos que o grande contingente de trabalhadores de rede básica de saúde desse estado não recebeu formação específica de qualidade e menos ainda, capacitação para atuar no campo da Saúde Pública.

Constatei, ao participar de Planejamentos Estratégicos Situacionais em secretarias municipais de saúde, que a desqualificação dos “recursos humanos” é sempre apontada como um dos principais problemas a serem enfrentados. Sabe-se que para o enfrentamento de tal problema, é necessário : governabilidade; clareza e consenso da política de saúde a ser consolidada; um modelo técnico-assistencial viabilizante; uma equipe gestora motivada e competente; tempo político, que é sempre escasso, devido ao número de profissionais a serem envolvidos, acrescido do tempo do processo pedagógico, tendo ainda que considerar a possibilidade de rotatividade dos partidos no poder, gerando descontinuidade de políticas / projetos; equipe, de preferência, multiprofissional, com acúmulos teóricos, técnicos e pedagógicos para constituírem núcleos de educação em saúde; ter uma gestão com capacidade de realocar os profissionais para as capacitações, sem prejudicar as ações de saúde; disponibilidade de recursos financeiros, físicos e didáticos, etc.

No campo do conhecimento, analisando os aspectos estratégicos e teórico/metodológicos, nas experiências que conheço, observei oferecimentos de “reciclagens” ( concordo com os autores que sugerem a não utilização de tal termo, posto que só devemos reciclar lixo ) de formatos rígidos, as quais se limitam a passar informações. Ocorrem, também, atualizações pontuais / esporádicas sobre determinadas ações programáticas ou patologias. Elas têm seus méritos, pois levam o trabalhador a sair de sua rotina, conhecer outros colegas e participar de alguma discussão, podendo ( ? ) gerar processos e aprendizagens. Mas é necessário avaliar processualmente essas atividades. Constatamos que, geralmente, não há uma política de formação e capacitação, não há projetos metodológicos, contendo objetivos segundo determinado modelo assistencial, não há continuidade periódica e, principalmente, não há avaliação do impacto sobre a qualidade das ações de saúde, na resolutividade para os usuários e aprendizado por parte da equipe.



Saliento ainda que, sempre, todo conteúdo é tratado de forma descontextualizada da Política de Saúde, da dinâmica institucional, da organização do processo de trabalho.

Essas argumentações, não pretendem negar as diferentes necessidades de formações e atualizações técnicas. Tratam-se de equipes com diferentes níveis de escolaridade, com papéis que exigem capacitações diferenciadas, porém buscamos e apostamos na Gestão Participativa e Ascendente, enquanto espaço de discussão, envolvimento, democratização e motivação para um contínuo capacitar / exercer as ações de saúde com qualidade ( Cecílio, Campos e Merry, 1994 ).

Schraiber, L. B. e Machado, M.H. ( 1997 - 282 ) apontaram que há “ pequena quantidade de estudos existentes acerca do modo de produzir serviços e forma de se trabalhar em saúde ”. Os existentes têm abordado os “recursos humanos como pessoas portadoras ( privadas ) de saber (...) como insumo de processo produtivo (...) como trabalhador. Sua peculiaridade é deter saber complexo e, simultaneamente, submeter-se a regras de mercado e produção de serviços socialmente organizada, estabelecendo, ainda, relações extremamente diferenciadas quer com o Estado, enquanto sendo trabalhador social, quer com as condições objetivas de trabalho, enquanto sendo detentor de saber complexo. ” E acrescentaram : “ nos estudos acerca dos problemas do trabalho, tomar o trabalhador de modo já tão conjugado às condições em que trabalha, que se termina por desqualificar o agente do trabalho como possível ator social. Vale dizer desqualificar o momento do agente como dimensão também problemática, em que surgem igualmente obstáculos para a concretização do trabalho, obstáculos que são problemas *específicos da esfera do trabalhador*. ”Schraiber,L. B. e Machado, M.H.( 997 - 292 ).

Campos, G.W.S. ( 1997 ) propõe a re-significação do trabalho em saúde, re-atualizando o termo Obra. Coloca as categorias de responsabilidade, coeficiente de autonomia profissional, com possibilidade de co-existência, sendo portadoras de uso e co-potencializadoras, não se aprisionando em olhar dualista. Esse autor rediscute o trabalho em equipe, utilizando os conceitos de campo ( “... saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades ... ” ) e núcleo ( “ conjunto de saberes e de responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade ... ” ). Conclui : “ estas duas categorias poderiam substituir, em larga medida, o papel dos protocolos e normatizações ao

invés da impossível tarefa de programar todos os processos de trabalho imagináveis, buscar-se-ia jogar com a definição negociada de Campos e Núcleos de Competência e de Responsabilidade” ( Campos, .W.S.,1997 - 250 )

Um outro argumento para valorizar a existência e o desenho desse tipo de intervenção pedagógica que propus é a otimização de recursos financeiros e do recurso tempo.

São raras as administrações municipais que investem na formação gerencial e na capacitação técnica. Quando o fazem, geralmente envolvem somente os gerentes, os quais têm que se ausentar da unidade, distanciados do cotidiano e da equipe, acumulando problemas. Quando retornam ao serviço, espera-se que atuem como reprodutores. Esse processo não é tão linear, nem tampouco seguro que ocorra. Sabemos das várias atribuições do gerente, de seu papel de governo, de supervisão, de inter-locutor com o nível central. Aprendi que não são todas as pessoas que conseguem desenvolver um papel de “ educador ”. A partir dessas considerações justifico e proponho um processo pedagógico com toda a equipe.

Uma hipótese, que se embasa em elaborações do Psicodrama, pode ser um outro argumento valorativo deste tipo de trabalho. Espera-se que, ao desenvolver a intervenção pedagógica com a coordenação e a equipe, trabalhando em um espaço mais relaxado, contando com a presença e colaboração de um técnico externo, ocorra uma experiência que pode, sem nenhuma certeza, contribuir para a descristalização e dinamização das relações da equipe. Pode ainda, mexer nas relações de poder estabelecidas, pode gerar processos mais duradouros, disparados em imprevisíveis direções.

Assim, um número maior de trabalhadores envolvidos pode aglutinar um núcleo que, ao gerar um processo, resiste, disputa e opera a implantação das mudanças necessárias. Então ao se fazer um planejamento estratégico, ao invés de propor-se mobilizar a equipe para tal processo, se terá a constituição de um grupo, que pode se tornar um ator, o recurso essencial e motriz para a luta pela qualificação da assistência. Relembro ainda, como dizia Gastão W.S. Campos, quando secretário de saúde de Campinas, que as equipes governantes passam, mas as equipes assistenciais permanecem. Assim defendo que o direito à saúde, à ética, à satisfação e à competência profissional devam constituir-se em



bandeiras de um agora que constrói um devir, podem ser significados agregadores de um grupo, de uma equipe. Constituindo-se em ator ( equipe de saúde e coordenação ), podem ter em sua agenda a discussão e batalha por uma política de saúde mais condizente com as necessidades da população, dos trabalhadores e atuar nos espaços institucionais, na área de cobertura, nos poderes executivo, legislativo e em fóruns de cidadania.

O método pedagógico proposto pretende trocar e aprender com os trabalhadores, por serem eles quem estabelecem o vínculo terapêutico, que assumem a dimensão cuidadora ( Merhy, 1998 -17 ). É muito desproporcional o nível de informação, capacitação que a sociedade acumulou e o que tem sido transmitido aos trabalhadores da rede básica.

Busco aprendizado sobre desenhos metodológicos para capacitações para esse ator estratégico, posto que os centros de saúde, ao meu ver, são *locus* a serem revalorizados, como espaços / concepção potentes para acontecer / consolidar realmente o SUS.

Já aprendemos que saber é poder, que todos têm o seu conhecimento, mas que o acesso ao saber formal se dá de forma desigual, seguindo a inserção social da pessoa ou grupo. Proponho que ampliemos essa discussão, através da contribuição de Mario Testa ( 1992 - 110 ), com o seu postulado de coerência, o qual “ estabelece uma relação necessária entre propostas, métodos para alcançá-las e organização das instituições que se encarreguem disso. ” Não basta reivindicarmos um sistema público de saúde de qualidade. Os governos e os trabalhadores em saúde têm que saber qual o modelo assistencial mais adequado para aquela rede, como organizá-la para executar suas atribuições.

Tal argumentação expõe a correlação entre teoria, método e política. Logo, se temos teorias, a política de acumular para a qualificação do SUS; é estratégico e necessário nos dedicarmos ao aprimoramento de métodos, que visem aumentar nossa capacidade de implementação, através de experiências e sistematizações na área da Gestão Pública de Serviços de Saúde.

Após tais flashes e argumentos apresentados, que utilizei para localizar a problemática em que está inserida essa pesquisa e demonstrar a relevância desse tipo de trabalho. Quero chamar a atenção sobre a percepção de como as conseqüências, as implicações do referido contexto, nos reportam ao diagnóstico inicial. As conseqüências

tornam-se causas iniciais que conformaram o cenário e o pano de fundo que foram construídos.

“ No mundo da História, da cultura, da política, *constato* não para me *adaptar* mas para *mudar* ” ( Freire, 1996 - 85 ). Os problemas que constatamos nos dão e apontam limites / possibilidades para os nossos desejos, projetos e apostas.

Para ir fechando as cortinas desse I Ato / capítulo, uma citação que muito me esclarece e norteia o viver em tempos de crise : “ Para certos autores ( por exemplo, Marx ), o Capitalismo é um sistema histórico que existe em crise permanente, posto que incorporou essa condição a seu modo de transcurso.

Para o Institucionalismo, tanto enquanto Campo de Análise como de intervenção, os estados de crise são considerados fecundos, na medida em que envolvem a falência do instituído - organizado e a emergência do instituinte-organizante no seio da “ desordem criadora ” ( Baremlitt, 1996 - 161 ).

Concluindo, para a esquizoanálise “o Desejo é essencial e imanentemente produtivo, gera e é gerado no processo mesmo de invenção, metamorfose ou “ criação ” do novo. Sua essência não é exclusivamente psíquica, pois participa de todo o Real (...). Não tende à morte, porque constitui a essência da Vida ... ” ( Baremlitt, 1996 - 163 ).

Nós, trabalhadores em saúde, somos seres desejantes, que trabalhamos com e para pessoas desejantes. Se escolho tal afirmação, a intervenção pedagógica deve propor vivências que propiciem contatos subjetivos, criativos, prazerosos. Assim posto, qual foi a concepção e a proposta da intervenção pedagógica ?









## METODOLOGIA, PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO CAMPO E INFORMAÇÕES PRELIMINARES

Para a elaboração do método de investigação, utilizei-me de metodologia qualitativa, como descreverei nas próximas páginas.

Utilizei a terminologia intervenção pedagógica, primeiramente pela intenção de distingui-la de cursos ou capacitações, cujas concepções e metodologias, muitas vezes, determinam que esses “funcionem ” como transmissores de informações.

O exercício do papel profissional, requer formação e atualizações, mas a motivação do adulto é direcionada e circunscrita predominantemente à sua problemática quotidiana. Logo, para que ocorra maior assimilação no plano individual e impacto no serviço, entendo que o reflexão e a teorização devem se dar, na busca de respostas e explicações para a problemática vivenciada no trabalho. Assim podemos nomeá-la de intervenção pedagógica, pois pretende-se que ocorra um processo de ensino ↔ aprendizagem. Contém exposição de conteúdos, mas, principalmente, leva a repensar as ações de saúde dentro de um contexto, com suas determinações e subordinações, resignificando o Centro de Saúde ( sua equipe ) como *locus* de formulação, como um ator sujeito, não somente sujeitado. Não sendo a “ a ponta ”, a rebarba, mas o lugar prioritário de um sistema de saúde, com sua preciosa missão de promoção, prevenção e cura.

A utilização da categoria intervenção, é um empréstimo do campo da Análise Institucional . Optei por usar contribuições de vários saberes, já que o viver em relação, em instituições, nessa sociedade globalizada é complexo e pede que se aglutinem vários conceitos, posto que nenhuma teoria dá conta de fazer uma análise totalizante ( Capra, 1982 – 259 e Ardoino, 1998 ). Ressalto que minha intenção era fazer um recorte, dar somente uma olhada sobre uma determinada realidade.

No “ Compêndio de Análise Institucional e outras correntes ”, Gregorio Barembliit ( 1996 - 178 ) registrou a seguinte conceituação :

“ Intervenção Institucional : ação transformadora praticada segundo uma ética e uma política, formalizada em uma teoria que aplica segundo certas regras metodológicas, uma série de recursos técnicos. Todo procedimento parte de uma avaliação logística de disponibilidades e é planejado segundo uma estratégia que se decompõe em táticas. Seu objetivo central é propiciar nos coletivos intervindos a ação do instituinte-organizante e, no seu limite, a implantação de processos de auto-análise e auto gestão. ”

A postura de não neutralidade, a necessidade de ser propositiva, o saber da riqueza de estar interações, a capacitação para o manejo relacional entre educador e educando, o papel do trabalhador em saúde pública / pesquisador, foi uma somatória de aprendizagens anteriores: pelo contato com a Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire ( 1983 ) e com A Pesquisa Participante, de Carlos Augusto Brandão ( em 1986 ); a participação em movimentos sociais; a vivência, no papel de “monitor ” ( educador ), de forma prazerosa e de aprendizagem, no Curso de Formação de Auxiliares de Enfermagem, conhecido por Projeto Larga Escala, o qual se embasava no Construtivismo. Contudo, a linha de costura, ou melhor, o tecido nervoso veio do Psicodrama Pedagógico.

Explicitando um pouco mais, as contribuições do Psicodrama Pedagógico foram a utilização das técnicas de dramatização e *role playing*. As estruturações didáticas dos encontros se orientaram por “ dicas ” psicodramáticas. Detalharei essas técnicas e dicas no próximo capítulo. Avalio, porém, que a maior contribuição no psicodrama, foi ter capacitado-me para ler grupos. Estava “ ligada ” o tempo todo, desde as expressões faciais no início dos trabalhos, um desenho, até uma brincadeira no intervalo, os quais iam me dando retornos e avaliações continuamente. Essas leituras orientavam-me sobre o ritmo das atividades, por exemplo, no adiamento de uma proposta, substituindo-a por uma roda de conversas esclarecedoras. Mas, para mim, o mais apaixonante era ir acompanhando os processos individuais, a constituição de um grupo com uma nova identidade: a Turma da Manhã, a Turma da Tarde. As interações, as trocas entre trabalhadores dos dois centros de saúde, também foram estimulantes.

Para finalizar a localização dessa pesquisa, enquanto filiação metodológica, esclareço que inicialmente busquei referências na Metodologia de Pesquisa - Ação, de Michel Thiollent ( 1986 ). Agreguei conceitos da Análise Institucional ( Gilles Deleuze e



Félix Guattari ) e alguns da Multirreferencialidade ( de multi autorias, coordenador Joaquim Gonçalves Barbosa - 1998 ).

Já o conteúdo específico trabalhado foi do campo da Saúde Pública, da Gestão de Serviços de Saúde, nutrindo-se prioritariamente da produção sistematizada nos livros *Inventando a Mudança na Saúde*, organizado por Luís Carlos de Oliveira Cecílio, 1994 e o *Agir em Saúde - um desafio para o público*, organizado por Emerson Elias Merhy e Rosana Onocko, 1997.

Trabalho com a hipótese de que a construção do papel profissional em Saúde se dá na interação de várias capacidades, competências e entendimentos, tais como : a capacidade para perceber o outro, para atuar em situações de sofrimento e de necessidades, para interagir em acontecimentos dos vários tipos de morte ( física, relacional, institucional e social).

Ter competências desde as motoras para realizar procedimentos, somado à capacidade de escolher e aplicar técnicas, até a racionalização do uso de tecnologias.

Na relação terapêutica, ser capaz de entender o processo daquela pessoa ou comunidade, analisando a multicausalidade, isto é, ler o outro no contexto de sua História, no seu momento pessoal, a fase biológica por que passa, seus problemas mais emergentes, sua situação relacional, como toca a vida, seus valores, escolaridade, credo, sua condição social e de trabalho, suas perspectivas, a localização no processo saúde-doença, sua necessidade ou diagnóstico, até a construção de um projeto terapêutico-educativo.

O entendimento se completa com a capacidade de contextualizar socialmente o usuário ou população, segundo os recursos ( psíquicos, relacionais, financeiros, organizativos, etc. ) que possuem para seus cuidados. Assim como saber utilizar os recursos terapêuticos disponíveis no sistema de saúde em que esteja inserido.

O trabalhador, concomitantemente à construção de seu núcleo (Campos, 1997), sua identidade profissional, tem que elaborar o discernimento e a complementaridade com seus colegas de equipe, localizando-se no processo de trabalho, no campo de atuação. Assim conforma-se a relação de equipe. Pode ainda, em uma dimensão mais ampla, ações atuar como um trabalhador / cidadão.

Ao considerar a contínua construção do papel profissional, com os referidos

aspectos, defrontamo-nos com a sua complexidade, sua dinâmica, com a configuração de um diagnóstico, que pode apontar campos teóricos / metodológicos, capazes de oferecer substratos para tais necessidades de capacitação. Assim sendo, buscou-se unir contribuições do campo da Gestão ( mais racional, mais objetivo, ) e os do campo da psicologia ( mais subjetivo, mais impreciso ), a ser melhor detalhado posteriormente.

Concluindo, trabalho com a hipótese central, de que ao agregar os campos da Gestão e da Psicologia, se conforma um arcabouço teórico-metodológico com potência de intervir nos serviços e também mobilizar os trabalhadores em saúde.

Pretendi analisar a intervenção pedagógica enquanto um dispositivo.

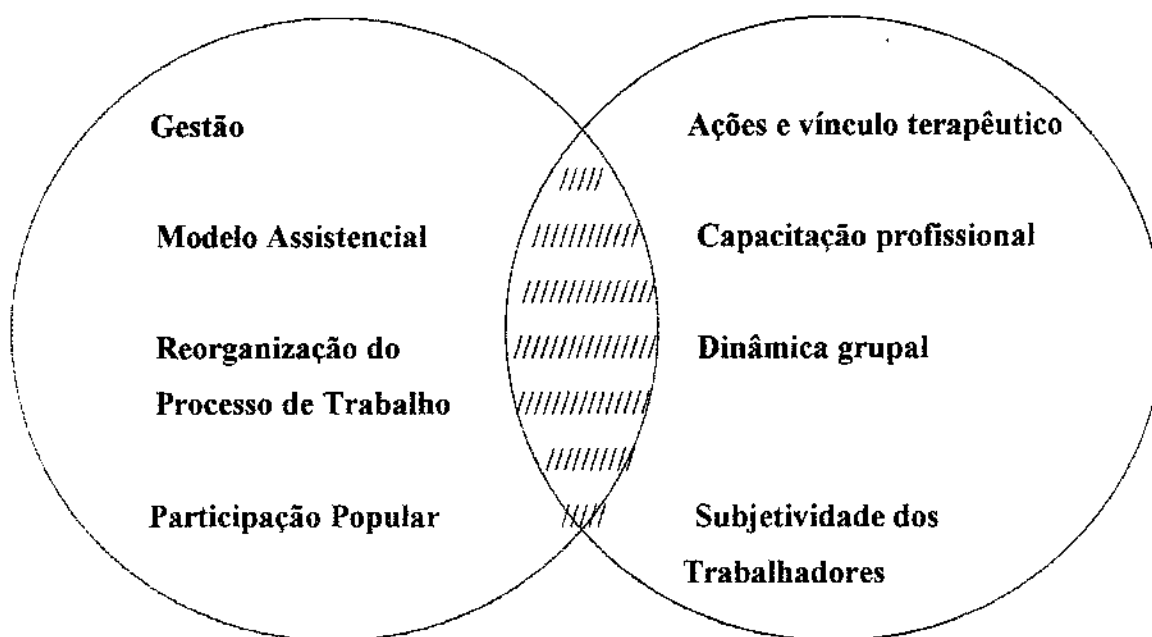
“Agenciamento ou Dispositivo : é uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos, atualiza virtualidades e inventa o Novo Radical. Em um dispositivo, a meta a alcançar e o processo que gera são imanentes ( ver Imanência ) entre si. Um dispositivo compõe uma máquina semiótica e uma pragmática e se integra conectando elementos e forças ( multiplicidades, singularidades, intensidades ) heterogêneos que ignoram os limites formalmente constituídos das entidades molares ( estratos, territórios, Instituídos etc. ). Os dispositivos, geradores da Diferença Absoluta, produzem realidades alternativas e revolucionárias que transformam o horizonte do considerado Real. ” ( Barembliit, 1996 - 151 ) .

Proponho utilizar a categoria dispositivo, mas recodificada no contexto desse trabalho, com seus limites e possibilidades. Explicitando melhor, tomo emprestado, com o entendimento de que dispositivo gera acontecimentos, cujas metas e processos são imanentes.

Com esse esclarecimento, tal categoria deve ser reconhecida como central. O foco / óculos para uma leitura. A pergunta central é : A intervenção pedagógica contribui para produzir acontecimentos / processos de mudança ?

Retomando a reflexão sobre a complexidade da contínua re-construção do papel profissional, a qual determina um tipo de formação e atualizações. Proponho estudar o arranjo metodológico que integra o campo da Gestão com o campo da Psicologia, na construção do papel profissional, somando a competência racional com o manejo relacional.

Esquema explicativo da interação dos campos da Gestão e da Psicologia :



Respaldo tal proposta em elaborações de Jacques Ardoino ( 1998 - 34 ) :

“ ... O estabelecimento escolar é um lugar de vida, uma comunidade, que reúne um conjunto de pessoas e de grupos em interação recíproca. As relações que o vivido coletivo tece no decorrer das situações sucessivas estão inscritas numa duração, carregadas de histórias ( e de “ histórias ” que estabelecem uma contenda entre os protagonistas ) e se encontram mesmo assim determinadas mais pela dinâmica das pulsões inconscientes e da vida afetiva, pela ação dos fenômenos transferenciais e contra-transferenciais, pelas incidências das implicações que têm nos papéis ou nas associações, pelo peso próprio das estruturas psíquicas, pelos vieses específicos que decorrem das bagagens intelectuais de uns

e de outros, do que pela lógica de um sistema que pretende dividir funções e estabelecer tarefas para bem conduzir missões. (...) efetua-se uma quase-anastomose, até mesmo uma hibridação, a partir dos mitos, das crenças, das opiniões, das normas, das proibições e dos desejos-angústias de transgressão que resultam disso, dos valores pessoais e culturais etc. Conflitos interpessoais que refletem freqüentemente, por acréscimo, conflitos intrapessoais de uns ou de outros decorrem disso inevitavelmente. Abordagens, principalmente psicológicas, psicossociais ou psicanalíticas, incontestavelmente lidarão melhor com esses aspectos. ” ( Jacques Ardoino, 1998 - 34 )

Venho trabalhando com a hipótese, que ao agregar os referidos campos, com seus conhecimentos e vivências, os trabalhadores dinamizem a da Gestão Participativa. Que ao rediscutir o papel profissional, que ao re-significar o vínculo terapêutico, possa ser gerado um processo de retro-alimentação, o qual irá produzir um movimento, com acúmulos, continuidade...

Com esses propósitos, apresentei um esquema inicial de uma intervenção pedagógica, a ser reconstruído e discutido com os coordenadores dos CS Barão Geraldo e São Marcos, técnicos de recursos Humanos e Centro de Educação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Resumia-se em :

**Título : A equipe de Saúde como agente de mudanças no SUS**

**Objetivo Geral :** Propiciar reflexões coletivas que contribuam para a gestão, participativa e a qualidade da assistência prestada nos Centros de Saúde

**Objetivos específicos :**

- \* Discutir sobre o papel profissional - terapêutico, sobre o trabalho de saúde em equipe.
- \* Propiciar discussão sobre a importância do vínculo da equipe de saúde com os usuários e a comunidade.
- \* Repensar estratégias que facilitem o Acesso para os usuários aos Centros de Saúde.
- \* Discutir as contribuições da participação dos trabalhadores nos Conselhos Locais de Saúde.

**Conteúdo Programático :**

- O Processo Saúde / Doença
- O Lidar com a saúde, o sofrimento e a morte
- A natureza do “ objeto ” de trabalho em Saúde
- O Vínculo Terapêutico
- A Subjetividade do trabalhador em saúde e o seu papel profissional



- O trabalho em equipe de saúde
- A Gestão Participativa
- A História da Saúde Pública e a História que continuamos a construir
- O Sistema Único de Saúde - SUS, diretrizes e financiamento. O SUS-Campinas
- Apresentação do conceito de Modelo Assistencial
- Diretrizes do Modelo Assistencial em Defesa da Vida : O Acesso, o Acolhimento, o Vínculo, a Responsabilização e a Resolutividade
- Reconhecendo os cidadãos e a comunidade : - A história e a organização social, a relação com as famílias, escolas, locais de trabalho, associações, igrejas, etc
- As necessidades de saúde dos usuários ( subjetivas e físicas )
- Os trabalhadores e a Participação Popular
- Formas quotidianas de contato com os usuários : o Conselho Local e Municipal de Saúde, Conferências Municipal, Estadual e Nacional
- Depoimento de representante dos trabalhadores em Conselho Local de Saúde
- Oficinas de trabalho : Repensando a organização do processo de trabalho através da diretriz acesso



- Oficina de trabalho : Repensando o modelo de assistência utilizando a diretriz acolhimento

- Oficina de trabalho : Repensando a assistência utilizando a diretriz do vínculo terapêutico e a responsabilidade

- Oficina de trabalho : Repensando a assistência segundo as necessidades dos usuários e a resolutividade

- Oficina de trabalho : Repensando os trabalhos em grupos, as ações educativas e as ações de vigilâncias

Os recursos didáticos utilizados foram dinâmicas de grupo, aulas interativas e expositivas, técnicas do psicodrama pedagógico ( dramatização, *role playing*, etc ), técnica de visualização móvel ( construção de painéis com uso de tarjetas ), exposição de filmes, textos subsidiários, depoimentos, músicas, instrumentos musicais, sucata, diversos tipos de papéis e canetas, panos, bichinhos de pelúcia, etc.

A proposta consistia em treze encontros semanais, cada um com duração de quatro horas, transcorridos no período de três meses, com carga horária total de 52 horas.

Pensar a intervenção enquanto um dispositivo possibilita formular algumas perguntas que serão como lentes, que se conformarão em categorias de análises conclusivas :

\* A intervenção pedagógica “ penetrou ” em quem as vivenciou ?

\* Participar da intervenção teve significado para o trabalhador, para a equipe?

\* Contribuiu para as descrystalizações nas relações de equipe ?

\* Produziu movimentos relacionais e deu subsídios para gestão participativa e ascendente?

\* Revitalizou o papel de cidadania nos trabalhadores, segundo o direito e o significado de participação no Conselho Local de Saúde ? Houve aumento real de participação no CLS ?

\* Reaqueceu a concepção de direito e potencialidade da Participação Popular ?

\* Gerou mudanças na organização do processo de trabalho ?

\* Ocorreu ressignificação e apropriação das categorias de Acesso, de

Acolhimento e Vínculo Terapêutico ?

\* Contribuiu para a reflexão do papel profissional ?

\* Revalorizou a importância do Vínculo Terapêutico ?

Buscando sintetizar as perguntas, a pesquisa é a experiment (ação) de um arranjo metodológico, analisando a potencialidade da intervenção pedagógica. Ela ocorreu da interação de duas instituições, quando se deu um zoom em dois centros de saúde e suas equipes, os quais estavam imersos no emaranhado cenário das conjunturas sócio-político-administrativo e econômicas, engessados pela estrutura, herdeiros do SUS Campinas, encenando segundo suas realidades peculiares e contracenando nas possibilidades das singularidades que conformam cada grupo, cada equipe.

Ao construir o papel de pesquisadora, delimitando o objeto, a metodologia, que possibilitem um distanciamento (um olhar, um foco) para que ocorra um processo de

investigação, de aprendizado e de interação; esclareço que trabalho com o pressuposto de que não sou neutra e que nos limites de meu papel, sei e espero que ocorram trocas ( Paulo Freire, Michel Tiollent - 1986 ).

Luís Falivene, professor do Psicodrama, dizia que é importante fazer um processamento, uma avaliação no final de uma vivência, de um processo. E continuava dizendo mais ou menos assim, que as avaliações, as falas nem sempre reproduzem todo o processo que foi gerado, os *insights*. Ele dizia que a percepção do aprendizado pode se dar em outros momentos e dispersos em várias direções, ações, papéis e situações.

Pessoalmente pude confirmar a argumentação citada acima. Sustentada nesse aprendizado, no papel de educadora / pesquisadora. Reafirmo: o que me dá significado é apostar na interação, nos processos de troca, no laborial das oficinas. Assim, o produto será de autoria coletiva e a minha satisfação estará em ser um meio, um canal, uma enzima. Porém, a vida e no contato com a proposta de Moreno, aprendi que não se cria a partir do nada, que são necessários processos de cristalizações, para deixar um registro, uma construção, uma memória, para que a Vida continue e outros processos de descristalizações ocorram. Logo, faz-se necessário um “ balizamento ” sobre a intervenção pedagógica.

Segundo Jacques Ardoino e René Barbier ( 1998 ) : “ As noções de balizamento e de distinção emergem quando nos recusamos a explicar, e por isso reduzir, a realidade para tentar entendê-la. A explicação, cara às ciências experimentais, induz à idéia uma ‘ separação ’, de um corte sistemático e arbitrário no seio de uma totalidade viva. É o preço que se deve pagar pela pertinência científica, qualquer que seja a disciplina considerada. Para o pesquisador situado numa epistemologia da compreensão, a totalidade-em-ato ou totalização da realidade é, em última instância, um dado inelutável do objeto cuja complexidade permanece como a palavra-chave. O ‘ balizamento ’ permite aclarar as fronteiras desta complexidade, enquanto a ‘ distinção ’ tem por função fazer falar o objeto sem negar, nem mesmo pela convenção epistêmica, a realidade de sua situação e sua heterogeneidade intrínseca.”

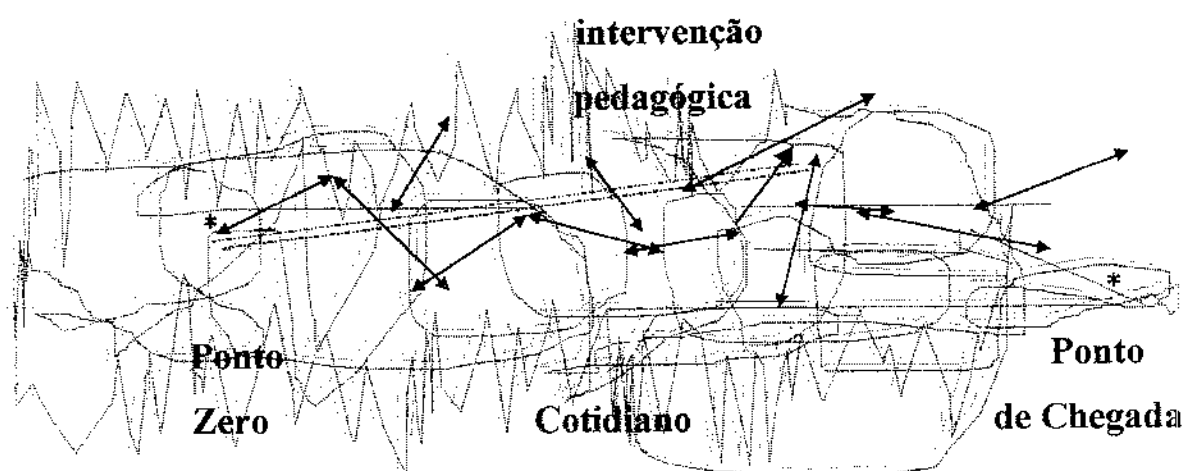
No papel de pesquisadora, exercitando a reflexão e a sistematização, tecerei um sistema esquemático analizador, tentando balisar o processo estudado.

Foi idealizado um sistema para marcar o Ponto Zero e o Ponto de Chegada,



para delimitar algum referencial que permitisse analisar o processo que ocorreu. No primeiro encontro, foi solicitado que se construísse coletivamente um painel, contendo os três principais problemas do centro de saúde e os três principais problemas individuais, isto é, o trabalhador inserido em sua área de atuação, em seu respectivo processo de trabalho.

Desenho : forças interativas que constituem uma instituição, com treze disparos da intervenção pedagógica



Com o desenho acima, tentei demonstrar um ponto zero, de partida, com treze flechas, cada uma representando um encontro pedagógico, uma intervenção no cotidiano de uma equipe, até um ponto de chegada, tendo como substrato a instituição, centro de saúde, que é um emaranhado de determinações, cristalizações e de forças. Assim sendo, não é possível apreender todos os dados, os subtextos, os projetos, as interações. Seria autoritário, inviável e ineficaz conceber uma intervenção com o propósito de “reformatar”, de impor uma determinada “ordem”, à uma equipe, em um arranjo institucional. Avalio como possível de ser balizado a ocorrência ou não de mudanças no que estava estabelecido, com possibilidade de correlacionar os dispositivos com os acontecimentos.

No final da intervenção, foi reproduzido o mesmo painel, com as mesmas consignas, sendo então denominado como Ponto de Chegada. A intenção é analisar como a equipe prioriza seus problemas, se ocorreu alteração em seus olhares sobre a situação local e individual, se houve incorporações de concepções e conceitos discutidos na intervenção. Nos fatores / problemas onde ocorreram algumas melhoras ou resoluções reais, quais foram os novos aspectos a serem problematizados. Trabalho com a hipótese, que a intervenção pedagógica, contribua para mobilizar a cegueira situacional ( Matus, 1989 ), que diminua a auto-referencialidade, com a incorporação e a re-significação da problemática do usuário. “ Cegueira situacional consiste naquela parte da realidade que o ator não pode distinguir do resto porque : está fora de seu foco de atenção... de compreensão...de referência ... de sua percepção... do tempo... Dominado pela dissonância cognitiva ( supressão da informação dolorosa )”.( Bueno e Rollo, 1996 )

Painel 1 :

### **Ponto Zero**

Centro de Saúde X

Turma Y

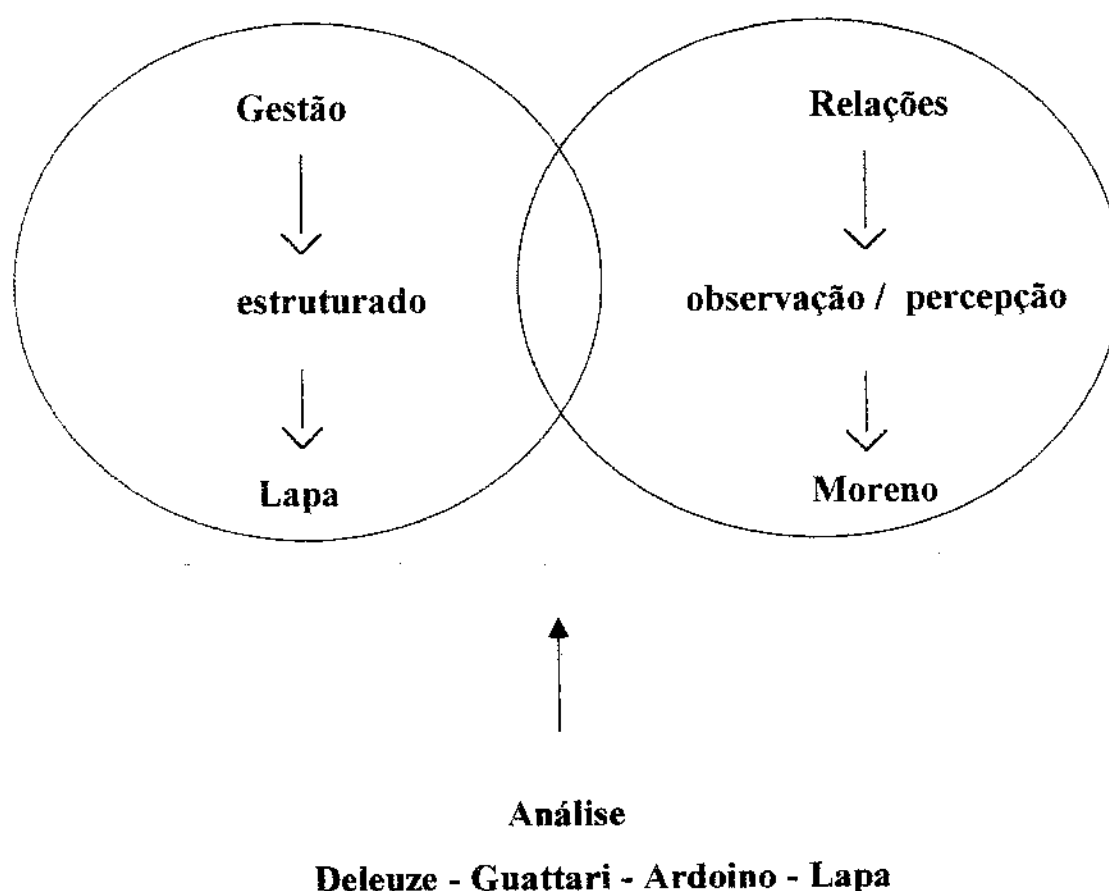
<b>Problemas da sua área de trabalho</b>	<b>Problemas Gerais do CS</b>

Adotei ainda, uma forma de registro contínuo, durante toda intervenção pedagógica, o através de anotações em um caderno de bordo, das observações no que se refere à aprendizagem e relação grupal. Além da diretriz de produzir material escrito o máximo possível, durante as oficinas.

Novo balisamento deveria ser feito após um ano, com retorno aos dois centros de saúde, para aplicação de um questionário ( em anexo ), que verifique :

- a intervenção gerou algum acontecimento ? Gerou processos ?
- Deu contribuições para a re-construção do papel profissional revalorizando o vínculo terapêutico ?
- Houve alguma alteração na dinâmica relacional, que possa ser relacionada com as vivências da intervenção pedagógica ?
- Ocorreu alguma mudança concreta na Assistência e Gestão .

Posteriormente analisar todo o material coletado seguindo o esquema :





Para fazer a análise conclusiva, construí um painel, com o objetivo de facilitar a visualização, somando as conclusões obtidas através do processamento das oficinas, das anotações do caderno de bordo e do balizamento “um ano depois”. Exemplo de painel:

	<b>O QUE PODE MUDAR ?</b>	<b>O QUE MUDOU ?</b>
<b>Acesso</b>		
<b>Vínculo terapêutico</b>		
<b>Gestão</b>		
<b>Revitalização do CLS</b>		
<b>Relacionamento da equipe</b>		

## **Processo de Construção do Campo e Informações Preliminares**

### **Escolha do campo e a amostra :**

O arcabouço metodológico e as perguntas-lentes, que embasam e norteiam esta pesquisa poderiam apontar o hospital como campo a vivenciar o empírico. Porém, considerando que trabalho mais frequentemente com trabalhadores da rede básica de saúde, optei pelo centro de saúde. Avalio porém, que a intervenção pedagógica poderia ser realizada nos diversos serviços do SUS.

Propus que a intervenção pedagógica ocorresse no município de Campinas pelo fato de sua rede ser utilizada como campo de estágio para a Faculdade de Ciências Médicas, no período que se deu a pesquisa. Também, pelos contatos com a SMS de Campinas, apontarem para a possibilidade de aceitação de meu pedido / convite. Penso ainda, que movida por antiga e marcante experiência junto aquela instituição, que deixou-me um vago sentimento de exílio.

Faz-se necessário traçar o contexto, no qual os atores citados no início deste trabalho estão inseridos, assim como os centros de saúde a serem estudados, apresentando também, sínteses das informações coletadas.

Campinas está se aglomerando em uma região metropolitana, com aproximadamente 930.714 de habitantes ( IBGE. Contagem, populacional - 96 ). Possui perfil, ofertas e problemas de um grande centro urbano. Considerado o segundo parque industrial do Estado de São Paulo e com muitas empresas na área de prestação de serviços, é a terceira praça em movimento bancário do país e um pólo de Ciência e Tecnologia ( 3 universidades, vários centros de pesquisa). Sua população apresenta desigualdades econômicas e sociais, que, em seus extremos, se aperta em *shopping center* ou em barracos

dos sem-teto. Convivemos com aumento da violência, desemprego, com dificuldades de transporte urbano, problemas ambientais e saneamento básico. Concentra, ainda, uma rede privada de serviços de saúde de alta complexidade e faturamento, sendo antiga referência regional e estadual.

Avalio como um instigante e rico exemplo de cidade a ser pesquisada, devido à sua história na área da Saúde Pública e pelas seguintes características :

- \* foi um dos municípios vanguardista na implantação do Sistema Único de Saúde, construindo uma rede de serviços públicos que vem se consolidando, há mais de duas décadas;

- \* por sua cultura institucional, com acúmulos e marcas deixadas pelos vários governos municipais;

- \* pela sua capacidade instalada, quantidade e qualificação de seus trabalhadores;

- \* por suas características político - gestoras , constitui - se em rica experiência, devido sua complexidade, seus atuais problemas no campo da Gestão, Processo de Trabalho e Resolutividade;

- \* seu sistema público de saúde é constituído por 43 Centros de Saúde, 1 Laboratório de Análises Clínicas, 3 Policlínicas de Especialidades, 1 Núcleo de Vigilância à Saúde ( Vig. Sanitária, Epidemiológica, Meio Ambiente e Zoonoses ), 5 grupos de Vigilância à Saúde descentralizados, 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, 1 Centro de Referência em Doenças Sexualmente Transmitidas e AIDS, 1 Centro de Orientação Anônimo Sorológico, 1 Serviço de Reabilitação Física, 2 Serviço de Atendimento Domiciliar, 1 Hospital Municipal de 176 leitos, 4 Pronto Atendimentos, 1 Serviço de Atendimento Médico de Urgência ( Samu ), 2 Centros de Apoio Psíquico - social, 1 Ambulatório de Planejamento Familiar, 1 Centro de Referência e Informação sobre Alcoolismo e Drogadição e Etilista, 1 Centro de Vivência Infantil, 1 Centro de Referência de Atendimento Integral à Saúde do Adolescente e 1 Centro de Educação dos Trabalhadores em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde mantém convênio com 2 Hospitais Universitários e 1 Serviço de Saúde Mental. ( Fonte : Departamento de Informação e Desenvolvimento - Secretaria Municipal de Saúde, 1998 );



\* devido às necessidades de saúde da sua população, com complexo quadro de morbimortalidade, que apresenta novas e antigas doenças, as da pobreza e as da riqueza ( Informe Trimestral do Projeto de Monitorização dos Óbitos do Município de Campinas - SMS de Campinas e Laboratório Aplicado de Epidemiologia - LAPE - DMPS - UNICAMP e Barros, M.B.A.-1997. );

Concluindo, uma das principais características de Campinas a ser valorizada é que, desde a década de 70, foi e ainda é palco de um significativo Movimento Popular de Saúde, MOPS, assim denominado, no 1º Seminário Saúde e Participação Popular, em 1987.(L' Abbate, 1992 - 87 ). Trata - se de grupos de diversos bairros que se aglutinam para reivindicar implantação de “ posto de saúde ”, saneamento básico ou garantia de acesso e melhoria da qualidade dos equipamentos já existentes ( ver Smeke, EL - 1989 ). Suas lutas resultaram nas conquistas das construções, por exemplo, do CS São Marcos, CS Santa Lúcia, CS Santa Odila, CS Vila Ypê e outros. Além de reformas e ampliações de vários centros de saúde ( relato de Iara de Oliveira Correia, militante do MOPS ). A atuação desse ator tem sido marcante em todas as Conferências Municipais de Saúde, assim como sua participação no Conselho Municipal de Saúde, para garantir o caráter público, a gratuidade, o acesso, a universalidade e a qualidade da assistência. Acompanhar e interagir com esse ator muito nos estimula e dificulta a cristalização de nossa cegueira situacional.

#### **A amostra :**

Foi escolhido inicialmente o CS Barão Geraldo, como foi dito, por ser campo de estágio do DMPS\FCM\UNICAMP, assim como também é o CS São Marcos. Pela concepção qualitativa, avaliou-se que dois serviços conformariam amostra adequada, posto que ambos pertencem à DRO Norte ( diretoria regional de operações, a administração municipal é dividida em 5 regiões), estando vivenciando uma conjuntura política - administrativa mais semelhante, outras variáveis de confundimento seriam , teoricamente, mais facilmente detectadas / contornadas. Não optei por trabalhar apenas com um CS, pela possibilidade de alguma peculiaridade restringir a potência da intervenção.

Também para otimização de recursos, visto que o número de trabalhadores de cada CS disponível por período seria relativamente pequeno, para não prejudicar a rotina dos serviços. Assim, propus formar duas turmas. Seria realizada no período da manhã, preferencialmente com quem trabalhasse a tarde e vice - versa.

Outro aspecto importante foi que, apesar da proximidade geográfica, os CS Barão e São Marcos representam dois retratos da área de cobertura, os quais se complementam, dando um perfil da realidade campineira. Como se sabe, as condições de vida de uma população determinam suas necessidades de saúde, por isso é necessário conhecer onde e como vivem nossos usuários.

No distrito de Barão Geraldo, encontram-se pacatos bairros populares urbanizados, pequena área de favela, 1 ocupação com 30 famílias, 1 bairro em processo de urbanização com população pobre, uma universidade (Unicamp), o centro comercial em franca ampliação, arborizadas regiões com casas de classe média e luxuosos condomínios, delineados por extensa área rural ( com muitas pessoas pobres, outros que escolhem viver de forma mais alternativa ) e ruidosas rodovias.

Os bairros que constituem a área de cobertura do CS São Marcos são herdeiros pobres do milagre brasileiro. São mineiros, nordestinos, paranaenses que há décadas tetam fazer suas casas de alvenaria, as quais vêm redesenhando as antigas e violentas favelas. Muitos barracos persistem ao lado de grandes e inúmeras lojas de material de construção. Ainda, há muita fome, inexistência de saneamento básico e como, em outros bairros, desemprego, tráfico / drogadição e violência.

Outro aspecto a ser pesquisado, foram as distintas formas de mobilização social. A região do CS São Marcos viveu histórico movimento popular reivindicatório por saúde, educação e urbanismo, nas décadas de 70 e 80. Hoje, contam com alguns equipamentos públicos e filantrópicos ( centro de saúde, creches, escolas de 1º grau, núcleos para adolescentes e espaço cultural, sendo que os dois últimos governos municipais não investiram o necessário na manutenção e otimização de tais recursos- relatos informais de funcionários da Secretaria da Promoção Social, da Educação e da Saúde).

O Movimento Popular de Saúde persiste, através da atuação de algumas lideranças, sem ter, porém, um projeto que esteja aglutinando e mobilizando

significativamente a população ( informações de antigas funcionárias - militantes do MOPS e do coordenador do CS ).

O Conselho Local de Saúde estava constituído, sem fixação de calendário de reuniões. Os representantes dos usuários agem como portadores de reclamações de atendimento inadequado ou falta de acesso. Os trabalhadores não sabiam quem eram seus representantes, assim também como desconheciam as pautas das últimas reuniões. O Coordenador, me pareceu que de forma atribulada, cumpria tarefa de agendar as reuniões, mas não tomava o CLS, como um fórum de gestão e não utilizava seu recurso tempo na construção de alianças e estratégias com o referido ator.

Já em Barão Geraldo, as famílias imigrantes italianas tinham iniciado seus trabalhos, décadas antes, transformando as antigas fazendas de café em bairros de operários e pequenos comerciantes, que contaram ainda com as facilidades trazidas pela implantação da Unicamp. Não havia movimento popular de saúde.

O Conselho Local de Saúde do CS Barão Geraldo estava desativado. A Coordenadora, com sinceridade, declarou: “ Não gosto de fazer reunião ”, demonstrando porém, reconhecer a importância de tal fórum e apresentou as dificuldades pessoais de articular e principalmente conduzir reuniões; do comparecimento de representantes dos usuários e também dos trabalhadores ( pelo fato das reuniões serem à noite, dificuldades devido à dupla jornada ).

Escolhido a amostra, iniciou-se a busca de acordos institucionais.

### **Os Contratos Institucionais :**

Foram realizados contatos telefônicos, ofícios, reuniões restritas e amplas; seguindo os preceitos formais. Propositadamente, não restringi a um pedido de permissão para desenvolver a intervenção pedagógica, mas por ter aprendido o quanto a construção do contrato é significativa e determinista, adotei uma postura propositiva e interativa.

A proposta apresentada inicialmente era mais restrita ( trabalhar com seis



voluntários das equipes de enfermagem de cada CS ). Porém, a partir dos contatos, interagindo com a grande receptividade, necessidades e pedidos fomos ampliando o número dos trabalhadores, objetivos e o caráter da pesquisa. No aprendizado, citado a pouco, ficou claro que Precisar o Pedido, já é estar em processo de intervenção. Assim sendo, apresentava o minha oferta, a proposta de interação institucional e o roteiro da intervenção ( por escrito ) e de forma objetiva.

Considerando o arcabouço teórico - metodológico adotado, gostaria de fazer uma pausa para ressaltar, que, no relato que se segue, além de apresentar o registro de como foi o processo, tem-se o objetivo de sinalizar momentos em que se buscou uma postura semelhante à proposta da Metodologia da Pesquisa - Ação, no qual propunha-me a detectar as necessidades de capacitação dos trabalhadores, segundo suas próprias demandas, dos coordenadores de serviços, da diretora da Dro-Norte .

A Área de Recursos Humanos da SMS de Campinas, afirmou ter necessidade de intervenções de tal natureza e propósitos, assumindo defendê-la institucionalmente. Comprometeram-se com minha sugestão de pagar horas- extras aos trabalhadores que participariam da intervenção fora do horário de trabalho. Tal sugestão visava o não comprometendo da assistência nos CS. Seriam respeitados contratos trabalhistas e os participantes teriam um pequeno estímulo financeiro. Foi demonstrado que o montante a ser gasto era pequeno, se comparado ao valor da intervenção a ser recebida gratuitamente pelo poder municipal. Comprometeram-se em discutir com a Direção da Dro Norte e com os Coordenadores dos CS. Propuseram que esse trabalho ganharia o caráter de projeto-piloto, que, após aplicação, possíveis adequações e validação, poderia vir a ser vivenciado em toda a rede municipal. Assim sendo, foi sugerido na possibilidade da participação de membros do CETS ( serviço que tem como uma de suas missões a capacitação profissional ) que, no papel de monitores, estariam se capacitando para a reprodução da intervenção nos demais centros de saúde. A equipe do CETS, decidiu que a enfermeira Marcia Helena Amaral participaria da intervenção.

Retornando à proposição metodológica de perceber as necessidades para moldar e direcionar a intervenção, devo registrar que não houve alterações quanto ao meu olhar sobre as necessidades para capacitação e nenhuma sugestão de mudança na proposta

metodológica e nem nos conteúdos. Constatação que não invalidou a minha a intenção e nem a etapa vivenciada.

Porém , ficou-me uma inquietação, pois percebi que ocorreu também um outro processo, já vivenciado em outras instituições, no qual a proposta do proponente, daquele que é de fora, é aceita em um processo de projeção e delegação para uma “autoridade externa ”, contradizendo o discurso, de ambas as partes, de construção conjunta. Tinha-se o propósito da interação, mas parece-me bem colocado o termo intervenção, posto que se trazia incorporado um olhar, um saber, ( um receituário ? ), que detinha uma valoração, um instrumento com certa potência determinando sua preponderância.

Devo esclarecer que já trabalhei no CETS e tenho afinidades teórica-metodológicas com os profissionais da Área de RH, com os quais vinha contratando. Concluo, que tal situação colaborou para elaborar um diagnóstico preciso e uma proposta consensual. Me motivei com o pedido e propus discutirmos a adequação da proposta, vislumbrando a oportunidade e o objeto de investigação a ser constituído.

OS Coordenadores do CS São Marcos e do CS Barão Geraldo, solicitaram-me que envolvessem toda a equipe dos respectivos serviços.

A referida situação de não formulação conjunta perpetuou-se quando busquei contratar a metodologia e o conteúdo com os coordenadores e as equipes.

Após novos contatos, fui comunicada que os médicos, psicólogos e dentistas não iriam participar por dificuldade de restringirem suas agendas. Destaco, porém, que os coordenadores se dispuseram e reforçaram seus interesses de estarem presentes na intervenção. É necessário destacar e avaliar essa resolução, pois considero que a não participação dessas categorias foi um fator negativo e determinante no impacto da intervenção. Seria viável trabalhar com parte da equipe, restringindo-se a coordenação, a equipe de enfermagem, auxiliares de consultório dentário ( acd ), técnicos de higiene dentária e a assistente social de um dos CS. Ponderei que era um dado de realidade, que esses trabalhadores eram importantes quando se repensa o acesso e acolhimento e a organização do processo de trabalho. Sendo possível realizar uma pesquisa e até contribuir para alguma mudança, reestruturamos a proposta.

Na Unicamp, esse projeto foi encaminhado e aprovado, seguindo os requisitos e modelagem de um Curso de Extensão.

Como uma primeira aproximação do campo, foram feitas visitas de observação nos CS. Apresentei um termo de compromisso de pesquisa para cada coordenador. Realizei duas à três visitas em cada unidade para entrevistar os coordenadores, as quais foram gravadas, respondendo ao roteiro, em anexo.

Devido à quantidade de material coletado, somente buscarei nas entrevistas, informações pontuais. Avalio que serviram como um meio de aproximação e reconhecimento, mas reconheço que tal roteiro, em certas questões cerceava e direcionava as respostas.

### **Informações preliminares para caracterização dos CS :**

O CS **Barão Geraldo** é responsável por 30.547 mil habitantes em sua área de cobertura. ( Estimativa da população segundo áreas de abrangência das CDS e Unidades Básicas de Saúde. 1998 - SMS de Campinas e IBGE. Contagem, Populacional-96 ). A estimativa, porém, é de que tenha 60 % de usuários SUS - dependente. Segundo relato dos trabalhadores e da Coordenadora, a demanda está aumentando muito, devido ao desemprego e à perda ou dificuldade de pagamento dos convênios privados.

O horário de funcionamento é das 7h às 19h, de segunda a sexta-feira. Possui uma área construída de 379 m<sup>2</sup>, dividida em recepção, consultórios médicos, odontológicos, área de procedimentos de enfermagem, sala de reuniões, administração, sanitários, copa, almoxarifado. Espaço insuficiente para atender a demanda e dar condições favoráveis de trabalho.

A equipe de Barão era constituída por 2 assistentes sociais, 1 auxiliar administrativo, 3 auxiliares de consultório dentário, 12 auxiliares de enfermagem, 2 dentistas, 2 enfermeiras, 1 guarda, 9 médicos ( 1 clínica geral atuando como coordenadora, 2 na assistência, 2 ginecologistas, 3 pediatras, 1 psiquiatra ) e 1 psicóloga.

A coordenadora assumiu tal cargo há dois anos, sendo sua primeira vivência nesse papel, após experiência na área assistencial. Não recebeu capacitação prévia para exercer tal função, mas, nos meses posteriores, participou do Curso de Gerenciamento de Unidades de Saúde - Gerus. Gerenciava a unidade, segundo suas próprias palavras, apagando incêndio. Divide a supervisão com as duas enfermeiras. Realizava duas a três reuniões gerais por ano. O CS é organizado segundo a divisão nas tradicionais áreas da criança, do adulto, da mulher, da saúde mental, da saúde bucal, procedimentos de enfermagem e a recepção como organizadora de fluxos para as referidas áreas.

O agendamento é fixado em 10 consultas por quatro horas, deixando espaço para “encaixes” de urgências e eventuais. São realizados grupos de Shantala (massagem em bebês), sendo que os grupos de hipertensão arterial e diabetes têm tido dificuldades de constituição e continuidade. Quando se tem viaturas, em média uma vez por semana, são realizadas visitas domiciliares. Os procedimentos e atividades ofertados serão detalhados posteriormente, nos materiais produzidos nas oficinas.

O CS São Marcos tem em sua área de cobertura 18.677 mil habitantes. (SMS de Campinas - 1998). Essa população é considerada 100% SUS-dependente.

Atende das 7:00 às 21:00 h, de segunda a sexta-feira. Possui uma área construída de 786,29 m<sup>2</sup>, inaugurada em 1996, com concepção arquitetônica e dimensão mais adequadas para assistência, assim como para seus trabalhadores.

A equipe era constituída por: 2 auxiliares administrativos, 6 auxiliares de consultório dentário, 18 auxiliares de enfermagem, 14 dentistas (12 de 20 h e 2 de 40 h), 5 enfermeiros (um atuando como coordenador), 2 guardas (terceirizados), 18 médicos (8 clínicos gerais, 2 ginecologistas, 7 pediatras, 1 psiquiatra), 2 psicólogos, 2 recepcionistas, 1 terapeuta ocupacional e 4 zeladores.

A pessoa que exercia a coordenação, que estava naquele cargo há 8 meses, havia graduado-se há 2 anos, não tendo recebido capacitação prévia para ocupar a gerência da unidade. Por ter outro trabalho, distribui sua carga horária de forma fragmentada, tendo porém a oportunidade de vir em todos os períodos. Uma enfermeira centraliza a parte administrativa e “o apagar incêndio”. Outras três enfermeiras supervisionam e atuam nas diversas áreas. O Coordenador realiza reuniões específicas em áreas que estejam



apresentando problemas. No final do ano anterior, ocorreu uma reunião geral, com caráter mais de confraternização.

O processo de trabalho é organizado segundo as áreas tradicionais, de forma semelhante ao CS Barão Geraldo. Quando têm disponibilidade de viaturas ( uma vez por semana ) realizam visitas domiciliares. Contando com profissionais do DMPS, estavam sendo realizados grupos com desnutridos e atividades de estímulo à amamentação.

Para finalizar essa descrição, cabe ressaltar um outro processo fundamental. Trata-se da construção da **relação entre a pesquisadora e a monitora**, assim como a constituição dos papéis e o trabalho preparatório teórico e metodológico para realizar a intervenção. Por sorte, ocorreu empatia recíproca e fluidez no trabalho conjunto. Realizamos vários encontros e contatos telefônicos para discutir a literatura dos campos da Saúde Pública, da Gestão, muito pouco sobre Psicodrama e Análise Institucional. Além de resolver assuntos operacionais para a intervenção. Estabelecemos uma proposta de nos reunirmos, um período por semana, para preparar a aula ou oficina e fazermos avaliações do último encontro com cada turma. Eu deveria estar no papel de pesquisadora, além de desenvolver a grande maioria das aulas ( teríamos uma professora convidada para um período ), dirigir e processar as oficinas. Enquanto conduziria as “ aulas ”, a Márcia registraria as vivências no caderno de bordo; trocando de papel quando ela realizasse algum aquecimento ou ficasse no papel de representante da SMS de Campinas. Durante as oficinas, cada qual conduziria um grupo.

O processo relatado foi vivenciado durante três a quatro meses. Reconheço que os espaços institucionais foram acessíveis e os recursos necessários para a intervenção, foram obtidos de forma satisfatória.

## Relato da Intervenção Pedagógica com sistematização de seus produtos

Enfim, chegou o dia do 1º Encontro.

Os Coordenadores haviam apresentado a proposta inicial da intervenção pedagógica às suas equipes e formaram os grupos somente com os interessados ( todos os previstos, exceto uma enfermeira que estava em final de contrato temporário ). A Turma da Manhã era composta de 17 integrantes e a Turma da Tarde era constituída por 18 trabalhadores, totalizando trinta e seis participantes na intervenção pedagógica .

Preparei pastas contendo os programas ( em anexo ), lanches, dinâmicas, com o propósito de contribuírem na obtenção dos objetivos do encontro, que era acolher e iniciar a integração do grupo.

Olhares se inter cruzam, um silêncio. Pontualidade. Os retardatários da casa entram quebrando o clima de suspense.

**Eu ...** *O que eu vou ter que falar ? O que será que vou ganhar com isso ?*

**Elas ...** *São professoras ? Espero que não sejam chatas !*

**A turma do outro CS ...** *Será que eles são legais ? Será que eles vão comparar o serviço deles com o nosso ?*

- Oi, bom dia ! Eu sou a Josely, mas todos me chamam de Jô.

- Oi, bom dia ! Eu sou a Márcia.

- Primeiro, vamos nos apresentar, depois a gente discute a proposta de trabalho ?

- Sim !!!!! Vamos !!!!!

- Vamos fazer isso de um jeito gostoso. Cada um coloca o nome como gosta de ser chamado e faz um crachá, da forma que quiser.

Obs.: Na proposta inicial o trabalho ocorreria nas salas de aula da Unicamp. Mas o Coordenador Marcos reivindicou que fosse na sala de reuniões do CS, “para os trabalhadores não se distanciarem , caso fosse necessário cobrir o serviço ” e não terem ônus na locomoção. A equipe do CS Barão concordou em ir ao CS São Marcos. A Unicamp fica, se formos de carro, a 5 minutos do CS Barão, o qual fica a 10 minutos do CS São Marcos.

Folhas de papéis diversos, canetas hidrocor, pincéis atômicos, lápis de cor e de cera, cola, tesoura, barbante, fita crepe, foram oferecidos.

Todos se dispuseram. Criatividade. Individualidades começando a se manifestar.

- Vamos andar pela sala, para que vejamos os crachás de todos ?!

- Agora que já sabemos nossos nomes, vamos apresentar-nos enquanto equipe de CS ? Aqui, trouxemos sucatas, instrumentos musicais, panos, papéis. Que tal cada equipe construir uma forma de comunicação, para receber e se apresentar aos colegas ? Imaginem que irão construir um Grito de Guerra. Vocês se lembram dessa brincadeira ?

A Turma demonstrou facilidade para se aquecer e disponibilidade para iniciar a interação, que eram nossos objetivos.

Cópia de um dos cartazes com a letra das músicas produzidas e uma foto retratando a produção da atividade :

Painel :São Marcos em ação

Ei, ei, estamos aí  
pro que der e vier ( bis )

Saúde da Criança do  
Homem, da mulher ( bis )  
Curativa, Prevenção  
é o São Marcos  
em ação !!! ( bis )

( música parecida com uma  
cantada pela Banda Cidade  
Negra )



Sugeri a construção de um painel, buscando facilitar a exposição individual das motivações que os levaram a fazer a intervenção pedagógica :

Painel : Motivação para participar do curso

Por que veio fazer o curso ?
<ul style="list-style-type: none"> <li>- para adquirir mais conhecimento na área do Centro de Saúde. Sebá ( apelido de um trabalhador )</li> <li>- adquirir novos conhecimentos</li> <li>- <u>aprender</u> mais</li> <li>- novas experiências</li> <li>- aprender novas coisas</li> <li>- reaprender e aprender</li> <li>- repensar o aprendido. <u>Melhorar</u> o meu <u>atendimento</u> e <u>não me sentir frustrada</u></li> <li>- vontade de <u>aprender</u> para mim e <u>para a população</u> do Centro de Saúde</li> <li>- entender e aprender meios de servir melhor</li> <li>- trocar experiências</li> <li>- <u>crescimento profissional</u> e também como pessoa. Solange ( autorizado publicar, como o Sebá )</li> </ul>



- melhorar meu lado profissional e o meu lado humano
- fazer novas amizades
- buscar novas forças. Alimento para o dia - a - dia
- foi uma forma de parar, começar de novo
- quebrar a rotina
- entender melhor a área da saúde pública
- acolher melhor os pacientes
- Por só ter noção de trabalho de Enfermagem em área hospitalar, sem nenhum conhecimento em Saúde Pública

Inicialmente, chamei a intervenção pedagógica de curso, por ser a terminologia mais usual e porque estávamos investindo no entrosamento. O termo intervenção pedagógica e a concepção do trabalho foram tratados nos minutos seguintes.

Em muitas das atividades da intervenção foi utilizada a técnica de visualização móvel, que consiste em construir um painel, em papel pardo ( de baixo custo ), colando com rolinhos de fita crepe as tarjetas ( um terço de uma folha de papel sulfite um lado ), nas quais todos os participante

podem expressar suas opiniões de forma sintética, com racionalização do tempo, com mobilidade para a reorganização das informações e deixando uma memória.

As respostas sobre as Motivações encontradas eram previsíveis para um primeiro encontro e pelo tipo de pergunta. Todavia foi possível ler uma postura otimista. Os enunciados não foram somente auto-referentes, alguns participantes lembraram-se da população e da possibilidade de trocar experiência, fazer novas amizades.

Discutimos a viabilidade de atender as motivações que foram escritas. Concluimos, que em diferentes intensidades para cada integrante, suas expectativas provavelmente seriam satisfeitas.

Após um intervalo, para tomarmos um suco, comermos bolachas e continuarmos a nos aproximar, iniciamos o Contrato de Convivência Grupal.

Todos demonstraram interesse pelo programa que fora entregue. Não sugeriram conteúdos novos, nem mudanças no que foi proposto, apesar de minha pretensa demonstração de abertura para alterações. Avaliei que tal fato se deu por ter apresentado um programa estruturado e porque constatei que a proposta estava contemplando minimamente as várias demandas.

O final da discussão do contrato foi o estabelecimento das regras de convivência ( sigilo, pontualidade, não ficar saindo e entrando da sala , o pagamento das horas - extras, etc).

Tudo esclarecido, propus demarcar o **Ponto Zero**, para balizarmos os impactos da intervenção pedagógica. Explicamos a intenção da atividade seguinte.

Solicitei que cada participante refletisse sobre os principais problemas do Centro de Saúde onde trabalhava, que os priorizassem escrevendo-os em tarjetas. Depois que descrevessem os problemas de sua área de atuação, considerando o seu processo de trabalho ( “ no que faz, como faz ” ).

**PONTO ZERO****Levantamento de Problemas****Centro de Saúde Barão Geraldo****Manhã**

<b>Gerais</b>	<b>Individuais</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- quando <u>não há vagas</u> suficientes para os <u>pacientes</u></li> <li>- <u>falta de espaço físico</u></li> <li>- espaço físico</li> <li>- espaço para trabalhar à vontade</li> <li>- estrutura física</li> <li>- falta de material</li> <li>- <u>falta de organização do serviço</u></li> <li>- falta de organização</li> <li>- organização</li> <li>- falta de funcionários</li> <li>- <u>falta de mais funcionários na rede</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- atender porta, estar em cadeira ... Tudo ao mesmo tempo, por falta de pessoal auxiliar</li> <li>- quando não encontro o material para os procedimentos em seus lugares, os quais deixei quando saí</li> <li>- <u>divisão de tarefas</u></li> <li>- os dias de coleta na saúde da mulher</li> <li>- <u>mais entrosamento</u> da turma da manhã com a da tarde</li> <li>- incentivo</li> <li>- disponibilidade de tempo para exercer as minhas funções</li> <li>- quando <u>não</u> tenho <u>tempo</u> de <u>atender a todos</u></li> <li>- <u>falta de tempo para atender e escutar mais o paciente</u></li> <li>- <u>- falta de comunicação</u></li> </ul>

## Levantamento de Problemas - Centro de Saúde São Marcos - Manhã

Gerais	Individuais
<ul style="list-style-type: none"> <li>- falta de profissionais</li> <li>- <u>falta de funcionários</u></li> <li>- <u>relacionamento</u></li> <li>- entrosamento</li> <li>- incompreensão dos usuários</li> <li>- <u>falta geral de informações</u> ( população e Centro de Saúde )</li> <li>- <u>melhorar o atendimento ao paciente</u></li> <li>- falta de medicamentos</li> <li>- material precisando reformas ( inadequado )</li> <li>- falta de instrumental</li> <li>- falta de material</li> <li>- falta de materiais de consumo</li> <li>- <u>solicitação de um telefone público para todos ( funcionários e pacientes )</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- relacionamento</li> <li>- <u>sobrecarga ( funções)</u> <u>fofocas</u></li> <li>- quando há descaso na saúde</li> <li>- <u>às vezes não encontrar maneira de resolver a situação do paciente</u></li> <li>- <u>falta de continuidade do tratamento por parte do paciente, desmotivando os profissionais</u></li> <li>- quando o paciente não tem um atendimento adequado</li> <li>- <u>organização das tarefas</u></li> <li>- divisão de serviço</li> <li>- divisão de trabalho</li> <li>- problema pessoal : coisas colocadas muito alto ( son baixinha ) barulho ( compressor )</li> </ul>



Processamos o painel, retirando as tarjetas idênticas. No CS Barão, o principal e mais citado problema foi o espaço físico, seguido da falta de organização. É facilmente observável que o espaço deste CS era reduzido, o aspecto da organização já havia sido salientado pela Coordenadora na entrevista inicial. No CS São Marcos, o processamento foi disperso, chamaram-me a atenção as citações sobre problema de divisão de tarefas, de comunicação e de entrosamento, os quais já havia sido detectados durante a observação de campo.

No horário previsto, encerramos o 1º Encontro, com unânime avaliação positiva e sugestões para que os próximos não fossem no CS. Márcia e eu concordamos e nos dispusemos a rediscutir o local com os Coordenadores. Saímos animadíssimas. Foi muito gostoso fazer aquele trabalho.

Apesar de não citar vários detalhes, a primeira descrição escolhi fazê-la mais extensa com o objetivo de dar algumas dicas metodológicas e ambientar o leitor. Mas, os relatos seguintes serão mais sintéticos, pois esse capítulo ficaria maior do que a dissertação. Assim, me deterei nos objetivos, nos conceitos ou temas de cada encontro, nas peculiaridades, produção e processo de cada Turma.

### **O 1º Encontro da Turma da Tarde**

O pessoal de Barão chegou no CS São Marcos, pontualmente. Com certo atraso, alguns da casa completaram o grupo, cuja novidade ( variável a ser estudada ) era a presença dos coordenadores ( os quais participariam na turma de quinta-feira por terem reunião de coordenadores na quarta-feira ).

Seguindo o mesmo roteiro e programa, iniciamos a nova turma, que demonstrou disponibilidade para o aquecimento e iniciativa nas atividades. As duas turmas produziram cartazes e utilizaram todos os instrumento de percussão e violão que havíamos levado. Apresento uma das músicas e uma das foto da Turma da Tarde, com o objetivo de registrar os acontecimentos iniciais.

## GRITO DE GUERRA DA TURMA DA TARDE

Trabalhadores do C.S. de Barão

Grupo da "Pipoca Feliz"

*Chegou, chegou o grupo da Felicidade*

*que sempre sempre deixa saudade*

*Trabalho loucamente mas eu sou*

*FELIZ*

*me reciclando no São Marcos*

*Por isso estou aqui*



A seguir, transcreverei os painéis sobre as motivações, nos quais destacarei informações inéditas, além dos problemas mais relatados. Por último apresentarei os painéis com os Levantamentos dos Problemas (Ponto Zero dessa turma ).

**Turma Tarde**

**Painel I**

**07/8/97**

<b>Por que veio fazer o curso ?</b>
Aprendizagem (aplicação)
Atualizar o meu aprendizado para aplicá-lo no meu dia-a-dia
Conhecimento
Aprendizado
Melhor aprendizagem
Aprender cada vez mais
<u>Aprender e melhorar o relacionamento e atendimento entre a Enfermagem e a Comunidade</u>
<u>Vim fazer o curso na expectativa de aprender coisas novas para atender a população.</u>
Aprender atividades que não conheço
Aprender coisas novas
Pelo fato de que é sempre bom aprender para crescer

- Diz Richard Bach: "Longe é um lugar que não existe..." E eu digo: "Aprender algo sempre nos será útil"

Para aumentar meus conhecimentos

Interesse de me atualizar

Aprender mais sobre Saúde Pública

Adquirir subsídios para trabalhar bem em saúde pública

Adquirir experiência em relação ao tema proposto

Temas propostos

Eu não queria fazer o curso. Só que depois conversei com o coordenador e vi que seria bom para mim o conhecimento

Melhorar as relações de trabalho

A coordenação insistiu

Melhorar a Rotina do dia - a - dia!

Melhorar a maneira de acolher o paciente

Para aprender a trabalhar em recepção de Posto de Saúde:

Falta de experiência



## Levantamentos de problemas - Centro de Saúde São Marcos - Tarde

Gerais	Individuais
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>falta de segurança</u></li> <li>- <u>falta de sinceridade</u></li> <li>- excesso de sobrecarga de trabalho</li> <li>- equipamento em estado precário</li>   <li>- difícil localização de endereço para visitas ( extra muros )</li>   <li>- quadro de funcionários incompleto</li> <li>- falta de ginecologista</li> <li>- falta de funcionários</li> <li>- <u>falta de funcionários na equipe da tarde</u></li> <li>- falta de funcionários no setor</li>   <li>- <u>equipe nova em formação</u></li> <li><u>agendamento</u></li>   <li>- <u>distanciamento da atuação dos níveis regional e central</u></li> <li>agilização nos serviços de apoio</li>   <li><u>compreensão dos coordenadores</u></li> <li>- <u>falta de sabedoria vindo do alto</u></li>   <li><u>comunicação insuficiente</u></li> <li>- <u>falta de materiais de emergência</u></li> </ul>	<p>falta de materiais necessários</p> <p><u>falta de material adequado</u></p> <p>falta de resinas dentárias</p> <p>falta de luvas</p> <p>comunicação</p> <p><u>receio da comunicação</u></p> <p><u>falta de motivação</u></p> <p>falta de harmonia entre profissionais</p> <p>falta de coleguismo</p> <p><u>impotencialidade diante de algumas situações</u></p> <p>existem muitos funcionários que não levam a sério a profissão. Gostaria que estes repensassem</p> <p>seus propósitos. Isso só tem que vir a melhorar o geral.</p>

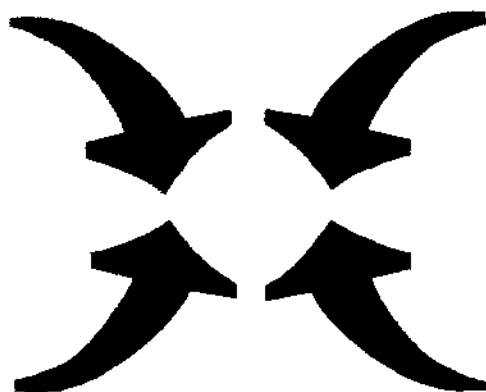
## Levamento de Problemas - Centro de Saúde Barão Geraldo - Tarde

Gerais	Individuais
<ul style="list-style-type: none"> <li>- a reforma do posto</li> <li>- reforma</li> <li>- <u>reforma</u></li> <li>- <u>espaco</u></li> <li>- reforma do prédio</li> <li>- reforma</li> <li>- espaço físico</li> <li>- diversificação de problemas para serem resolvidos</li> <li>- falta de organização em algumas áreas</li> <li>- melhoria dos agendamentos</li> <li>- falta de respeito com as colegas</li> <li>- união de equipe</li> <li>- <u>comunicação</u></li> <li>- companheirismo</li> <li>- falta de coleguismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>não poder resolver tudo que o paciente me pede</u></li> <li>- <u>me colocar às vezes no lugar de alguns pacientes</u></li> <li>- profissionais pouco comprometidos</li> <li>- <u>RH com vínculos empregatícios diferentes</u></li> <li>- relacionamentos entre equipes ( manhã e tarde )</li> <li>- conciliar atendimento com reforma</li> <li>- reforma e atendimento</li> <li>- rodízio de funções</li> <li>- falta de profissionais</li> <li>- falta de RH</li> <li>- RH com necessidade de treinamento</li> <li>- falta de materiais para trabalho</li> <li>- falta de material</li> <li>- <u>falta de materiais de urgências</u></li> </ul>

O tema da violência ganhou destaque nas falas do CS São Marcos. A questão da dificuldade de comunicação se reafirmou. As tarjetas e posturas me sinalizavam problemas na Gestão.

O CS Barão estava em reforma, causando transtornos e irritabilidade, já que não haveria ampliação. A necessidade de organização foi reforçada, além de problemas com a comunicação.

A avaliação foi positiva, repetiram a necessidade de mudança de local dos encontros. A motivação da Marcia e minha aumentou, tínhamos a sensação de estarmos no caminho certo.



## Segundo encontro

Para descrever o segundo encontro, voltemos às salas da Unicamp.

Aguardávamos com expectativa os trabalhadores do São Marcos, quando chegou somente uma auxiliar de enfermagem ( militante do Movimento Popular de Saúde, ex-aluna do Projeto Larga Escala ), dizendo que os demais não viriam por problemas de transporte. Além dos de comunicação, pensei, pois não pudemos fazer nada para impedir essas faltas.

Foi propício o momento para aprendermos que Contrato é contrato, que o mesmo facilita a relação grupal, funcionando como objeto intermediário em situações conflitantes. O Grupo, a Marcia e eu, resolvemos realizar as atividades, alternado a ordem temática.

Esses foram os conteúdos trabalhados : A Subjetividade do trabalhador em saúde e o seu papel profissional, o trabalhar em equipe de saúde e a gestão participativa.

O aquecimento foi a leitura de um pequeno conto : *No engarrafamento* , do livro *O Amor tem mil caras - Histórias de Parceria*, da psicodramatista Aratangy ( 1994 - 10 ). Trata-se do relato uma cena de engarrafamento, na qual a personagem central fica tranqüila, tricotando, no meio de buzinas e discussões. Observa um motoqueiro sendo solidário ao transportar um pai aflito e seu filho doente.

Solicitei ao grupo que sintetizassem em uma palavra o que haviam sentido e as reflexões produzidas durante a leitura do conto. O termo mais citado foi solidariedade. Acrescentaram : compreensão, gratidão, ajuda ao próximo, criatividade, humanismo, sensibilidade, desespero, dificuldade de se expressar, amor ao próximo, indiferença.

Fizemos um paralelo entre a situação do texto e a vivência nos serviços de saúde. Após alguns exemplos, o grupo escolheu uma cena para representá-la.

Cena 1 : Uma funcionária da recepção fica atordoada, devido à várias solicitações de consultas feitas pelos usuários. Um outro personagem, o marido que é auxiliar de enfermagem, traz sua esposa para ser atendida, a qual está sentindo fortes dores de barriga. Durante o diálogo, ele expressa sua necessidade e a funcionária faz as devidas orientações e encaminha para o atendimento médico.

O grupo processou que houve uma comunicação adequada entre os dois

personagens. O usuário se sentiu ouvido, a funcionária quando questionada sobre o que sentira no momento em que recebeu várias solicitações, soltou um : “ ai, é difícil. Discutimos sobre a capacidade de perceber o a necessidade do outro.

Cena 2 : Uma auxiliar na recepção está sendo solicitada por dois usuários, quando chega uma médica e uma outra auxiliar fazendo pedidos e perguntas. Peço que exagere nas imagens e nas falas. Começaram a chamá-la com gestos e toques físicos. A auxiliar fazia sinais com as mãos de “pare” e repetia a palavra calma. De repente, começa a rebolar e com os risos a cena encerrou-se. No processamento discutimos, principalmente, o trabalho em equipe, as dificuldades e as contribuições da comunicação, as relações da equipe, a organização do processo de trabalho e a gerência.

Com o olhar de psicodramatista pedagógica, fiz a leitura de que a cenas retratavam seus cotidianos. Eram resultados desejados, coerentes com minha proposta de trabalhar com o dia-a-dia dos trabalhadores, porém, os diálogos foram muito previsíveis. Construíram uma cena muito “ certinha ”, que expressava o discurso imaginado como correto. Tal ocorrência era esperada, segundo o tempo de constituição do grupo. As representações foram úteis enquanto recurso pedagógico, ao aquecer e dinamizar a abordagem do conteúdo teórico; cumpriram ainda, o papel iniciar a quebra de resistências à exposição de aspectos subjetivos dos participantes .

Após o chá com bolachas, apresentei algumas categorias do Taylorismo e do Fayolismo e suas influências em nossas formas de organizar os serviços de saúde. Finalizei com a introdução dos conceitos de processo de trabalho e gestão ( gestão participativa, descentralizada e horizontalizada ) . Ilustrei tais conceitos com esquemas e relatos de experiências.

Refizemos os contratos de pontualidade e tentamos resolver os problemas de transporte, o qual eu lia como um indicador da resistência da coordenação do CS São Marcos. Os participantes saíram animados, fazendo avaliações de que a aula havia sido boa.

A Turma da Tarde também leu o texto citado anteriormente e relatou suas impressões, sintetizaram-o, enfatizando o papel da comunicação e a necessidade de solidariedade. Não foi feita dramatização, pois havíamos planejado deixar mais tempo para as discussões conceituais. Foi feita uma leitura coletiva comentada, utilizando o texto “ Demanda espontânea em UBS : o papel dos profissionais de enfermagem na recepção



( Whitaker e Peduzzi - 1997 ). Após acalorada discussão, que salientou a valorização do papel da equipe de enfermagem e dos auxiliares de consultório dentário, concluimos que a “ organização do serviço ” era um importante problema a ser discutido.

Teorizei, utilizando os mesmos conceitos introduzidos na turma da manhã. A avaliação dessa aula foi muito positiva .



### **Terceiro Encontro**

## **A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA**

### **É a História que continuamos a construir**

A construção da identidade grupal se dá em processo por isso, para esse novo encontro preparamos dedicadamente o aquecimento. Adiantamos o tema da História, por ser mais racional, não mobilizar emoções íntimas e ser pretensamente agregador por estarmos todos inseridos ( apesar da diversidade de significados que poderia representar ). Pretendia através do estudo de um tema, estabelecer a identidade e a constituição do grupo : “ um organismo que vai-se estabilizando, na medida em que seu próprio processo vai se

desenrolando. As particularidades de seus integrantes, seus interesses e necessidades marcam suas características e seu histórico.” ( Romanã, 1985 - 13 ).

A partir dessa conceituação podemos trabalhar com o entendimento de que os interesses e as necessidades comuns daquele agrupamento se encontravam no campo da Saúde Pública. Assim, poderíamos construir uma identidade grupal, se percebêssemos que éramos da mesma “ tribo”, a dos que batalham pelo SUS, apesar de estarmos vinculados à instituições diferentes ( os participantes e a Márcia eram funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e eu era vinculada à Unicamp).

Venho trabalhando com a hipótese na intervenção e na pesquisa, de que se percebida e partilhada uma certa identidade do grupo, embasada na Saúde Pública, minimizar-se-iam as cristalizações corporativas, pois sabe-se que : “ O homem, ao entrar em relação com as pessoas e com o mundo, pode agir de forma estereotipada e cristalizada, preso às expectativas sócio – culturais em seus desempenhos de papéis ” ( Féo, 1990 - 20 ). Consequentemente, essa identidade grupal nutre um processo, que dá significado transcendente ao trabalho em equipe, instigando a percepção do outro e do social.

Utilizando técnica de expressão corporal e músicas aconchegantes, propus o reconhecimento da nova sala e o novo encontro, a aproximação com o colega.

Pensando no referencial psicodramático, dirigi o grupo para sair do EU, abrindo-se para a **Relação de Corredor**. É quando se sai da auto-referencialidade ou das relações conhecidas e se inicia a aproximação com o outro ( uma pessoa até então desconhecida ). Espera que esses processos ocorressem de forma heterogênea, segundo características individuais e em diferentes tempos.

Ao término do aquecimento, o grupo estava harmonioso. Espontaneamente, as pessoas continuaram se movimentando e começaram a se abraçar. Com exceção de uma participante, eram todos da mesma equipe, assim, tal expressão de afetividade poderia ser lida como um momento de **espontaneidade**. “ Atribui-se ao ato espontâneo a condição de uma solução nova em situação inusitada” ( Aguiar, 1988 - 62 ). Aqueles abraços retratavam o padrão de interação daquele grupo, um estado de saúde relacional. Mas proponho, considerarmos também, como portadores de um significado ou intenções. Preciso esclarecer que a Enfermeira, uma pessoa tranqüila, afetiva, estando em licença pelo falecimento de sua mãe, ocorrido há três dias, mesmo assim escolheu nos encontrar. Seus

Colegas de trabalho e Eu, sua antiga colega de república, devíamos representar para ela um grupo acolhedor / nutritivo. Sem explicitar no grupo aquilo que já se sabia, sua presença silenciosa, pode ter ajudado a nos mobilizarmos, fazendo aquilo que mais desejamos fazer quando uma pessoa querida está sofrendo, abraçar.

O aquecimento propiciou a emersão do tema protagônico e o seu vivenciar, o cuidar. Veio à tona o que verdadeiramente o grupo mais necessitava trabalhar, que não era o preestabelecido no conteúdo programático. Essa vivência durou cerca de 15 minutos. Avalio que não espoliou as 4 horas de trabalho contratadas, pelo contrário, aliviou as tensões, fortaleceu as relações, contribuiu para exercitar a capacidade de perceber o sofrimento do outro, de dar acolhimento e introjetar uma postura que espero emergir no papel profissional e nas situações conflitantes na relação de equipe. Em ato, estudamos e apreendemos conceitos que pretendíamos abordar teoricamente. O desfecho do aquecimento constituiu-se, além de uma vivência terapêutica, em um potente recurso pedagógico.

As músicas contribuíram para a introspecção, os alongamentos para resolver a “ Fase Ansiolítica. Esta é a fase em que será abordada a simultaneidade da ação músculo - emoção. Tal simultaneidade de ação parte de um princípio fisiológico que coloca o animal em posição de ‘ briga ’ ou de ‘ fuga ’ frente a uma situação de perigo, mobilizando todo o seu esquema muscular. O relaxamento muscular pode ser considerado como a mais antiga técnica da acolhimento, pois é ‘ nada mais, nada menos, do que o abraço e as carícias da mãe ante o pânico infantil, abraço que é simultaneamente contenção, encontro e relaxamento ’ ( Moffatt, 1982 ).”( Ferreira -Santos, 1990 -76 ).

Percebendo que o grupo estava centrado e relaxado, propus continuar a olhar para a nossa História. Fomos assistir um vídeo, *A História das Políticas Públicas de Saúde*, produzido pelo Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde ( CEFOR ) da Secretária Municipal de Saúde de São Paulo, 1992. Conta a História desde 1900, relatando as epidemias, as doenças, as condições de vida da população, contextualizando - as. Demonstra as determinações políticas, econômicas, sociais e a conformação das Políticas de Saúde, que originaram o que hoje é a Previdência Social e o Sistema Único de Saúde .

Para o primeiro intervalo, no novo espaço, preparamos sucos, chás e bolachas. Percebi e relataram que tal oferta lhes era muito inusitada e acolhedora. O fato de

estarmos na Unicamp também era significativo. Estavam soltos, pareciam colegias, alguns foram até paquerar na cantina.

Solicitei que relatassem as informações do vídeo que mais houvessem despertado interesse, enquanto eu sintetizava-as em palavras chaves, que eram escritas no quadro negro, buscando construir uma cronologia. O vídeo causou impacto. As primeiras expressões foram de revolta, de espanto, de impotência pela volta de velhas epidemias e pelo uso indevido do dinheiro público. Outras falas foram mais reflexivas, salientando as disputas, a importância da organização dos trabalhadores e dos movimentos sociais.

Depois propus que continuassem a fazer o roteiro do vídeo, pois este retratara a História até 1992. Seguimos completando o quadro cronológico, abordando os vários fatos e suas correlações.

A atividade seguinte foi acrescentar no quadro informações sobre a História de Saúde de Campinas. As antigas Auxiliares de Saúde assumiram a cena animadamente, a ponto de eu ter de lhes dar limite, pelo horário e por perceber o desinteresse das auxiliares recém contratadas.

Fechando a manhã, propusemos que, individualmente, as pessoas imaginassem a sobreposição de suas Histórias Profissionais no quadro que fora construído.

Tinha observado que dois alunos estavam falando muito, como no outro encontro e os demais começavam a se irritar.

Falas finais : - A gente tá fazendo a História.... Como nós trabalhadores da saúde não conhecemos nossa própria história ? ! Tinha que passar esse vídeo para todo os funcionários !

- Não, tinha que passar no horário do Fantástico. Todo brasileiro devia saber dessas coisas. ( Fantástico : programa televisivo às 20h no domingo ).

Nosso objetivo tinha sido atingido : houve a percepção dos participantes de que a História não é um processo linear cronológico espontaneísta e é construída por vários atores sociais, inclusive os trabalhadores em Saúde. Segundo a hipótese que construímos, a re - construção desalienada do papel profissional passa pela localização do trabalhador em um campo, em um grupo, um ator coletivo. É desoladora a confirmação do quão pouco se sabe sobre História em nosso país, o que já constatei com alunos de diversos níveis de escolaridade.

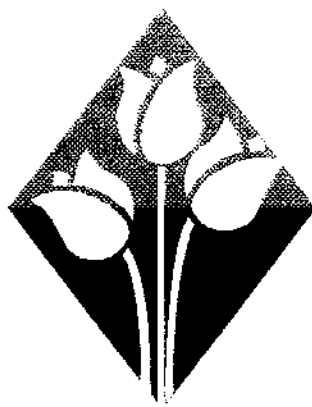
Avaliações : - Gostei ! - Injeta ânimo !- Dá vontade de sair daqui e mudar o mundo !  
Tem caminhos, tem soluções ! - Ir lá e fazer ! - Gostei muito ! etc...

Foi unânime a avaliação de que esse tema deve constar na formação dos Trabalhadores em Saúde.

No dia seguinte, para o encontro da Turma da Tarde, Marcia e eu fomos buscar o pessoal do CS São Marcos, já que não foi possível providenciar a viatura solicitada. Consensuamos com a coordenação uma saída. Discutimos direitos e papéis. Tentamos “ engatar ” essa turma.

Seguindo o mesmo roteiro, observamos um aquecimento mais disperso; três participantes tenderam a centralizar as falas e os mais jovens, os menos informados demonstravam irritação. Não dei a melhor condução para o grupo, me estendendo nas discussões das determinações políticas e econômicas. Éramos duas gerações, parecia que até de países distintos. No final, alguns pediram bibliografia complementar . Todos gostaram do vídeo, alguns não explicitaram, mas notei que não haviam gostado das discussões. Precisava trabalhar a comunicação nessa turma. Será que a presença dos Coordenadores os inibia ?

As turmas começavam a se diferenciar.





## Quarto Encontro

Os objetivos eram discutir sobre : o Processo Saúde - Doença; o lidar com a saúde; o sofrimento e a morte; a natureza do “ objeto ” de trabalho em Saúde e o vínculo terapêutico. Não era tão impraticável, se considerarmos os recortes a serem feitos, respeitando a escolaridade da maioria dos participantes. Mesmo porque a intenção maior era criar um espaço, um momento para dizer da essência, do significado, das dificuldades, das memórias, das realizações de trabalhar para e com pessoas. O que é feito e o que fazemos com a gente para conseguirmos ficar todo dia, cara a cara com uma ( muitas ) pessoa com sofrimentos, dor, riscos, carências ... ? Nós, no precário cenário, como vamos introjetando tudo isso ?

*Falar dessas coisas ? A gente não tem tempo. Eu um mmm !!!! Isso dói.*

- Bom dia ! Vamos fazer um círculo, abraçando - nos como fizemos no último encontro!

Continuávamos investindo no vínculo grupal. O aquecimento foi com alongamento e música *new age*, para facilitar a introspecção.

Em roda, discutimos os conceitos de Saúde e Doença. As várias opiniões foram conformando uma concepção com a qual concordávamos. Estimulei alguns a se expressarem e complementando com questionamentos e informações. Finalizamos com a construção do conceito de processo saúde e doença .

No segundo momento, formaram-se quatro sub-grupos de cinco pessoas, com a consigna de que cada membro contaria uma experiência pessoal de sofrimento, do processo saúde e doença ou morte que o tivesse marcado. Depois o grupo deveria escolher uma delas para relatar aos demais participantes. Durante a escolha, dois participantes choraram e receberam acolhimento dos colegas e nosso.

Sub-grupo 1 - Caso 1 : “ Trabalhava no Berçário, com 7 crianças, em um plantão de 12h de domingo. A criança do 128 estava mal, entubada. Ela morreu. Fiz os cuidados chorando.

Levei para o necrotério. Nunca mais esqueci o número do leito 128, faz 10 anos. A criança não tinha um ano. Não era esperada a morte da criança. Teve parada na hora, de manhã. Chegou a mamadeira, a tristeza foi grande. ”

Sub-grupo 2 - Caso 2 : Aconteceu com um membro da família em fevereiro de 94. O irmão era escriturário na escola, mas gostava de desenhar. Ele foi escrever as letras da escola na caixa d' água e caiu lá de cima. Foi para a UTI do Hospital Mario Gatti, onde faleceu. “ Estourou tudo por dentro .” Após sair do centro cirúrgico o médico permitiu visita de familiares. O pai não foi vê - lo pois já “ tinha sofrido infarto ”. “ Não consegui agir, fazer nada, ele estava confuso .” Jô : Você estava presente. Ele sentiu sua presença ?!

Sub-grupo 3 - Caso 3 : As cinco mulheres chorosas não conseguiram escolher um entre os seguintes casos : 1 - perda do irmão em acidente de carro; 2 - no papel profissional tem dificuldade de se controlar com o sofrimento do outro; 3 - doença da mãe e sua despedida da família. Lembranças boas da mãe; 4 - acidente com irmão de moto, tendo trauma crânio cervical. A união da família para fazer o irmão voltar a vida; 5 - seqüestro do filho pelo marido. Foi um momento de dor e não podendo dividir com colegas de trabalho, chorava com os pacientes.

Sub-grupo 4 - Caso 4 : houve duas escolhas : 1- chegando em casa, foi chamada pelos vizinhos, pois tinha uma criança passando mal e a mãe no conseguiu levá-la ao pronto-socorro. Enquanto profissional sentiu que tinha responsabilidade de agir. Ao entrar no hospital, a criança estava com parada cardio-respiratória; 2 - Quando estava grávida e trabalhava no hospital, chegou uma menina icterica, em estado de coma. Era difícil cuidar da paciente, mas continuou falando com ela normalmente. Após uma semana naquele estado, um dia ao colocar o lençol, sentiu que a paciente a havia ouvido. Chamou o médico, que não lhe deu atenção, dizendo que a criança não iria reagir. “ Mas continuei tratando normalmente a menina. A paciente reagiu e saiu de alta hospitalar. Concluindo, quem trabalha na Saúde não é só fazer procedimento. É importante colocar tudo da gente, até o lado espiritual. Noventa por cento depende de Deus, o restante, dos conhecimentos . O importante é ter fé, força interior que o conhecimento embasa. A gente não pode desistir nunca, em nenhum momento. Trabalhar na Saúde é uma vocação, é uma missão! ”

Dirigi o grupo para que escolhesse uma das histórias, para trabalhá-la após o intervalo, utilizando a técnica da Dramatização. Técnica advinda do Teatro, na qual as pessoas

representam um drama. Dentre esses “emerge o Protagonista, aquele que desempenhará o papel do personagem que centraliza o tema e a trama” ( Aguiar, 1988 - 37 ).

Foi escolhido o Caso do Sub-grupo 1 : experiência com a morte de uma criança em um berçário. Após os consentimentos, a Auxiliar de Enfermagem que havia vivenciado aquela situação foi dirigida a escolher os principais personagens que desejaria para a reconstrução da cena; bem como sugerir quem poderia representá-los. Ao apontar um colega, que aceitava, este, se aceitasse, era chamado no centro da roda, local escolhido como palco para a cena. Eu solicitei a ela que fosse descrevendo cada personagem. Montamos a cena com a Auxiliar Teresa, a colega Auxiliar Maria, a Mãe da criança ( uma participante impulsivamente se ofereceu para fazer a personagem ), a criança, a Irmã da mãe, o Médico Wilson.

“ Numa manhã linda de domingo pego o plantão. Quando chego perto do bercinho percebo que a criança tinha entrado em parada. ” Chama a colega, elas se atrapalham, desorientadas retiram a mãe do quarto, que reluta em sair. Enquanto o médico chega e constata a morte, no outro lado da cena, a mãe está revoltada, recebendo o apoio da irmã. O Médico vem comunicar o ocorrido a mãe, de forma segura e carinhosa. A Mãe se “ descontrola ”, suplica para ficar perto da filha e repete que “ isso ” era impossível de acontecer. No papel de Diretora, tentei congelar a cena. Todos ficaram atônitos. Falar não era suficiente, pois a mãe em prantos, falava de seu sofrimento. Não era mais cena. Apesar do susto, mas com segurança e muito carinho fui dando continência para aquela Mãe, que sofria nos meus braços. Aos poucos foi se acalmando. O grupo a acolhia com silêncio e olhares complacentes. Refeita, pediu desculpas e nos contou a perda de sua primeira filha, quando tinha a mesma idade da personagem e que faleceu no mesmo berçário citado. Relatou ainda, que naquele exato dia, seu único filho de dezoito anos estava prestando um exame muito importante para sua carreira profissional e pediu que torcêssemos por ele.

Foi possível sentarmo-nos para compartilhar o que cada pessoa / personagem sentira, como estava depois ou algo que lhe havia sido significativo e que quisesse compartilhar.

“ O compartilhamento que se busca representa, pois , um duplo movimento : todos mostram sua nudez e com isso se emparelham ao protagonista, em seguida, todos se vestem para poder ir embora, revigorados e transformados. ” ( Aguiar, 1988 - 42 ).

A Auxiliar que fez o papel de mãe disse : “ Eu pensei que tinha superado, mas foi

bom fazer a dramatização para pôr pra fora”. Depois fiz o processamento, que é a etapa final da dramatização, na qual fazemos uma leitura tentando entender, sintetizar o que tenha ocorrido. Destacou-se a necessidade de haver tempo para conversas na equipe de saúde e, principalmente, de se fazer luto, compartilhar situações dolorosas. Em círculo, abraçados, o grupo se despediu, fazendo um exercício de respiração no qual, ao expirar deve-se soltar o ar, imaginando pôr para fora o que está velho para dar espaço para o novo, o renovador. Eu disse que estava sentindo vontade de oferecer um ramalhete de flores para a Mãe, por sua coragem e força. A Marcia disse que queria lhe dar um abraço e foi em sua direção, enquanto o Grupo batia palmas, selando um dos momentos mais significativos dessa intervenção. A Auxiliar Mãe tornou-se uma das participantes mais ativas e agregadoras. Quando a encontrei um ano depois, fui recebida com um sorriso e um abraço indescritíveis. Trocamos olhares penetrantes. Ela me deu retornos preciosos dela mesma e da equipe. Emergiram muitas reflexões que exporei nas análises conclusivas. Senti com intensidade a responsabilidade, as contribuições e os riscos daquele tipo de trabalho.

Meus professores de Psicodrama, quando nos exercitavam em dirigir, diziam que a direção quem dá na verdade é o grupo, que se vai até onde os membros permitem, que se fala no limite do que pode ser dito e, principalmente, que é permitido “mexer” até a onde eles conseguem “segurar”.

Esse grupo, a Turma da Manhã, vinha se constituindo afetuosamente. Eram duas equipes de trabalho, que se encontravam em um outro espaço e com outras propostas / papéis, construindo uma terceira identidade. Eu havia tido experiências profissionais significativas, com duas pessoas deste grupo, uma de cada CS. Assim, avalio que relações anteriores também contribuíam para embasar esse novo arranjo relacional. Nos encontros anteriores, os participantes haviam-se aproximados com muita facilidade, haviam dado continência para o momento de luto da colega.

Concluindo, foi tranquilo montar a cena, havia disponibilidades individuais, indicativas de confiabilidade. Estava estabelecida uma dinâmica relacional, com um coeficiente de maturidade, que dava sustentabilidade ao grupo. O Desfecho Dramático ocorreu, provavelmente, porque a protagonista sentiu segurança de se expor, ainda que inconscientemente.

O desfecho dramático é um termo utilizado no Psicodrama quando em uma dramatização, os atores, ao se envolverem em seus papéis, são irrompidos por emoções,

sentimentos, desejos que estavam introjetados, em estado conflitante ou adormecidos. O ator transcende as representações caricaturizadas, os diálogos lógicos e “vomita o seu drama”. O emergir é terapêutico. O que sai é o que precisava ser olhado, é o que era negado, o que adoecia. Não é previsível, necessário ou programável que ocorra o desfecho dramático, ele não se dá em todas as Dramatizações. A leitura possível é que o relato da cena serviu-lhe de espelho, estimulando o emergir das emoções que lhe afligiam. Não esqueçamos que o tempo interno é diferente do cronológico. Uma perda, experiência tão dolorosa e intensa, pode ser atual, apesar de antiga, ou demorar-se em ser elaborada, segundo a dinâmica psíquica-emocional de cada um e os recursos de ajuda que dispõem. Penso ainda, que esse grupo propiciava uma oportunidade rara, pois em outros que conviveu, esses provavelmente, não tiveram condições, tempo e espaço de acolhê-la, ou estavam tão implicados quanto ela própria. Como filha de uma comum família mineira, sinto e sei das dificuldades de falarmos do que sentimos, principalmente do que sofremos e do que necessita de ser trabalhado.

Concluindo, “no teatro terapêutico, a irrupção do drama individual é a trilha para a superação dos entraves à plenitude de vida do principal figurante. Mas é ao mesmo tempo transformadora das relações sociais, na medida em que explicita e mobiliza a teia que se tece em torno desse indivíduo. (Aguilar, 1988 - 26).

No dia seguinte, Márcia eu fomos para o encontro com a outra Turma da Tarde, nos lembrando que cada grupo é um grupo. Sabíamos que não seria produtivo criarmos expectativas, por ter sido tão rico o Grupo da Manhã, assim esvaziados teríamos mais condições de perceber o grupo.

Após aquecimento relaxante, a discussão sobre saúde e doença, divisão em grupos, foram relatados os seguintes casos.

Sub-grupo 1: A Auxiliar acompanhava um paciente, do hospital de uma cidade vizinha para o Hospital das Clínicas da Unicamp. O rapaz, de boa condição financeira, há dois meses soube que tinha AIDS e entrou em profunda depressão. Não fazia nada, ao cumprimentá-lo, a Mãe respondeu. Persistiu em fazer contato, quando pediu que abrisse os olhos, ele atendeu e ficou olhando “muito fundo para mim.” Tinha olhos verdes, era galanteador. Disse que foi os olhos verdes que estavam lhe matando. Durante uma semana o acompanhou até o leito - dia no HC. Após três meses faleceu.



“ Me marcou, porque não reagiu, ele quis morrer, aquilo me deixava revoltada, com raiva dele, mas ao mesmo tempo queria compreender, queria dar força, não era a primeira pessoa que eu interagia que tinha AIDS. ”

Sub-grupo 2 : Em 1977, o CS estava mapeando uma favela. Em um dos barracos morava uma senhora de mais ou menos 45 anos, que tinha com 8 filhos. Um deles com a idade de 17 anos, media 80 cm. Era um filho que ficava escondido, ele tinha má formação, não falava, só sorria. Estava com ferimento que necessitava de cuidados. Retornou com material para fazer um curativo. Tinha grandes buracos nas costas, da onde saía larvas. “ Na época eu tinha 23 anos, nunca vi um caso como este. Como pessoa eu estava sentindo a dor dele. Consegui a internação com o Secretário. Morreu 15 dias depois que foi internado. A Mãe voltou no posto para contar da morte do filho. Me esqueci disto, hoje veio a história depois de muito tempo. Morreu no hospital, quando recebeu cuidados, não em casa. Serviu de experiência para conhecer a área da saúde.”

Sub-grupo 3 - Dois pacientes, uma senhora de 50 anos e um rapaz de 16 anos, estavam sendo tratados na Odonto. Faziam hemodiálise, só que não conseguiram ser transplantados. A equipe fez um vínculo com eles. “ Um dia ela sumiu, não tivemos mais notícia . Até um dia que avisaram que havia falecido. O menino magro, amarelo terminou o tratamento, quando era o retorno ficamos sabendo que havia falecido.

Sub-grupo 4 - “ No São Marcos uma senhora de 63 anos ia sempre ver a pressão. Um dia chegou com uma ferida exalando mau cheiro. Ninguém no CS quis cuidar dela. As pernas estavam podres. Todo dia fazia curativo. Conseguiu curar e fazer enxerto na perna, sendo elogiado o trabalho do CS no hospital. Os familiares, o filho, a filha, ajudavam no curativo. Após o enxerto teve parada, ficou boa. Criou um elo, um vínculo. Eu ia visitar ela na casa dela. Ela fez exame e deu adenocarcinoma. Ela ficou sabendo, me impressionou a vontade de viver, rescendia vida. Foi um choque saber a morte dela, por outra doença. ”

No segundo momento sugerimos a dramatização, a qual foi aceita. Escolheram o caso 1. Montamos a cena sem dificuldades.

Propôs as seguintes personagens : a Mãe 2, a qual era acompanhante de seu filho, que tinha outra doença.

Mãe 1, uma senhora de posses, calma. Não aceitava o que estava acontecendo com o filho. Ela dava as informações necessárias.

A Doutora : “ Brava, pega o paciente com AVC põe sentado. Ela mergulha no paciente faz ele ficar de pé. Ela é muito próxima do paciente ”

A Auxiliar e a Enfermeira estão passando o plantão. Diálogos foram previsíveis. A cena não se aquece. Enquanto Diretor proponho o encerramento.

Falas do compartilhar : Mãe 1 - Só pensei tendo um filho aidético, que sofrimento !!!

Auxiliar 1: Me sentia inútil, não conseguia ter palavras para responder.

Mãe 2 : Achava que a auxiliar tinha que dar mais atenção.

Auxiliar 2 : Deu para calejar um pouquinho agora, eu misturava as coisas. Não demonstrava muito isto. Sempre disfarçando para o paciente não perceber. Eu sabia que tinha de tomar cuidado comigo, tinha medo de me contaminar. Eu sentia vontade de chorar, meu refúgio era fumar. Depois que entregava o plantão, ia embora chorando. Mas eu era forte.

Mãe 2 : Não é só nesse papel, eu sempre me coloco no papel de mãe.

Paciente : Foi ruim ouvir a discussão dos auxiliares no hospital. ( se referia uma cena na qual a Auxiliar reivindicou melhor atenção quando o acompanhava no leito - dia e a sua colega foi ríspida ).

Estimulamos que a platéia expressa - se :

- Ele era um mulherengo.
- Foi um castigo para o paciente. Ele não enfrentou a situação.
- O pior da AIDS é a impotência.
- A gente fica sem saber como vai agir .
- Acho que a gente não vai se livrar do preconceito.
- Qualquer preconceito é curado com amor.

Discutimos a questão do papel profissional perante a postura de vida do paciente.

Perguntei ao grupo porque escolheu esse caso.

- É o que anda acontecendo.
- A AIDS nos coloca impotente diante da morte.
- É um problema atual.

- O motivo foi o choque do paciente.
- É o que mais amedronta e não sabemos trabalhar.

Discutimos sobre a morte, sobre o medo, as formas de transmissão do HIV e o manejo adequado de técnicas.

A avaliação foi muito positiva, destaco somente uma frase :

- Tem coisa que a gente tem dificuldade de falar. É bom falar.

Avalio que pedagogicamente esse encontro foi produtivo, possibilitou discussões sobre aspectos fundamentais, como o preconceito com doentes ou portadores de HIV. Em uma capacitação que somente transmita informações, sem trabalhar as questões subjetivas, de valores, de posturas, provavelmente, não atingirá seu objetivo de adequação do papel profissional. Faço essa suposição, tendo como argumento vários retornos espontâneos dos participantes, de que a intervenção pedagógica contribuiu para que eles “ olhassem o paciente diferente ”, que percebessem suas necessidades. Confirmadas por relatos de colegas que perceberam suas mudanças no manejo relacional com os usuários e companheiros de trabalho.

Concluindo, devo salientar que a utilização da técnica de dramatização foi um recurso pedagógico riquíssimo, suponho ainda, que contribuiu para desbloqueio de algumas relações, como veremos mais a frente. Avaliar que os objetivos iniciais desse encontro foram atingidos, somente a partir das avaliações dos participantes e nossa, seria reducionista; foi possível perceber um re - arranjo relacional, aumento da participação dos mais quietos e o grupo dando limites aos que falavam demais.

## Quinto Encontro

Relembro que o quarto encontro, com a Turma da Manhã, foi muito intenso por ter abordado questões subjetivas. Assim, preparamos o quinto encontro com um aquecimento e uma roda de conversa, que possibilitassem trabalhar as necessidades que aflorassem do grupo.

O grupo e a protagonista, a mãe cuja filha havia morrido, demonstraram abertura e necessidade de conversar, por isso não seguimos o tema que estava previsto no programa.

Selecionei para a descrição desse encontro, as falas mais significativas que ocorreram durante as três horas da roda com o objetivo de demonstrar como a dramatização mobilizou o grupo, fazendo emergir uma diversidade de aspectos a serem trabalhados.

- Percebi que houve mudança no atendimento da Puericultura. Uma usuária chegou atrasada e exigiu ser consultada, tentei orientá-la. Em um outro dia, ela voltou para a vacina. Me lembrei da aula, me coloquei no lugar da mãe e consegui conversar melhor.

- Durante a semana, fiquei tentando me colocar no lugar, para entender melhor o outro.

- Eram 15h, eu estava no atendimento da Pediatria. Chegou uma criança, que já tinha pegado a senha para a consulta, mas estava atrasada. O médico viu a agenda e disse que não ia atender. Daí eu fiz o médico entender a situação, fazendo ele se colocar como pai. Disse que o importante era ouvir o porquê chegou atrasada.

- A recepção é o ponto de encontro, dependendo da forma como chega a pessoa, o tom com que trata, pode definir a atitude do outro.

- O sistema não consegue atender. É muita gente marcando consulta para um mês. Alguém tem que atender, dar uma solução.

- Os médicos e os dentistas não estão fazendo o curso. Não estão aprendendo a lidar com a clientela e os funcionários. Acabam ficando mal com o funcionário e com o paciente. Acaba-se desgastando para resolver o problema. E nós ficamos no fogo cruzado.

- A recepção tem que resolver na entrada, não passar o caso para o médico.

- Os profissionais médicos usam a população contra os auxiliares. A recepção diz não ao cliente e o médico sorri para ele dizendo que a culpa de não atender é do auxiliar.

- Fiquei vendo a falta de medicamentos, a demora ou as pessoas que não conseguem ser atendidas. Orientei a população para ligar para 156 ( é o número do ramal gratuito que recebe reclamações na Prefeitura Municipal de Saúde de Campinas ). Lembrei da aula que foi triste , deprimente.

- Um andarilho chegou no CS com uma sacola cheia de remédios. Falta um assistente social para resolver esses casos. O que a gente deve fazer para não sair do nosso papel profissional ?

\_ A aula mexeu demais, foi mais deprimente no dia-a-dia. Deu para abrir o horizonte, consegui ver mais as situações no CS. Fiquei 2 noites sem dormir, ao mesmo tempo fez bem, mas mexeu muito no emocional, lembrei das coisas da vida pessoal, de dentro do íntimo, lá de trás para ver para frente. Pensava o que fazer para melhorar. Ao mesmo tempo me senti presa, sem liberdade, não conseguindo resolver os problemas dos pacientes. Empurra, empurra e não resolve nada, dá uma revolta !

- Entre as pessoas do programa do leite, eu percebo que tem gente que não tem o que comer. Acabei dando dinheiro, pondo no lugar deles.

- Percebo que as pessoas não vêm ao CS, só porque estão doentes. Elas não têm como ir para casa no final do dia, sabendo que não têm o que comer.

- No dia da aula deu um aperto, não queria ficar. Mas fico lembrando uns *flashes*. Sou muito de esconder.

- No trabalho a gente deixa de ser humano. Naquele dia mexeu dentro da gente, tive dor no corpo. A aula foi muito rica. Quero contar para desabafar. Vim para a aula passada mal, por problemas de doença na família. Mas, depois fui embora melhor. Lembrando que a gente é gente. Procurando dar limite para poder ajudar melhor, ver o nosso lado também. Vocês vão falar que sou muito fria, mas não sou.

- Eu acho que esses problemas são da rede inteira ! ( rede de serviços de saúde )

- Os problemas existem para mudar o sistema demora. Para mim o que serviu foi mudar por dentro. Rever a própria prática. Não consigo separar o pessoal do profissional. Será

que saberia agir em uma emergência ? Como vou agir daqui para frente? Foi um tratamento de choque para rever a prática. Deu para ver que a gente não é máquina.

- O grupo da tarde já estava preparado. Estavam sabendo de tudo, não foi espontâneo como o nosso.

- Naquela tarde fiquei mal, chorei. Falei que chorei para um colega que viu meus olhos vermelhos de chorar.

- O corpo fala. Meu marido sentiu no dia que eu estava deprimida.

- A alma emagrece ao falar.

Uma das participantes mais quietas levanta a mão pedindo para falar : - Eu preciso falar uma coisa. Olha aqui eu tenho um defeito nessa mão, nesses meus dois dedinhos. Passei a minha vida inteira com vergonha, achando que era doente (...) Na adolescência meu maior desejo foi fazer enfermagem , quando fui fazer o exame para entrar no curso de auxiliar falaram que eu não podia. Vocês não imaginam como eu fiquei. Daí eu consegui esse trabalho de escriturária no posto de saúde. Desde que eu entrei, já faz oito meses, que eu sinto esse sufoco, sinto medo de também ser discriminada aqui, queria falar mas não conseguia.

Seus colegas deram retornos positivos e acolhedores.

- Bom, já que é assim, eu também preciso falar uma coisa. Eu sofro muito quando sinto que o paciente está me discriminando porque eu sou negra.

Essas duas últimas falas tinham uma especificidade a ser valorizada e trabalhada. Elas desnudavam conflitos e sofrimentos, os quais permeavam e dificultavam as interações, pois seus protagonistas não se colocavam inteiramente. Amarrados, não tinham condições de se expressar com espontaneidade. Ao descristalizar as relações naquele grupo, provavelmente continuariam a partilhar trocas futuras, consubstanciando o convívio e facilitando os encontros. O grupo passou da encenação para o drama vivido. O fato de começarem por seus conflitos e suas inserções nesse grupo da intervenção era uma demonstração de saúde relacional e confirmava-me que a dramatização havia sido um dispositivo, um recurso pedagógico, com potencialidades terapêuticas.

As falas iniciais também tinham sido processadas, visando contextualizá-las nas determinações sociais e / ou institucionais. Os aspectos que se referiam à gestão e organização do



processo de trabalho foram abordados com a proposta de serem mais bem trabalhados nas próximas oficinas. Chamou-me a atenção que as falas queixosas em relação aos médicos e aos problemas de gerenciamento eram de trabalhadores do mesmo centro de saúde. Elas confirmavam o diagnóstico feito nas observações de campo e minha percepção de resistência à intervenção.

Os relatos sobre a mudança na percepção do outro \_ trabalhador olhando o usuário, enfocando suas necessidades \_ foram animadores, pois era um dos objetivos desta pesquisa. Fiquei alerta em observar se tal percepção e disponibilidade relacional persistiriam.

As falas sobre mobilizações internas e corporais mereceram atenção especial. Todavia, constatei que todas haviam sido feitas, mais no sentido de compartilhar. As pessoas já estavam refeitas não necessitavam, pois individualmente de apoio. Para a nossa relação e a dinâmica grupal, foi essencial e profissional termos dado aquele tempo e voz para continuar processando a dramatização da semana anterior.

No outro dia, pela manhã fui ao CS São Marcos, para uma reunião com a coordenação buscando diminuir as resistências, os medos sobre as exposições. A Márcia e eu vínhamos nos irritando, enquanto pessoas, mas no papel profissional sabíamos que aquela equipe poderia se beneficiar com a intervenção, aliás era um campo propício para realizar a pesquisa pelo tipo de postura gerencial centralizadora. Nos outros encontros várias conversas foram aos pouco aproximando-nos da coordenação do referido serviço.

À tarde foi o encontro da outra turma. Em roda, a Márcia pergunta como foi a semana. Silêncio. Após a pergunta se a aula passada deu alguma contribuição, foram afirmando que sim, enquanto exemplificavam. As diferenças de identidade grupal estavam cada dia mais nítidas.

A auxiliar que trouxe o caso do acompanhamento do paciente com AIDS, relatou um conflito que havia sido desencadeado com as colegas da recepção. Quando percebia que tinham “ despachado ” um usuário, ela pegava a pasta e tentava encaixar. Os médicos reclamavam, mas atendiam. “ Eu sei falar não educado, mas agora não estou mais conseguindo. ” Suas colegas assumem que havia divergências nas posturas.

Encaminhei a discussão no sentido de contextualizar o conflito, saindo dos arranjos pessoais, mas que o mesmo deveria ser consequência da repressão da demanda, da

organização do processo de trabalho e da forma gerencial. Pontuei que tal situação seria trabalhada na oficina de acesso e ser complementada na de re-organização do fluxo dos usuários.

No segundo momento do encontro, seguimos o programa fazendo discussões sobre as Diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e seu financiamento.

Propus a divisão em pequenos grupos, os quais receberam um trecho do Boletim do Ministério da Saúde sobre as Diretrizes do Sistema Único de Saúde, de 1994. A tarefa era discutir duas das diretrizes, anotar o entendimento e dar um exemplo como se dava sua implementação na prática.

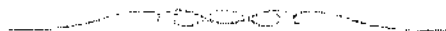
Sintetizando observei, que o grupo somente tinha conhecimento das diretrizes de gratuidade e universalidade. Sendo que os mais moços desconheciam que essa última, tinha sido uma conquista ocorrida na década de oitenta. Houveram falas com o entendimento de que o direito ao atendimento é universal, desde que o usuário more na área de abrangência do CS. A Márcia e o grupo demonstraram a rigidez e o risco de exclusão de tal concepção pode produzir.

O controle social foi questionado enquanto viabilidade, apesar da concordância e sua legitimidade e utilidade.

A integralidade das ações, visando eficiência e eficácia; a descentralização com a municipalização, com hierarquização o sistema de saúde e a igualdade, respeitando a equidade; eram desconhecidos ou parcialmente compreendidos até pelos participantes que tinham nível universitário. Tal observação demonstrou que os trabalhadores em saúde carecem da discussão sobre esse tema.

Apresentei dados sobre o financiamento do SUS, o que despertou interesse do grupo que avaliou como muito esclarecedor.

Na avaliação do encontro, foi dito da dificuldade de compreensão de alguns conceitos. Mas, ressaltaram a importância e necessidade dessa discussão nos CS.



## Sexto Encontro

Os dois últimos encontros com a Turma da Manhã foram muito intensos, a Marcia e eu avaliamos que era indicado um aquecimento mais lúdico. A consigna foi : imagine um bicho que gostaria de ser. Fazendo mímica tente fazer o grupo adivinhar qual é o bicho. Quando acertarem a resposta, diga o que espera do dia.

A festa logo se armou, vieram a gaivota, a borboleta, o cachorro, a lula, a galinha, o gato, o peru. Quando chega um cachorro alegre, quase faz xixi nos pés dos colegas. Deita-se no chão e coçando a barriga diz : “ Espero que a aula de hoje continue prá cima.”

De cócoras, dando uns passinhos estranhos se aproxima um bicho desconhecido.

- Eu queria ser uma formiga. Você já viu que coisa mais bonita, que um formigueiro! Eu paro para ver. A organização de trabalho deles. Espero que continue essa aula assim, uma perfeição.

- Eu nunca tive um peixe de estimação, mas um dia vou ter. Espero que essa aula seja gostosa, refrescante.

- Outro gato concorda, “ porque essa coisa do sarampo tá acabando com a gente.”

De repente, um quieto e sonolento trabalhador de dois empregos, pula no meio da roda. Foram só risadas e macaquices.

- Espero que seja tudo bem, que não tenha atrito. Macaco, me lembra circo, depois do palhaço, eu gosto do macaco.

A vontade da maioria era que o encontro fosse alegre, gostoso. Pois, essas eram as sensações do que tínhamos acabado de vivenciar. O aquecimento serviu também para demonstrar o stress que o grupo estava passando pela epidemia de sarampo, além de problemas internos nos serviços. Logo, a proposta de trabalhar as diretrizes do SUS seria adequada, por não mobilizar questões subjetivas. A dica do macaco sobre o atrito se referia a um conflito entre duas colegas do seu CS, que aflorou na intervenção, sendo possível trabalhá-lo. Foi mais uma das descristalizações que ocorreu.

colegas do seu CS, que aflorou na intervenção, sendo possível trabalhá-lo. Foi mais uma das descrystalizações que ocorreu.

Optei utilizar uma técnica que fosse mais curta duração, com o objetivo de apresentar os mesmos conteúdos programáticos para as duas turmas, tentando cumprir o que fora contratado.

Em roda, um participante lia o boletim do SUS. Os demais poderiam interromper para esclarecimentos ou destaques. Para quebrar a monotonia e contribuir na concentração o leitor poderia parar em qualquer parte da frase e dizer o nome de um colega, que deveria continuar imediatamente a leitura. O conteúdo discutido provocou interesse, avalio que o significado das diretrizes foi entendido.

Utilizei transparências para facilitar as discussões sobre financiamento do setor saúde.

A Márcia perguntou-lhes o que entendiam por acolhimento, para iniciar o próximo tema.

- É conversar com a pessoa.
- Respeitar.
- Dar atenção.
- Receber, ouvir e atender da melhor forma.
- Dirigir, encaminhar.
- Resolver o problema.
- Triagem.
- Resolutividade.
- Dar andamento, uma palavra.

Solicitei ao grupo que percebessem qual a imagem que emergiu, ao ouvirem a palavra acolhimento. O abraçar foi unânime, além de situações de aconchego.

Sinteticamente, coloquei que essa palavra aponta para um modo e uma qualidade relacional; no papel profissional, sugere uma postura. Mas, esse termo, quando usado como uma categoria, na formulação de um modelo técnico assistencial, provoca mudanças na concepção da

organização do processo de trabalho. Ou seja, a recepção deixa de ser a porteira, para tornar-se um sofá com almofadas. O não tem, passa amanhã, transforma-se em, a resposta que você mais precisa e podemos dar agora é...

Fiz uma pequena exposição da experiência relatada no texto *O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde : O Caso de Betim* ( Franco, TB & BUENO, WS & Merry, EE - 1997 ). Esse caso mostrou que ao implantarem a equipe de acolhimento, todos os usuários recebiam o primeiro atendimento, uma resposta. Assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros assumiram mais a assistência, tornando-se mais motivados. Ocorreu aumento da produtividade ( 0,9 at. / h para 2,7 at. / 7h ), contribuindo também, para facilitar o acesso. A resolubilidade, considerada como solução de queixas pela equipe de acolhimento, foi de 39,60 %, em março de 1996, para 58,30 %. Enquanto que os encaminhamentos para a rede SUS caíram 75,50 para 3,30 em fevereiro de 1997.

A manhã tinha-se ido e o grupo, ainda alegre, avaliou que o encontro foi produtivo. Saíram animados, por conhecerem o relato de uma experiência positiva. Também, porque sentiam a necessidade das equipes, de reverem-se em suas posturas e condutas. A discussão sobre o acolhimento nas próximas oficinas poderia ser uma ajuda.

O sexto encontro com a Turma da Tarde, foi aquecido ao cantarmos parabéns à você, para uma participante. A dinâmica de fazer a mímica de um bicho, facilmente trouxe elefante, cavalo, macaco, borboleta, beija-flor, tucano, gatos, cachorros, golfinho, bicho-preguiça e a águia. Provocaram muitas risadas, quando chegaram, a galinha e quatro pintinhos. "A gente não tem que ser unidos ? Então."

- Eu queria ser um bicho, mas quero falar uma poesia. Posso ?

### POSSO VOAR

Se eu pudesse voar

Ah ! Se fosse um pássaro

Deslizaria suave e tranqüilo  
pelo voar

Se tivesse asas como um condor  
Descobriria os limites do infinito  
Liberaria toda mágoa, toda dor  
E conheceria um mundo mais bonito

Se pudesse ser como um canário  
Pousaria nos galhos mais altos  
De um cedro majestoso, entoaria  
Canções de amor, as planícies, aos planaltos

Não posso voar, não tenho asas  
Não sou um pássaro  
Mas minha alma sem barreiras voa  
Ultrapassa as fronteiras do amor

Não há limites para o vôo do espírito  
Ele vaga por lugares intransponíveis  
Ele pausa nestes lugares e se deleita  
Nos seus sonhos mais ardentes, ou impossíveis

Minha alma voa por onde eu não  
posso andar  
Minha alma entoa canções que ninguém  
irá cantar  
E posso então sonhar, viver, voar  
Num mundo todo meu

Evanilda da C. S. Santos ( reprodução consentida )



A turma foi dividida segundo serviço que trabalhava, com a consigna de escrever, o que gostaria de mudar no CS para melhor atender a população.

Imediatamente foram se acomodando, uns em roda no chão, outros puxaram uma mesa e instalaram uma assembléia.

A equipe do CS Barão Geraldo desenhou o fluxo típico de um usuário no serviço e discutiram sobre a organização do processo de trabalho. Começaram a pensar em melhorar o acolhimento dos usuários.

Um cartaz bonito, com desenhos e desejos sobre a humanização do serviço e das relações de equipe; a melhora do acesso, do vínculo terapêutico, com aumento da capacidade de escuta, foi apresentado pela equipe do CS São Marcos. Continha imagem de acolhimento, representada em um abraço. O fato mais importante a ser destacado, é que a equipe conseguiu começar a expressar para a coordenação, a necessidade de repensar a gestão, o que de forma não verbal já tinham declarado.

A Turma da Manhã e da Tarde, receberam filmes de máquinas fotográficas para durante a semana, quando fosse possível, registrar como vivem as pessoas em suas áreas de coberturas.



## O SÉTIMO ENCONTRO

Durante a semana, a coordenação e equipe do CS Barão Geraldo continuaram a discussão do último encontro. Marcaram uma reunião com toda a equipe de enfermagem e uma reunião geral; combinaram um mutirão para arrumar os prontuários, no sábado ( para eles era dia sagrado de folga ); como não era possível resolver o problema da fila , resolveram providenciar medidas para que os usuários esperassem sentados ( senha de chegada, cartazes informativos e transformação da varanda em sala de acolhimento ), reivindicaram a instalação de um sistema de auto-falante, repensaram e implantaram um novo fluxo de coleta de material. A Coordenação solicitou que fosse incorporada ao grupo, uma das enfermeira, que por motivo de doença tinha faltado nos primeiros encontros. Recebi também, vários retornos da Coordenadora, que ao sentarem juntos no último encontro, qualificou seu diagnóstico ao discutir o processo de trabalho e que estava recebendo estímulos para repensar a gestão. Salientou ainda, que percebia estarem sendo rompidas as suas dificuldades em coordenar reuniões. Esses foram os primeiros brotos, que muito alegraram, a Marcia e a mim, ou seja, eram fatos demonstrando que a intervenção estava produzindo mudanças. A Marcia se ausentou por motivo de doença.

A proposta do sétimo encontro era : Reconhecer os cidadãos e a comunidade, com sua história e organização social. As relações do CS com as famílias, escolas, locais de trabalho, associações, igrejas, etc. Discutir as necessidades de saúde ( subjetivas e físicas ) dos usuários.

Como aquecimento, propus que escolhessem uma brincadeira, que depois de várias idéias, escolheram brincar de roda.

A consigna era que desenhassem onde e como vivem as pessoas que atendemos.

Construíram cartazes criativos, com informações relevantes, legendados, com riqueza e precisão de dados.

Na área de cobertura do CS Barão Geraldo, concluíram que a extensão territorial de 36 bairros, com população de 33 mil habitantes, eram incompatíveis com sua capacidade instalada, raciocínio com o qual concordei. Mas, a discussão mais estimuladora foi sobre o quanto estão aprisionados em atender a demanda curativa. Recordaram do programa de saúde bucal nas escolas que fora desativado, sendo constatado piora na incidência de cáries nos alunos de 5ª à 8ª série. Observaram situações de riscos em oficinas mecânicas, pequenas fábricas, uma lagoa com caramujos transmissores de esquistossomose e uma horta comercial que era regada com água contaminada. Destacaram algumas áreas de proteção ambiental que estavam sendo ameaçadas.

Uma técnica de higiene bucal, provocou boa discussão ao relatar suas visitas em escolas de 1º e 2º graus, realizadas nas últimas duas semanas. Além do diagnóstico bucal, comunicou a ocorrência de um surto de piolho (feito bloqueio), nível de violência e degradação de algumas escolas e poços artesianos que necessitavam de exames laboratoriais (foram solicitados). Duas participantes que tinham filhos nas respectivas escolas se propuseram em participar do Conselho de Pais e Mestres.

Concluíram que são responsáveis por complexo quadro de problemas externos, sobre os quais não conseguem atuar, por não terem recursos técnicos, de conhecimento, de tempo e tão pouco profissionais. Discordei quanto a impossibilidade realizarem trabalhos em escolas e creches e sugeri demandar os demais para outras instituições.

Consensuaram que o CS era bem localizado, de fácil acesso, por estar no mesmo quarteirão do terminal rodoviário e na avenida central do distrito. Porém que era muito longe de alguns bairros, distantes 17 km.

Os veteranos do São Marcos trocaram muitas informações com os colegas recém-chegados, enquanto elaboraram um rico esquema da área de cobertura.

Concluíram que a área pela qual são responsáveis não é extensa. Porém por se tratar de um bolsão de pobreza, os problemas se intensificam. As maiores preocupações apontadas foram as enchentes, a fome, a precariedade dos barracos, a violência, o desemprego, ausência de opção de lazer e de áreas verdes. Fizeram auto-crítica de priorizarem a assistência.

Como estímulo para a Turma da Tarde, apresentamos o vídeo, A ilha das flores, que demonstra as inter-relações na sociedade capitalista, desde a produção de tomates, o trabalho, o lucro, o salário, a família até como algumas mulheres e crianças retiram sobras de alimentos nos lixões.

As duas equipes trouxeram as fotos de visitas nas áreas de cobertura. Seus cartazes retratavam alguns aspectos com a riqueza do recurso fotográfico, porém não fizeram um mapa tão completo como os da turma da manhã. As discussões e as conclusões foram similares, deixando o aprendizado da necessidade de desenvolver ações preventivas, de educação em saúde e estimular a atuação do Conselho Local Saúde.

Como bibliografia foi entregue o texto As doenças da vida moderna, (Barros, MBA- 1996). Sugeri à duas turmas que fizessem a leitura em casa. Posteriormente, avaliáramos se foi um recurso pedagógico.



## O OITAVO ENCONTRO

A proposta era discutir a diretriz do SUS : Controle Social. A discussão inicial foi sobre o que é gestão participativa, suas potencialidades e dificuldades. O foco central foi a participação popular, exemplificada na história do Movimento Popular de Saúde - MOPS, através do depoimento da Auxiliar de Enfermagem Olga Akemi de Oliveira, representante dos trabalhadores no Conselho Local de Saúde do Centro de Saúde da Vila Ypê. Discutimos ainda, os fóruns decisórios : conselhos e conferências locais, municipais, estaduais e nacional. O convite à Olga, trabalhadora e militante, tinha a intenção pedagógica de não abordar esse tema teoricamente. Possibilitava ainda, apresentar um ator que tinha legitimidade para abordar o assunto, podendo ser observada como um espelho.

Como foi aquela manhã ? Os participantes chegaram animados e muito falantes. Quatro pessoas tinham lido o texto As doenças da vida moderna, Barros, MBA - 1996. Avaliaram-o como muito esclarecedor e de fácil entendimento. Porém, não foi efetiva a estratégia de oferecer textos para leituras posteriores.

O aquecimento foi um vídeo, que mostrou as reivindicações do MOPS pela construção do Centro de Saúde Vila Ypê, a inauguração pela comunidade e a festa de aniversário daquele serviço. Foi um recurso pedagógico riquíssimo; pois o vídeo que é simplesmente, o registro de imagens cronológicas, mostrou que vivendo o mesmo contexto municipal, lideranças populares e alguns trabalhadores construíram uma unidade de saúde, no qual eram atores protagonistas.

A Olga relatou que o movimento surgiu a partir de grupos de mulheres, ligados às Comunidades Eclesiais de Base, da Igreja Católica, na década de 70. Contou também, como foram os sete anos de luta do MOPS, para conquistar a construção de dois centros de saúde. Destacou, como foi fundamental terem tido coordenadores parceiros e dedicados. Demonstrou como era importante para os trabalhadores participarem

do Conselho Local de Saúde, por acumularem forças para a melhoria das condições de trabalho. Que esses ao aproximarem-se da população, ganhavam reconhecimento e diminuía suas cegueiras pelos corporativismos e conhecerem as necessidades dos usuários.

Complementei com outras experiências de gestões participativas e algumas informações sobre os conselhos e conferências municipais, estaduais e nacionais. Os objetivos do encontro tinham sido todos cumpridos.

A Olga, ao querer mostrar resultados, faz um novo e explosivo espelho. Começa relatar que além da existência de um CLS atuante; eles não tem filas; que não há grande rotatividade de profissionais, incluindo os médicos; que funcionam até as 22 h, inclusive aos sábados; que fazem ações coletivas em escolas, creches, abrigo de menores infratores, locais de trabalho; que possuem grupos adolescentes, hipertensos, mães de criança com asma. Finalizou dizendo que a coordenadora escutava a população no dia-a-dia e que fazia reuniões por áreas e com toda a equipe. ( considero que o gerenciamento competente daquele serviço soma-se à participação popular para a obtenção do quadro relatado ).

O grupo ficou compenetrado. A Olga tinha acabado de demonstrar que era possível concretizar tudo o que vínhamos apresentando e discutindo.

Após trocas de telefones, pedidos conhecer os trabalhos de grupos e participar de reuniões com a população, nos despedimos trocando muitos abraços.

Nossa convidada voltou para encontrar a Turma da Tarde. Somente uma pessoa tinha lido o texto referido acima.

A novidade daquele dia, foi a falta dos dois coordenadores. Foi um momento que pude observar e confirmar as suas influências na dinâmica do grupo. Uma das equipes retraía-se com a presença da coordenação.

Seguindo o mesmo roteiro, a Olga mobilizou o grupo. A presença de três auxiliares de enfermagem, antigas agente de saúde, do tempo que o critério para contratação era ser representante da comunidade, protagonizaram parte do encontro. Rememoraram lamentando a perda de envolvimento com a população e a motivação profissional. Foi possível ler no sub-texto que também se ressentiam da perda de poder. Os novatos não demonstravam irritação e estavam atentos.



O trio de auxiliares dirigiu a discussão para a necessidade de se resgatar o papel da enfermagem. Após consenso, recoloquei a importância do papel da equipe de saúde. Inseri o restante do conteúdo previsto.

Ocorreu uma discussão na qual desqualificaram os conselheiros locais do CS São Marcos. A Olga tentou quebrar a cegueira de alguns. Coloquei vários exemplos de participação popular e gestão participativa, depois propus analisarmos aquelas falas que reverberavam e colocavam a culpa no outro para se justificar.

Foi unânime que o encontro tinha sido bom. A Olga comentou ao final, como que os grupos eram diferentes. Avalio que o encontro cumpriu seus objetivos para parte significativa dos participantes. Os que mais tinham falado, não posso afirmar se escutaram e refletiram. Duas dessas pessoas se tornaram menos descrentes nos próximos encontros.

## O NONO ENCONTRO

### - OFICINA : Repensando a organização do processo de trabalho através do acesso

Chovia torrencialmente, com atraso o grupo chegou demonstrando disposição. Sentamos em roda, quando propus que contassem como tinha sido a semana, as novidades, os problemas. Falas de bons estados de ânimo, demonstrando expectativas sobre as oficinas que estavam por vir. Destacaram a presença na intervenção, de colegas que estavam de férias, que avaliaram como sendo indicativo de que nossos encontros estavam sendo proveitosos e gostosos.

O contrato para as oficinas, foi que trabalharíamos com os dados e contextos reais, porém a decisão sobre a implantação das inovações sugeridas ou mudanças na organização do processo de trabalho estaria sob as responsabilidades das coordenações dos centros de saúde e da equipe de supervisão da Secretária Municipal de Saúde Campinas.

O objetivo central foi discutir o acesso, mas também, havia o propósito de fazer um exercício, para demonstrar a viabilidade e potência do planejamento participativo e ascendente.

O roteiro da oficina foi: - dividir em dois sub-grupos, os trabalhadores do São Marcos e os de Barão. A Márcia acompanhou uma equipe, enquanto fiquei com os trabalhadores do outro centro de saúde;

- descrever todos os procedimentos ofertados pelo centro de saúde, elencando-os por áreas ou setores. Cada procedimento deveria ser escrito em uma tarjeta, que seria colada em papel pardo para formar um painel.

Os sub-grupos trabalharam com afinco, enquanto descreviam os procedimentos, envolviam-se em discussões, esclarecimentos da produção e horário das ações de saúde, fluxo do usuário na unidade.

As equipes ao verem suas produções enalteceram-se, expressaram espanto e satisfação ao observar o elenco de suas produções. “ A gente trabalha, trabalha e não

aparece, olha o tanto de coisas que a gente faz.” Outras falas foram demonstrando a necessidade da instituição valorizar os papéis e a produção da equipe, repensando o ênfase que é dado à consulta médica. Destacaram ainda, a contribuição que essa metodologia estava propiciando, aos participantes individualmente e ao grupo.

A tarefa de produzir os painéis demonstrou-se demorada perante o tempo disponível. O processo pedagógico desenvolvia-se com fluidez, motivando a todos nós. A oficina respondeu à expectativa grupal.

O encontro com a Turma da Tarde foi com o mesmo roteiro e produziu os mesmos resultados, os painéis tinham formatos diferentes mas o conteúdo checava o que a outra turma havia produzido. Devo destacar que nessa atividade os coordenadores se envolveram bastante. Percebi o coordenador do CS São Marcos aproximando-se da equipe.

As equipes ao verem suas produções enalteceram-se, expressaram espanto e satisfação ao observar o elenco de suas produções. “A gente trabalha, trabalha e não aparece, olha o tanto de coisas que a gente faz.” Outras falas foram demonstrando a necessidade da instituição valorizar os papéis e a produção da equipe, repensando a ênfase que é dado à consulta médica. Destacaram, ainda, a contribuição que esta metodologia estava propiciando aos participantes individualmente e ao grupo.



## DÉCIMO ENCONTRO

A proposta daquele dia foi a finalização da oficina do acesso. Relembro que no encontro interior, os subgrupos haviam construído painéis descrevendo todos os procedimentos realizados nos centros de saúde onde trabalhavam.

As equipes ao verem suas produções enalteciam-se, expressaram espanto e satisfação ao observar o elenco de suas produções. “ A gente trabalha, trabalha e não aparece, olha o tanto de coisas que a gente faz. ” Outras falas foram demonstrando a necessidade da instituição valorizar os papéis e a produção da equipe, repensando o ênfase que é dado à consulta médica. Destacaram ainda, a contribuição que essa metodologia estava propiciando, aos participantes individualmente e ao grupo.

A tarefa seguinte foi analisar cada procedimento elencado, descrevendo o tempo médio para um usuário acessar, desde o tempo que chega na recepção até a realização daquela ação de saúde. Como recurso visual utilizaram quadrados de cartolina colorida ( 5 x 5cm ), anexando-os com crepe à tarjeta, nos quais estava escrito os minutos para acessar ou dias dependendo do tipo de procedimento.

Durante a oficina os participantes dos dois subgrupos mostraram-se muito interessados e interativos. Tive a impressão de que o exercício foi um objeto intermediário, ao realizá-lo emergiram ricas discussões, que sintetizando estavam refletindo sobre o processo de trabalho, gerenciamento e modelo técnico-assistencial.

O grupo estava com um tempo de maturação, que propiciou que as diferenças de opiniões começassem a emergir e criar polêmicas. O exercício colaborou no sentido de sair do discurso idealizado para o confrontar-se com a realidade, com as necessidades dos usuários, as possibilidades / limites do processo de trabalho, as relações de equipe e as características pessoais. Citarei dois exemplos de discussões. Um participante questionou a realização da troca de sonda ( não foi anotado mais detalhes ), em um usuário que tendo uma patologia crônica, sempre procura o centro de saúde. Ele argumentou ainda, que aquele procedimento era demorado, atrasava o fluxo dos demais procedimentos realizados na sala de enfermagem e que deveria ser realizado em

pronto-socorro. Os demais colegas de equipe presentes naquele subgrupo discordaram, relembando as diretrizes do acesso, do vínculo terapêutico e a busca de maior resolutividade nas unidades básicas. Sugeri que não terminassem a discussão na “derrota” de um argumento, mas que olhássemos para aquela fala e analisássemos o que ela trazia de colaboração. Os colegas desarmaram-se, perceberam que devido à relação estabelecida com o referido usuário era tranquilo e possível, orientá-lo para que procurasse o serviço em determinados horários que costumavam ter menor demanda, o qual receberia por sua vez uma atenção mais personalizada, sem ficar esperando muito tempo. O consenso foi criado respeitando todos os proponentes e o mais importante encontraram uma simples proposta que agilizaria o fluxo de atendimento para vários usuários, não estercariam os trabalhadores, melhorariam o acesso e o acolhimento do citado paciente.

O outro exemplo de discussão foi sobre a implantação de coleta diária de material para exames laboratoriais. Argumentaram que tal oferta melhoraria o acesso e a resolutividade

Após marcar o tempo de acessar, a Márcia para um subgrupo e eu para o outro, sugerimos que destacassem com um pequeno pedaço de cartolina colorida, os procedimentos cujo acesso estava demorado. As duas equipes chegaram a conclusões semelhantes, de que o acesso estava demorado para a grande maioria dos procedimentos.

Cada subgrupo construiu painéis que cobriam duas paredes de cada sala de aula. A oficina continuava dinâmica. Para finalizar, sugeri que buscassem uma solução viável para cada problema detectado.

Apesar das reclamações do tempo restrito, fomos para plenária quando foi apresentado os painéis, destacando as soluções encontradas por cada equipe, com o propósito de partilhar e servir de espelho para os colegas do outro centro de saúde.

Por exemplo, alguns problemas e soluções : - filas e falta de privacidade na recepção, utilizar sala de puericultura sub-utilizada para fazer triagem com mais privacidade.

- necessidade de melhorar as informações aos usuários, presença de enfermeiros na recepção e de dentista na triagem odontológica.

- vacinas em atrasos, convocar por aerograma e fazer visita domiciliar em casos necessários.

- triagem inadequada de odontologia e fila de oito meses, criação de uma equipe de triagem, em espaço acolhedor e apropriado. Montar uma sala de espera para odonto, principalmente para a odonto-pediatria.

- problemas de encontrar pastas no arquivo, mutirão de arrumação  
- múltiplas consultas com recém-nascidos, criar um grupo educativo para mães de recém-nascidos

- erros na coleta de material, melhorar a informação para o usuário

- poucas atividades de vigilâncias, aumentar o número de visitas, projetos em escolas, creches, etc.

- enfermagem “amarrada” na rotina, implantar grupos de planejamento familiar, diabéticos, hipertensos, fazer vacinação em área rural e visitas extra muros.

- atendimento corrido na farmácia, priorizar dar mais atenção aos pacientes

A avaliação da oficina foi muito positiva, demonstraram interesse em realizar as oficinas seguintes.

A Turma da Tarde cumpriu o mesmo roteiro, em um clima tranquilo e com envolvimento. A coordenadora de Barão e sua equipe conversaram muito, resolveram marcar duas reuniões, uma proposta para acontecer à noite, com a equipe dos dois plantões, para discutir a recepção e uma outra geral, envolvendo todos os demais colegas para discutir o centro de saúde como um todo.

A equipe do São Marcos discutiu a implantação de uma agenda para consultas de enfermagem. Esses dois últimos foram exemplos de deliberações que foram executadas nos dias seguintes, além da formulação de várias propostas para agilizar o acesso nos dois serviços.

Por exemplo, recepção misturando as filas para diversos atendimentos, criar um fluxo para procedimentos de enfermagem.

- demora de até trinta dias para fazer carteiras de saúde, criar uma equipe responsável para realizar grupos semanais. Fazer informativo para a população.

- agendamento para coleta de citologia oncológica demorando em média trinta dias, devido falta de sala.

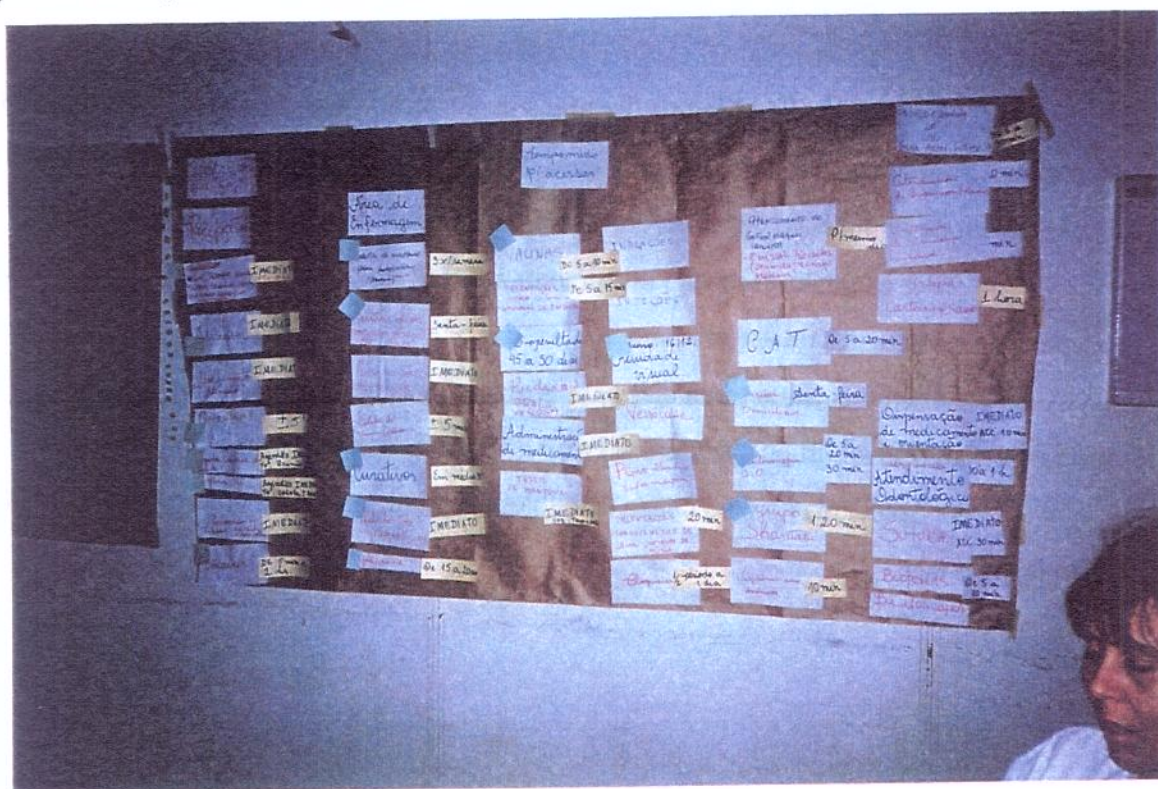


A coordenação desconhecia essa situação, tentamos achar saídas imediatamente, iriam remanejar horários e deixar, em intervalo diário para coleta, passando a enfermeira também em colher.

- exame de acuidade visual realizado de quinze em quinze dias por falta de espaço adequado, discussão do espaço necessário, passou a ser feito diariamente, na hora que houver procura.
- desativação do aparelho de eletroencefalograma devido a falta de espaço, delimitação de um horário de menor fluxo, com oferecimento do exame aos centros de saúde vizinhos.

O subgrupo do São Marcos não destacou a fila às quatro horas da manhã como sendo um problema. Márcia e eu avaliávamos como inaceitável tal situação e retomamos essa discussão para que os envolvidos revezem suas posições e investissem na resolução de tal problema. É preciso relatar que individualmente vários trabalhadores daquele serviço indignavam-se com as filas, mas não acreditavam ser possível eliminá-las. Esse assunto seria retomado em outras oficinas.

Como forma de avaliação foi solicitado aos participantes, que ao saírem da sala de aula, fizessem uma avaliação rápida, anotando em um cartaz anexado na porta, a nota de 0 a 4 para avaliar aquele encontro. Todos os participantes deram nota 4.



OFICINA: ACESSO-PAINEL CONSTRUÍDO PELOS PARTICIPANTES

## DÉCIMO PRIMEIRO ENCONTRO

A esperada oficina sobre o acolhimento havia chegado, ela demandava um aquecimento especial. A música inicial foi a Angelus, que dá o nome ao CD de Milton Nascimento. Uma terna melodia, alegremente brinca cantando la, la ... enquanto os participantes andavam pela sala descontraindo-se, muitos sorriam, outros brincavam para disfarçar que estavam sentindo dificuldade em se soltar. Aos pouco o grupo foi harmonizando-se. Sugeri que andássemos de mãos dadas, formando um cordão, que foi se transformando em um caracol, bem apertado. Era o momento de parar um pouco e perceber-se, escutar a música. Perceber a presença, tão próxima dos colegas. Bem lentamente, parado onde estivesse, iniciar um movimento como que ninando uma criança. O embalar conectou a todos nós. O “ vamos abraçar quem estiver perto ”, foi atendido com espontaneidade.

Saimos do abraço para uma roda. Peguei um grande e fofinho ursinho branco de pelúcia, dando a consigna de imaginar que ele era uma criança. A sua criança, seu filho, seu irmão. Carregando-o carinhosamente, cada um saiu da posição que ocupava na roda e foi em direção à um colega, entregando sua criança para o profissional que iria cuidá-la. Ao receber o ursinho aquele transforma-se em mãe ou pai saindo em busca de cuidados. Foi fácil o envolvimento de todo o grupo na vivência.

Sentamos para compartilhar. Pareceu-me que todos estavam bem, eu sentia uma energia muito boa no grupo. Essa vivência foi uma das mais intensas, guardo-a com muito carinho e satisfação. Citarei alguns registros que ficaram : - Mandar embora dói !

- A gente conta uma história e no fim diz não.

Falas de impotência, frustração e incômodo, perante a qualidade da assistência prestada nos centros de saúde onde trabalham.

- Tem que olhar muito bem, às vezes, não dá tempo para ver, olha mais não vê.

- Adulto tem medo, vergonha de falar, o olho do profissional tem que enxergar.

- As pessoas são encolhidas.

- Mas, enfim o que significa acolher o usuário ? perguntei.

- Receber estando aberto ao outro.

- Todo o sistema estar aberto, dar solução, resolver, trocar, ouvir.
- Trabalhar com a diferença.
- Acolher tem hora que é dar limite.
- Convidar a pensar sobre ele mesmo. Pensar junto.

Ficou a grande interrogação : como organizar o serviço com o objetivo de acolher os usuários ? Propus a construção de um cartaz :

O Centro de Saúde São Marcos apresentou as seguintes propostas : triagem mais elaborada, alguém organizando a fila permanentemente, implantar colegiado de áreas e reuniões de equipe, melhor acolhimento dos funcionários escrito três vezes, trabalhar a integração da equipe, treinamento e cursos mais frequentes , funcionários eficientes ( treinamento e dar resolutividade ), treinamento, refeitório, flores para alegrar o ambiente, plantas e flores para trazer paz, sala de brinquedos para as crianças da odonto, uniformes e crachás, microfone para a chamada de clientes, microfone, bebedouro que funcione, música ambiente, tratamento com carinho como se fosse um ente querido, cordialidade, qualidade do atendimento, mais união na equipe, mais comunicação na equipe, pacientes educados e compreensivos.

O Centro de Saúde Barão Geraldo escreveram : aparelho de tv com vídeo, som ambiente, mais higiene e organização, vasos, utilizar terreno ao lado C.S. para aumentá-lo, microfone + caixa de som, música ambiente, revistas educativas, brinquedos e tv na sala de espera, uniforme para todos, atendimento com + privacidade, uma recepção + atenciosa e acolhedora, assim como toda a equipe do CS, conforto.

Ressaltei que o fundamental no acolhimento era a relação terapeuta-usuário que se estabelece, que o grande recurso era o trabalhador e sua postura profissional. O consenso foi unânime.

Preencheram o seguinte esquema :

Centro de Saúde de Barão Geraldo	
Local possível : aproveitamento da varanda	
Quem participa : enfermeira, auxiliar de enfermagem e assistente social	
Instrumentos necessários : 1 mesa e 3 cadeiras, conhecer bem a rotina do serviço, boas formas de acolhimento	
Fluxo do usuário : paciente é abordado pela equipe de acolhimento e encaminhado de acordo com fluxograma	

Centro de Saúde São Marcos	
Local possível	sala de grupos e sala da puericultura
Quem participa	Assistente Social : Cidinha Médicos : Benoar e Denise ACD : Simone e Zezé Auxiliar de enfermagem : Neide e Evanilda Enfermeiros : Merian e Alexandra Recepcionistas : Elaine e Ronaldo Saúde Mental : Vera Ginecologia : Maria Dentista : Chico e Eduardo
Instrumentos necessários	capacitação profissional materiais adequado conhecer a rotina do serviço
Etapas para implantação	treinamento projeto para implantação avaliação
Fluxo do usuário	entrada pela sala de grupo e encaminhado para os respectivos setores

Fizemos a leitura dinâmica do texto, ainda não discutido com aquela Turma, “ Demanda Espontânea em UBS : O papel dos profissionais de enfermagem na recepção. Whitaker, A. S. & Peduzzi, M. . Mesmo tendo pouco tempo para discussão, o texto colaborou para enriquecer o compartilhamento e destacar a necessidade de priorizar a recepção como tema a ser aprofundado.

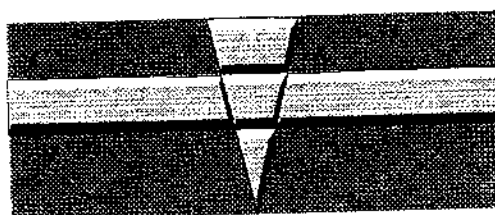
Avaliaram que a primeira parte do encontro foi : - Um tesão ! - Poder trabalhar com isso dá prazer. - É o que nos dá gratificação profissional. Referindo-se à segunda parte, disseram : - Valeu ! - Foi muito gostoso. - Boa idéia ! Bom agora, tem que mudar o centro de saúde. - Que não fique só no papel. - Lutando a gente consegue, com muita luta.

A Turma da Tarde a princípio não envolveu-se com a dinâmica do ursinho, mas depois conseguiram aquecer-se para as discussões posteriores.

Relatarei somente propostas inéditas para melhorar o acolhimento : colocar quadros legais, pintar os bancos de concreto de uma cor mais clara, colocar fita tipo papel de parede, organizar rapidinho um conselho local de saúde.

Uma fala que chamou-me atenção : “ Não olha para a cara do paciente que dirá olhar para dentro dele ”.

Na avaliação salientaram que esse tema deveria ser discutido com toda a equipe.



## DÉCIMO SEGUNDO ENCONTRO

A proposta desse encontro era discutir o vínculo terapêutico, a responsabilização e a resolutividade. O conteúdo teve que contemplar o que fora contratado para ser discutido em dois encontros, porque houve a utilização de dois períodos para as oficinas de acesso. Tal proposta foi possível também, porque eram temáticas afins.

Para aquecer o grupo, inicialmente, propus um alongamento, tendo ao fundo uma música relaxante. Ao final formamos um círculo para facilitar que massageássemos os ombros de quem estivesse à nossa frente. O grupo ficou centrado e harmônico, sugeri então, que aos poucos dispersássemos pela sala. Dei a consigna de que quando andássemos, fôssemos procurando encontrar o olhar de um colega. Aos poucos as trocas de olhares e sorrisos foram produzindo um clima amoroso e alegre. Quando percebi o grupo todo envolvido, demonstrei que poderíamos também encontrar o outro, tocando as pontas do indicador no dedo de outra pessoa. Desajeitados no começo, depois interagimos com mais fluidez. O grupo compartilhou que gostou daquele aquecimento, que tinha como objetivo trabalhar as resistências à interação, além de aquecer para a discussão sobre o vínculo terapêutico.

Coloquei no centro da roda, sucatas, folhas de papéis diversos, lápis de cera, caneta hidrocor, panos. Propus que divididos em subgrupos segundo escolhas pessoais, criassem uma forma de transmitir o que entendiam por vínculo terapêutico. Rapidamente, “bagunçaram” a sala, suas interações, suas posturas corporais descontraídas, a busca da expressão criativa, eram-me um retorno positivo da intervenção pedagógica. Para mim foi lindo e estimulante observar aquelas pessoas anteriormente tão quietas e disciplinadas, estarem daquele jeito mais alegres, mais afetivas e dinâmicas.

Um subgrupo construiu dois círculos com panos, entrelaçados. Disseram que para eles vínculo é encontro e união. Outro grupinho, construiu dois corações, tipo marionete, que mexiam-se, utilizando cartolinas, com suporte de garfos descartáveis de madeira. Um cartaz, foi produzido por outros participantes, com desenho de traços infantis, representando um jardim, com uma pequena árvore com frutos vermelhos, que estava sendo regada por um boneco. Continha o seguinte título: “Acolher bem, plantar amor, competência e justiça.” Em baixo, escreveram: “O que plantamos, isto nós colhemos.” Os últimos a manifestarem-se, montaram um quadro, vários



panos constituindo um ambiente acolhedor, uma profissional de saúde representando cuidar de um usuário. Mencionaram que para criar vínculo é necessário interação, dedicação e tempo ( no sentido de que ocorre em um processo ).

Compartilhamos utilizando vários detalhes das criações grupais. Foi discutido o medo de vincular-se temendo a dependência, as perdas. Tentamos distinguir vínculo terapêutico de vínculo pessoal. Avaliamos o cotidiano dos serviços, com as dificuldades e possibilidades para trabalhar priorizando a existência de vínculo. Algumas saídas encontradas, foram o incentivo a criação de grupos, dos tradicionais à grupos de alta estima, para aquelas pessoas que procuram frequentemente o centro de saúde; grupo da idade legal com caráter preventivo e interativo; grupo terapêutico e educativos para mães; oficina para adolescentes; atividades lúdicas e saudáveis ( festas, bailes, hortas de plantas medicinais, passeios, culinária, bordados, etc ). Todas estas propostas foram no sentido de não privilegiar a atenção curativa, de acolher a grande maioria de usuários cujas necessidades são mais afetivas e de informação. Discutiu-se a implantação de equipes de acolhimento e das consultas de enfermagem. Salientaram a necessidade da reorganização das agendas das consultas médicas e odontológicas, com o objetivo de diminuir a sobrecarga, a rigidez e deixando espaço para atender as “ surpresas ”.

As categorias resolutividade e responsabilização foram abordadas no bojo da discussão anterior. Foi destacado a necessidade de diminuir o “ ao, ao ”, referiam-se aos encaminhamentos, ao cardiologista, ao endócrino, etc. Tal sugestão foi embasada na observação de que alguns colegas prestam assistência e com resolutividade na maioria dos casos, encaminhando quando necessário. Porém, outros profissionais encaminham com muita frequência. Aproveitei o momento para que refletissemos como as demais categorias poderiam rever suas atividades buscando maior responsabilização e resolutividade. A Assistente Social ressaltou a importância de trabalho assistencial conjunto com a equipe de saúde mental. As enfermeiras mostraram a disposição de participar de grupos, visita domiciliar, realização de procedimentos, de consultas de enfermagem, redimensionando o tempo utilizado com as atividades administrativas. As auxiliares de enfermagem e de consultório dentário, destacaram que têm competência para realizar ações educativas e cuidados, não limitando-se em marcar consultas.

Avaliaram que a aula foi muito gostosa e começaram a expressar a tristeza porque os encontros estavam por acabar.

No outro dia, a Turma da Tarde viveu o referido roteiro de encontro com alegria e dedicação.

Representaram o entendimento sobre o vínculo terapêutico com muita criatividade. Um subgrupo, construiu um cartaz com desenhos de contornos de várias mãos, com o seguinte dizer : A mão do médico e da enfermagem acolhendo o paciente.

Fizeram uma encenação do atendimento adequado à uma mãe. As atrizes estavam espontâneas, os figurinos foram produzidos com os panos. Ao final exageraram nas falas “ politicamente corretas ”, demos muitas risadas.

Um subgrupo construiu em uma parede, um coração, com olhos, nariz e boca, anexado a um cartaz, onde estava escrito : “ Com os braços abertos criamos um vínculo de amor e amizade ”

Outra parede, foi enfeitada com panos, tendo no centro um par de alianças. Disseram que vínculo é união.

O compartilhar foi muito parecido, na essência do que foi discutido com a Turma da manhã, ao final contei as sugestões inéditas que tinham sido feitas por seus colegas. A principal novidade proposta por esta turma foi a criação de grupos de puericultura feitas por duplas de auxiliares ou auxiliar e enfermeira, isso pensado para o Centro de Saúde São Marcos. A melhoria do vínculo com as gestantes e puérperas, também foi muito enfatizado.

Quando foi discutido a responsabilização, teve um destaque significativo as falas de uma enfermeira que disse que seu maior sonho era ser enfermeira de saúde pública e não ser só “ enfermesa ” e “ bombeira ”. Queixava-se de ficar excessivamente em atividades administrativas e de supervisão repreensiva. Sentia-se bombeira por não trabalhar com projetos e sim dedicar o tempo em atividades pontuais, cobrindo faltosos e administrando conflitos tanto com as equipes como com os usuários. Na verdade aquela fala tinha um caráter de desabafo e de colocar-se perante a equipe. Relembrei os trabalhos das oficinas e encontros anteriores, o grupo e eu, demonstramos que as causas de tal situação eram decorrentes do gerenciamento centralizado, da organização do processo de trabalho medicalizante, com fragmentação do trabalho da enfermagem e de sua postura pessoal. As “ dicas de saídas ”, também foram indicadas .

A necessidade de fazer o luto pelo término dos encontros também emergiu, nesta turma.



### DÉCIMO TERCEIRO ENCONTRO

Tendo que elaborar também o luto pelo término dos encontros, preparamos com detalhes o último deles. A proposta foi recontratada por avaliar que o tempo necessário para realizar as avaliações, não permitiria trabalhar com adequação o que fora proposto: Repensando os trabalhos em grupo, as ações educativas e as ações de vigilâncias. O roteiro de trabalho daquele dia foi, aquecimento, com o processar em grupão; a construção do ponto de chegada, divididos nas equipes dos dois centros de saúde; a avaliação individual da intervenção pedagógica e a festa de encerramento, com entrega dos diplomas.

O grupo havia concordado em que aquele encontro fosse realizado nas dependências do CETS ( Centro de Educação dos Trabalhadores em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas ), devido as instalações físicas serem mais adequadas para a festa e por sabermos do entendimento que têm a equipe daquele serviço de que, festa também é um recurso pedagógico, podendo ter até efeitos terapêuticos.

Devido a contratempos começamos com prejudicial atraso, não realizamos o aquecimento, porque o som tinha queimado. O grupo estava irrequieto, esperando a festa.

Ofereci vários materiais e propus que demonstrassem o que tinha “ ficado ” da intervenção pedagógica, lembrando que seria também um exercício de ação pedagógica, tema que deveria ser abordado. Tal atividade foi proposta para aquecer, serenar o grupo e principalmente para fazer uma avaliação espontânea que permitisse expressões subjetivas.

As categorias mais lembradas foram o acolhimento, o vínculo e o acesso.

Destacaram como sendo importante a valorização que se deu ao trabalho em saúde e do papel dos trabalhadores.

Propus que escrevessem em tarjetas “ O que mudou ? ” . Construíram os painéis seguintes :

O QUE MUDOU ?	Turma do Centro de Saúde Barão Geraldo
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprendi a escutar melhorar e ajudar</li> <li>- Aprendi a ser mais profissional e amigo</li> <li>- Mudou individualmente no modo de enxergar o próprio trabalho</li> <li>- Nada mudou na equipe que é muito desunida e desestimulada</li> <li>- Serviu para ver realmente a nossa vocação</li> <li>- Aprendemos a ouvir o paciente</li> <li>- Melhorar meu entrosamento com a população</li> <li>- Vínculo entre as colegas que estão participando do curso de acolhimento</li> <li>- Adquirir sensibilidade</li> <li>- Uma puericultura mais adequada</li> <li>- Enxergar mais o paciente como ser humano</li> <li>-Aprendi a valorizar melhor o meu trabalho</li> </ul>	

### O QUE MUDOU ? Turma do Centro de Saúde São Marcos

- Maior entrosamento com a equipe
- Mais paciência em escutar e tentar ajudar
- Esperança de mudança
- Melhorou a escuta
- Melhorou a fila da coleta
- Equipe mais maleável
- Maior sensibilidade em todos
- Maior visão
- Quem participou do curso ficou mais vinculado ( entre si )
- Conscientização da equipe
- Esperança de uma mudança real
- Boa melhora na recepção
- Melhorou atendimento na sala de atendimento de enfermagem à tarde
- Percebemos que podemos criar

Nas páginas posteriores estará as leituras conclusivas, mas podemos sintetizar os quadros acima, observando que houveram contribuições no sentido de melhorar a escuta, o entrosamento da equipe e com a população, correlaciono-as com as discussões sobre acesso, acolhimento e vínculo. Deduzo que a relação de equipe beneficiou-se pelo contato em um espaço mais relaxado. A valorização do trabalho deve ter sido estimulada por todas vivências e conteúdo teórico. A intervenção não se comprometeu, com dito anteriormente a implantar mudanças, mas temos destacar alterações

concretas como: “ puericultura mais adequada,” “ melhorou fila da coleta”, “ boa melhora na recepção ” e “ melhorou atendimento na sala de atendimento de enfermagem, à tarde.” Devo destacar a tarjeta: Nada mudou na equipe que é muito desunida e desestimulada”. Eu não havia percebido problemas relevantes naquela parte da equipe a que o escrito referia-se. No rápido processamento do painel, questionei se queriam discutir a respeito daquela tarjeta, depois de um pequeno silêncio, a maioria que fechasse os trabalhos para iniciarmos a festa.

Relembrei a proposta de marcar o ponto zero e o ponto de chegada, propus a construção dos painéis contendo os principais problemas do centro de saúde e os problemas individuais, na área de atuação. Os produtos serão analisados posteriormente, comparando-os com os pontos zero.

Solicitei que fizessem uma avaliação individual por escrito, cuja tabulação será mencionada no próximo capítulo.

#### Avaliação Final :

- 1 - O que você aprendeu nesse curso ?
- 2 - O que você gostou no curso ?
- 3 - O que você não gostou no curso ?
- 4 - Sugestões de mudanças para os próximos cursos ?
- 5 - Esse curso contribui para que você pensasse em mudanças no seu dia-dia de trabalho ?  
Se sim, quais ?
- 6 - Qual a nota que você dá para o curso de 1 à 10 ?

Fizemos um círculo, abraçados, trocamos agradecimentos e fomos para a festa. Cada participante trouxe um salgado ou doce, formando uma linda mesa.



Contando com a presença de um representante da Área de Recursos Humanos, entregamos um diploma simbólico, enrolado, amarrado com fita vermelha, no qual havia foto das turmas no primeiro encontro, com esses dizeres :

Esse foi mais um passo  
da nossa caminhada.  
Aprendemos juntos.  
Hoje nos reconhecemos  
formadores de uma rede  
pela Saúde e com Saúde

Abraços Acolhedores

Continha um círculo com o nome de todos os participantes. Percebi grande alegria pelo diploma conter as fotos, que levariam como lembrança dos colegas. Porém, observei que para muitos participantes ele teve um grande significado. Uma senhora pediu para dizer que nós não imaginávamos o significado daquele seu primeiro diploma na vida, que orgulhosamente mostraria para seus filhos, que graças a Deus tinham os seus, por terem tido condições de estudar. O calado participante que representou o macaco num dos encontros anteriores, durante as comilanças, me chamou de lado, perguntou-me se poderia me dar um abraço e disse que estava muito comovido pelo diploma, que iria emoldurar e presentear à seu filho. Despediu-se dizendo que nunca iria esquecer-se de mim. Além da empatia mútua, avalio que o curso foi significativo para ele porque era seu primeiro contato com a saúde pública e disse que estava muito “perdido”.

Muitas brincadeiras, abraços e trocas de receitas, criaram o clima final da gostosa confraternização.

O último encontro da Turma da Tarde, iniciou-se com música, dança. Em roda cada um disse o que guardou de importante do curso, o acolhimento e a humanização do trabalho em saúde, resumem as falas ocorridas.

Foram construídos os painéis :

O QUE MUDOU ?      Centro de Saúde São Marcos
---

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Olhar com amor, lidar com amor</li><li>- A capacidade de enxergar e corrigir problemas</li><li>- Mudou o modo de pensar</li><li>- Mudou o modo de agir</li><li>- Atenção à situação que passavam despercebidas</li><li>- Olhar a outra pessoa como você mesma</li><li>- Abrimos os olhos</li><li>- O acolhimento</li><li>- A tentativa de Resolutividade</li><li>- Funcionários mais humanizados</li><li>- A simpatia da coordenação ( It's better )</li><li>- Agendamento de clínico geral</li><li>- Momentos de reflexão sobre assuntos discutidos aqui em reuniões</li><li>- Mais atenção ao acolhimento de pacientes e servidores</li></ul> |
|---|

### O QUE MUDOU ? Centro de Saúde São Marcos

- O acolhimento a todos
- Tentar dar o melhor acolhimento possível ao usuário
- Necessidade de se organizar melhor
- O olhar, sentir e ouvir pacientes e funcionários
- Necessidade de organização urgente para melhorar o trabalho e as relações no trabalho
- Término da reforma
- Melhores formas de acolhimento da equipe
- Algumas propostas colocadas em prática ( dar resposta ao usuário )
- Término da reforma
- Modo de enxergar os problemas do usuário
- Rodízio
- Aprendi a não me apavorar com a fila
- Organização do arquivo

Os destaques são para propostas colocadas em práticas, como o rodízio, a organização do arquivo e o agendamento de clínico geral, esse último foi, um resultado enusitado.

Fizeram os painéis do ponto de chegada e a avaliação individual, inquietos pela festa que viria. Após os agradecimentos da Márcia e os meus, propus uma roda para despedirmos ao som da música “Redescobrir” do Gonzaquinha, cantada por Elis Regina.

Em roda, pulamos, corremos, aquecendo-nos para a festa, que teve pratos deliciosos, animadas conversas e muita emoção na entrega dos diplomas. Comemoramos os nossos encontros...

Para quem não conhece a referida canção : Redescobrir

Como se fosse brincadeira de roda  
 Memória  
 Jogo do trabalho na dança das mãos  
 Macias  
 O suor dos corpos na canção da vida  
 História  
 O suor da vida no calor de irmãos  
 Magia  
 Como um animal que sabe da floresta  
 Memória  
 Redescobrir o sal que está na própria pele  
 Macias  
 Redescobrir o doce no lambar das línguas  
 Macias  
 Redescobrir o gosto e o sabor da festa  
 Magia  
 Vai o bicho homem fruto da semente  
 Memória  
 Renascer da própria força, própria luz e fé  
 Entender que tudo é nosso,  
 sempre esteve em nós  
 somos a semente,

ato, mente e voz

Magia

Não tenha medo

Meu menino povo

Mistério

Tudo principia na própria pessoa

Memória

Vai como a criança

que não teve o tempo

Mistério

Amor a se fazer

é com prazer

é como fosse dois

Magia

Como se fosse brincadeira de roda ... bis



SUA PARTICIPAÇÃO  
É IMPORTANTE...

COMO??

⇒ FAZENDO PARTE DO  
CONSELHO LOCAL DE SAÚDE (CLD)

O QUE É??

⇒ CONSELHO É UM GRUPO  
INTERESSADO EM  
DIMINUIR OS PROBLEMAS  
DE SAÚDE E BOM ATENDIMENTO  
NO CENTRO DE SAÚDE

ONDE??

⇒ AS REUNIÕES SÃO AQUI!  
SUA PRESENÇA É BEM VINDA!

UM RESULTADO POSITIVO - IMPLANTAÇÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE



## **Leituras avaliativas e análises conclusivas**

### **- O Balizamento**

Cabe agora um momento reflexivo, no qual registro as conclusões extraídas de uma leitura das páginas anteriores, com o objetivo de analisar todo o processo vivenciado, tendo como referencial a proposta teórica-metodológica que embasou este estudo.

Ao iniciar, quero destacar que devido à natureza do objeto - a proposta de intervenção – e principalmente, à autonomia dos participantes, muitos acontecimentos e mudanças ocorreram no decorrer do processo e já foram comentados ou analisados. Relembro alguns desses exemplos que ocorreram no campo da gestão, do processo de trabalho, no plano de relações interpessoais, de equipe e subjetivas :

A realização de reunião geral de equipe no Centro de Saúde Barão Geraldo. Além do mutirão que fizeram em um sábado, para arrumar os prontuários dos usuários.

A ativação de um eletrocardiógrafo, a redução de trinta para no máximo um dia para colher material para citologia oncológica, implantação de consulta de enfermagem, etc.

O emergir de um conflito entre duas colegas, que foi enfrentado e ajudado nas rodas de conversas dos encontros. Observei que essas participantes ao se disporem a elaborar as dificuldades de uma relação de corredor, acabaram por resolvê-las, não se desgastaram mais com esse conflito e contribuíram para a saúde da relação de equipe.

A possibilidade de uma profissional ser protagonista em uma dramatização, servindo-lhe de recurso terapêutico na elaboração da perda de sua filha, enquanto ocorreu um processo pedagógico grupal sobre o trabalho em saúde, o lidar com o sofrimento, a doença e a morte. Obtive retornos posteriores de que nos seus cotidianos haviam aumentado as trocas, estavam falando mais de seus sentimentos.

Declaro, com satisfação, que meus três desejos foram realizados :

\* Oferecemos um “ curso ”, um espaço na universidade, para trabalhadores da rede básica de saúde. Obtive a confirmação da necessidade e do potencial desse tipo de interação, além de ter sentido gratificação pessoal por realizar este tipo de trabalho.

\* O trabalho de campo da pesquisa foi realizado com equipes de serviços de saúde. Houve muitas trocas, senti que foi possível dar contribuições para os participantes nos encontros e algumas sugestões para mudanças nos serviços.

\* Aprendi muito, avolumaram-se as indagações, aumentou minha vontade de estudar e pesquisar a gestão institucional e a capacitação dos trabalhadores em saúde.

Nas páginas seguintes meu objetivo é balizar a pesquisa, processar as avaliações finais e responder, se os objetivos propostos foram alcançados.

Utilizo como primeiro recurso de investigação a distinção entre o Ponto Zero e o Ponto de Chegada. Recoloco que a intenção era analisar como as equipes priorizaram seus problemas; se ocorreu alteração em seus olhares sobre a situação local e individual; se houve incorporação de concepções e conceitos apresentados na intervenção pedagógica; se houve mobilização da cegueira situacional; se diminuiu a auto-referência com a incorporação e a resignificação da problemática do usuário.

Relembro que o Ponto Zero das duas turmas foram relatados no primeiro encontro, contido no capítulo Metodologia, Processo de Construção do Campo e Informações preliminares. A seguir, apresento os painéis dos pontos de chegada para, posteriormente, além de balizar, avaliar a potência ou inadequação do referido recurso.

Destaco mais uma vez, que a construção desses painéis foi feita em condições adversas, como atrasos por falta de material didático, o aparelho de som impossibilitado de uso, etc.

Painel: Ponto de Chegada dos participantes do Centro de Saúde Barão Geraldo -

Turma da Manhã

Problemas Gerais do Centro de Saúde	Problemas para a realização do seu trabalho
<p>Filas de usuários</p> <p>Falta de RH</p> <p>Espaço físico ( escrito 4 vezes )</p> <p>Falta consultório dentário</p> <p>Falta de trabalho de equipe</p> <p>Respeito mútuo</p> <p>Falar a mesma linguagem</p> <p>Falta de integração</p> <p>Falta de estímulo por parte da supervisão</p>	<p>não poder resolver os problemas de todos</p> <p>reciclagem ( citada em duas tarjetas )</p> <p>recurso humano</p> <p>baixos salários</p> <p>diferentes vínculos empregaticios</p> <p>um médico para PA ( pronto atendimento )</p> <p>falta de consultório dentário</p>

Entre os problemas gerais do CS, o problema da falta de espaço era facilmente confirmado e não tinha perspectiva de ampliação da área física. É muito compreensível ter sido o problema citado com maior frequência. Por ser tão limitante, sobressaiu-se perante os demais e suponho que chegou a mascarar a detecção de outros. Durante a intervenção, trabalhamos com o espaço físico real, buscando possibilidades de minimizar as deficiências.

“A falta de RH”, citada novamente, é de um problema cuja resolução depende de outros atores e cenários, avalio que a governabilidade do centro de saúde é baixa para resolvê-lo. A intervenção não abordou esse problema diretamente.

Considere que “ filas de usuários ” e “ quando não há vagas para os pacientes ”, eram enunciados diferentes do mesmo problema, permaneceu a frequência em que foram citados. Destaco que foram as únicas tarjetas que se referiam a usuários. Esse problema era provavelmente causado pela alta concentração populacional descrita como a área de cobertura do centro de saúde, acrescido dos dois problemas citados acima. Suponho não ter sido mais enfatizado porque na época em que fizeram o painel, a coordenação e a equipe haviam implantado várias medidas de acolhimento e organização da recepção, alterando a comodidade do usuário, diminuindo o número de pessoas em pé no corredor, que é também sala de espera, que facilitaram também a locomoção da equipe. Verifiquei pessoalmente essas mudanças. Uma das participantes, que é assistente social, começou a chegar mais cedo. Enquanto o centro de saúde, era aberto ela fazia orientações, respondia a dúvidas dos usuários. Tal tarefa se repetia no início do plantão vespertino. Implantaram senha e assim, os usuários podiam sentar-se nas poucas cadeiras internas ou aguardar nos bancos da varanda, por ordem de chegada. Colocaram uma mesa ao lado da varanda, para ser o local de dar informações, também para, deslocar o fluxo para entrega de material para exame laboratorial.

Um aspecto novo foram as tarjetas que se referiam à relação de equipe. Primeiramente, podem ter aparecido somente no ponto de chegada, pela confiança criada com os colegas do outro serviço, com a Márcia e comigo. Mas deduzo que a tarjeta : “ falta de trabalho de equipe ” e “ falar a mesma linguagem ”, referia-se a algo novo, construído ou percebido nas interações e discussões ocorridas durante a intervenção. O enunciado sintético das tarjetas limita a redação e consequentemente as expressões, por isso não tenho condições de afirmar, mas considerando minha convivência com os participantes, correlaciono tais escritos com a discussão sobre o modelo técnico-assistencial, o trabalho em saúde e em equipe, o que faz-me concordar com o que foi problematizado.

Quanto à tarjeta “ falta de estímulo por parte da supervisão ”, localizo-a no campo da gestão e suponho que se refere à supervisão da DRO-Norte, mas não posso afirmar ou fazer outras inferências.

Quero destacar que a mudança detectada foi a não referência aos problemas sobre a organização do serviço, que apareceram com destaque no ponto zero e como foi relatado nos exemplos como mutirão e reuniões de equipe, foram enfrentados, abrindo espaço

para deixar aflorar problemas de outra natureza. Avalio essa mudança como uma das contribuições da intervenção pedagógica.

Quanto aos problemas para a realização do trabalho no plano individual do trabalhador - a falta de tempo, a divisão de tarefas - foram renovados para enunciados problematizando a falta de recursos humanos e a necessidade de reciclagem. A queixa quanto aos baixos salários, correlaciono com as discussões sobre o papel profissional, direitos e deveres. O usuário continuou a ser lembrado : “ não resolver os problemas de todos ” e “ médico para PA ”, esta tarjeta apontou para a falta de médicos para atender urgências, ao ser incorporado mais profissionais a população receberia um atendimento de melhor qualidade .

Concluindo, avalio que houve alteração na priorização dos problemas pela equipe, assim como a incorporação de alguns conceitos.

**Painel : Ponto de Chegada do Centro de Saúde São Marcos - Turma da manhã**

Problemas Gerais do Centro de Saúde	Problemas para a realização do seu trabalho
recepção : falta de funcionários treinados falta de vaga para encaixe na agenda de ginecologia equipamento que quebra constantemente rotatividade de profissionais reposição de RH insuficiente treinamento + cursos falta de treinamento / reciclagem para as diversas categorias falta de diretrizes claras por parte da SMS no desenvolvimento de ações	fluxo de pacientes na porta falta mais horário de urgência dependência dos serviços de apoio a lista de espera - adulto é um problema na odonto falta de acd (auxiliar de consultório dentário ) necessidade de aprimoramento da capacitação técnica do gerente mais colaboração no trabalho falta de reconhecimento pouca motivação por parte da equipe

o acolhimento ao funcionário é um problema	falta de comunicação
compreensão e amor	senso de igualdade
falta jogo de cintura	equipe desunida
limitação de autonomia por parte da gerência	falta de abertura para sugestões
maior valorização do profissional	

Ao considerar os problemas gerais citados nos dois painéis, podemos perceber que houve alterações na concepção. As falas do ponto de chegada retratam incorporações das temáticas discutidas nos encontros. No painel do ponto zero citaram falta de funcionários, de entrosamento, de material e solicitaram um telefone público. A melhora do atendimento foi mencionada uma vez, assim como também foi priorizada “a incompreensão dos usuários”. A compreensão do cenário pelo participante, no momento do ponto zero, fazia que as principais vítimas fossem apontadas como um dos principais problemas. Por duas vezes os problemas de relação foram mencionados. Fazendo um paralelo entre os painéis, pode-se observar que no ponto de chegada referiram-se a acolhimento, quando pensavam em treinar a recepção; em acesso, quando citaram vagas para a ginecologia. Perceberam a necessidade de treinamentos e de trabalhar com diretrizes. Valorizaram-se ao solicitar acolhimento e explicitaram as dificuldades com a coordenação, quando se referiram à “falta de jogo de cintura” e à “limitação de autonomia por parte da gerência.”

Apresento a seguir os painéis da Turma da Tarde, descrevendo o ponto de chegada. Será mais uma oportunidade de utilizar esse recurso no balizamento da intervenção pedagógica.

Painel : Ponto de Chegada dos participantes do Centro de Saúde São Marcos

Problemas Gerais do Centro de Saúde	Problemas para realização do seu trabalho
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pobreza + droga + desemprego</li> <li>- péssimas condições de moradia</li> <li>- grande miséria e desinformação da população</li> <li>- falta calma e delicadeza para com o paciente</li> <li>- acabar com as filas</li> <li>- falta triagem adequada</li> <li>- falta de informatização que agilizaria o atendimento</li> <li>- falta organização</li> <li>- falta vínculo entre coordenação e equipe</li> <li>- falta humanismo</li> <li>- falta pessoal</li> <li>- rotatividade de funcionários</li> <li>- espaço físico usado de modo inadequado</li> <li>falta espaço físico para profissionais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sei que tenho potencial, preciso descobri-lo. Assim farei.</li> <li>- Preciso melhorar o eu, para compreender melhor o paciente</li> <li>- Melhorar o meu profissional</li> <li>- Política de RH que não desenvolve os funcionários</li> <li>- Falta de estímulo para o funcionário</li> <li>- Falta de pessoal para trabalhar</li> <li>- Falta colaboração</li> <li>- Falta oportunidade</li> <li>- Falta confiança</li> <li>- Falta honestidade</li> <li>Oportunidade para pôr em prática aquilo que você aprendeu e aprende a cada dia</li> </ul>

É possível perceber a mudança de compreensão do contexto e das condições de vida da população da área de cobertura do São Marcos. Avalio que a tarjeta “ falta de segurança ” foi substituída por “ pobreza + droga + desemprego”. Recordo-me que no primeiro encontro a questão da violência foi tão enfatizada que optamos por citá-la inicialmente. Faço um paralelo entre a tarjeta “difícil localização de endereço para visitas ( extramuros ) ” e “ péssimas



condições de moradia”. Para mim esse foi um dos exemplos da diminuição da auto-referência e resignificando a problemática do usuário.

A incorporação dos conceitos de acesso e acolhimento aparecem ns tarjetas : “ acabar com as filas ”; “ falta triagem adequada ” e “ falta de calma e delicadeza para com o paciente”. A “ falta de organização”, comparo-a com a tarjeta “ agendamento ”. Estes enunciados foram os únicas que referiram-se ao processo de trabalho, que na minha opinião poderia ter sido questionado com mais ênfase.

Avalio que os participantes precisaram e expressaram o problema da gestão quando colocaram “ falta vínculo entre coordenação e equipe ”, em substituição a “ compreensão dos coordenadores,” “ falta de sabedoria vindo do alto ” e “ comunicação insuficiente ”.

A falta de pessoal, anteriormente citada cinco vezes, apareceu somente uma vez, apesar de o quadro continuar incompleto. O “ excesso de sobrecarga de trabalho não foi citado. Penso ter ocorrido entendimento de toda a problemática organizacional pois o volume de trabalho segundo pude acompanhar não foi alterado. Considero a tarjeta “ falta espaço físico para profissionais ” como uma reivindicação trabalhista. Achei interessante ter aparecido a questão sobre o espaço físico, pois este era considerado o aspecto mais positivo. Deduzo que, ao incorporarem um novo olhar sobre o modelo assistencial, os participantes passaram a avaliar que o espaço físico estava sendo usado de modo inadequado.

O problema de “ equipe nova em formação ” foi positivado com a possibilidade de convivência e de aprendizado que ocorreu nos encontros. Mesmo continuando a ter alguns equipamentos em estado precário, não fizeram nenhuma citação sobre material de consumo e permanente.

Comparando os quadros dos problemas para a realização do trabalho dos participante, chamou-me a atenção a mudança do discurso de “ impotência diante de algumas situações ” para “ sei que tenho potencial, preciso descobri-lo. Assim farei ”. Verifiquei os painéis originais para comparar as letras das duas tarjetas, não me pareceu terem sido escritas pela mesma pessoa. Mesmo assim considero tais falas portadoras de “ verdades ”. Observei que no último painel havia predomínio de quatro tipos de caligrafia, recordo-me de que alguns colegas haviam sido escolhidos como os que têm letras bonitas, assim, penso que alguns

escreveram por todos. Correlaciono as tarjetas “ preciso melhorar o eu, para compreender melhor o paciente ” e “ melhorar o meu profissional ” com “ existem muitos funcionários que não a levam a sério a profissão. Gostaria que estes repensassem seus propósitos. Isso só tem que vir a melhorar na geral.” Uma possibilidade de leitura é que saíram da vitimização : do eu estou certa e o problema só está no outro, ao se perceberem, ao se verem no processo, nas relações, aumentam as possibilidades de envolvimento, responsabilização e autonomia.

Os participantes mencionaram ainda quatro vezes “ falta de materiais ”, sendo que tal aspecto não havia sido citado nenhuma vez no Ponto de Chegada. Os problemas de relação na equipe, como a comunicação, enfatizados no ponto zero, continuaram prevalecendo, com falas preocupantes como “ falta de honestidade ” ( as quatro últimas tarjetas foram escritas com a mesma caligrafia ). Entendo a tarjeta “ política de RH que não desenvolve os funcionários ”, como percepção da necessidade de capacitação. O elenco dessas tarjetas apontava para a necessidade de trabalhar a relação de equipe, mas perante todas as falas problematizadas sobre a coordenação, era urgente repensar a gestão, posto que esses dois aspectos se entrelaçavam o tempo todo, nutrindo ou cristalizando as relações, otimizando ou emperrando os processos de trabalho e, conseqüentemente, a assistência.

Painel : O Ponto de Chegada dos participantes de Barão Geraldo

Problemas Gerais do Centro de Saúde	Problemas na realização do seu trabalho
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta modernizar o atendimento</li> <li>- falta participar de eventos no bairro</li> <li>- falta integração com líderes da comunidade</li> <li>- falta Conselho Local de Saúde</li> <li>- distância da população usuária</li> <li>- falta de integração com o outro turno</li> <li>- falta chefia mais presente</li> <li>- falta de solidariedade e paciência de ambos os lados</li> <li>- falta de união e companheirismo</li> <li>- trabalhar com + amor e humanidade</li> <li>atendimento + rápido do médico para com o paciente – P. A.</li> <li>- falta de médico</li> <li>- falta de funcionário</li> <li>- falta de ventilação</li> <li>- melhor local para entrada - cs</li> <li>- mais local de saída após procedimento</li> <li>- falta de espaço para procedimento</li> <li>- falta de espaço físico</li> <li>- falta de espaço físico</li> <li>- falta de espaço físico</li> <li>- sanitários fora do CS de uso coletivo</li> <li>- falta de iluminação</li> <li>- local confortável de espera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- falta de organização</li> <li>- falta de organização</li> <li>- falta de vaga para atendimento do paciente</li> <li>- falta de espaço</li> <li>- falta de funcionários</li> <li>- falta condução, peruas disponíveis</li> <li>- falta de medicação</li> <li>- falta estudar mais</li> <li>- ausência de maior entrosamento entre trabalhadores ( - - - falta de comunicação</li> <li>- falta de equipes especializadas</li> <li>- desejo ( grande demais ) de atuar conjuntamente ( A. S. )</li> <li>- falta ser incentivada</li> <li>- falta elogiar mais os auxiliares</li> <li>- falta poder delegar mais</li> </ul>

Quando comparei os dois pontos de chegada, percebi que ocorreram alterações nos olhares sobre a problemática do Centro de Saúde, com a incorporação da importância do contato com a população, do acolhimento ( sanitário, iluminação, local confortável de espera ), do acesso ( falta de médico, atender mais rápido ). Desapareceu o problema da falta de organização. Apareceu as necessidades de integração da equipe. A falta de espaço continuou sendo o problema dominante. Quanto à problemática do trabalhador, observei uma diminuição da auto-referência , por exemplo, “ falta de incentivo ”, “ irritação por não achar o material onde deixou, em comparação com “falta estudar mais ”. Várias falas, indiretamente, continuaram a demonstrar a preocupação com os usuários, como a que apontou a falta de medicação. Permaneceu a necessidade de trabalhar a comunicação. Vários exemplos foram citados de incorporação de conceitos trabalhados nos encontros, fazendo que novos aspectos fossem problematizados. Constatamos alguns exemplos de diminuição da auto-referência, assim como da resignificação da problemática do usuário, como a mudança de compreensão sobre a dificuldade de encontrar endereços em visitas domiciliares para a preocupação com as péssimas condições de moradia.

Considerando os comentários acima, avalio que pudemos observar que ocorreu alteração nos olhares dos participantes, que passaram a priorizar diferentemente seus problemas, no que era possível, já que a intervenção não poderia produzir resultados, como por exemplo, quanto a falta de espaço do CS Barão Geraldo. Isto posto, concluo que a comparação do ponto zero e ponto de chegada, mostrou que houve uma mudança e que os aspectos que desejei observar ocorreram, o que dá argumentos para concluir que a intervenção pedagógica foi um dispositivo que deixou contribuições.

Para finalizar, considero que a análise comparativa dos pontos zero e o ponto de chegada pode ser um recurso de investigação. Pelo dito a pouco, avalio que foi uma metodologia com potência de balizamento. No entanto, deve-se ponderar que, ao serem demarcados em dois momentos situacionais do processo, trazem o risco de estar expostos a influências intercorrentes. Comprovo tal colocação lembrando o que ocorreu no último encontro da turma da manhã, pois os vários imprevistos interferiram na construção do ponto de chegada das duas equipes. Pudemos observar como os painéis ficaram mais pobres comparados aos da

turma da tarde e sei, pela convivência, que os participantes tinham contribuições importantes a colocar.

### **Questionário Avaliação Final**

Passo agora à leitura do questionário de avaliação individual anônimo, preenchido no dia do último encontro, cujas perguntas eram direcionadas para o aprendizado e a metodologia da intervenção.

Para não ficar enfadonho, citarei apenas algumas respostas que representaram a opinião hegemônica da Turma da Manhã, buscando respeitar a individualidade dos participantes, valorizando seus textos.

#### 1- O que você aprendeu nesse curso ?

*- Acolhimento do paciente, sensibilidade, segurança no que faço, mais amor próprio, delicadeza, o paciente é ser humano e precisa da gente, para ajudá-los a caminhar com as próprias pernas, e que o paciente não vem para o centro de saúde só pelo atendimento, ele procura refúgio em nós ( dos ) problemas sociais e econômicos.*

#### 2 - O que você gostou no curso ?

*- Da sua simplicidade e profundidade. Da atenção às nossas reclamações, medos, inseguranças, rigidez. Do interesse de vocês em provocar a mudança, de que refletissemos e de nos integrarmos ( Barão Geraldo x Barão Geraldo / B. Geraldo x S. Marcos / São Marcos x S. Marcos ).*

A festa de encerramento, as tarjetas, músicas, chá e sucos, as “ organizadoras ” também foram citadas.

#### 3 - O que você não gostou no curso ?

A curta duração da intervenção foi o aspecto mais mencionado. Não apresentaram mais nenhuma crítica ao curso, propriamente dito. Citaram outras questões que se referiam à instituição – Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

#### 4 - Sugestões de mudanças para os próximos cursos ?

A participação do restante da equipe foi citada por quase todos os participantes. Citaram ainda a necessidade trabalhar mais especificamente a coordenação, os enfermeiros e visitar algumas unidades que tenham um modelo assistencial semelhante ao que foi proposto.

#### 5 - Esse curso contribuiu para que você pensasse em mudanças no seu dia - a - dia de trabalho ? Se sim, quais ?

Todos responderam que sim.

*- Sim, passei a ouvir mais meu colega de trabalho e também a população, compreendi também as dificuldades que um coordenador tem para gerenciar a unidade.*

#### 6 - Qual a nota que você dá para o curso de 1 a 10 ?

Seis participantes deram nota dez, três deram nota 9, outros três deram 8 e um deu nota sete. Relembro que este questionário foi aplicado no encontro em que se deram intercorrências e os participantes estavam inquietos para iniciar a festa. Constatei que oito participantes não responderam as perguntas acima.

Considerando as respostas ao questionário, observei que não continham críticas relevantes quanto à metodologia e ao conteúdo. Quero ressaltar que as respostas propiciaram leituras sobre as contribuições da intervenção para os participantes no plano pessoal e a incorporação dos conceitos de acolhimento e gestão, que provavelmente repercutiram no papel profissional e na assistência.

Para abrir a possibilidade para outras leituras, as respostas dos questionários da Turma da Tarde foram tabuladas a partir de algumas categorias. ( anexo )

Ao ler todas as categorizações foi possível comparar as avaliações das duas turmas. A Turma da Manhã citou com uma frequência muito maior a sugestão para que os demais colegas de equipe participassem desse tipo de intervenção. Já a Turma da Tarde criticou as aulas nas quais se discutiram os aspectos políticos. Imagino que se referiam às lembranças levantadas por nós, mais velhos e concordo em parte com essa crítica, que faz buscar metodologia mais participativa e principalmente textos informativos básicos.

O acolhimento ao paciente, tão enfatizado pelos participantes; o sentimento de ser mais capaz e de compreender a importância da resolutividade; a valorização do acesso e propostas para otimizá-lo; a compreensão mais sistematizada da organização dos centros de saúde; são itens que demonstram que os objetivos da intervenção pedagógica foram atingidos.

A percepção das necessidades dos usuários, a incorporação da importância do vínculo terapêutico, aprender a escutar os usuários e dar uma resposta, a valorização profissional, são resultados preciosos, pois demonstram ter havido mobilização da subjetividade dos participantes, que puderam ressignificar suas relações, ao incorporar um aprendizado relacional e rever seu papel profissional. Devo acrescentar que, durante os encontros, como foi descrito, vivenciamos momentos nutritivos para a maturidade e saúde relacional dos participantes. E de acordo com o conhecimento sobre a natureza e a dinamicidade das redes sociométricas, esses estados atingidos podem ser dispersados em cristalizações ou conflitos futuros, contudo, ficaram registros, memórias que impulsionarão para novas relações propícias a criar vínculos e trocas.

Para concluir as leituras sobre as avaliações da intervenção pedagógica, destaco que reformaria a metodologia do encontro sobre as diretrizes e o financiamento do SUS, incorporando exercícios de situações reais e hipotéticas. Elaboraria, ainda, bibliografia de apoio para as questões do modelo assistencial e processo de trabalho.

Depois do término da intervenção voltamos para nossos cotidianos. Nos meses posteriores tive encontros ocasionais com trabalhadores do Cs Barão Geraldo. Eles eram sempre carinhosos e contavam-me as novidades do centro de saúde. Comecei a ficar intrigada ao fazer algumas correlações entre fatos recentes e o que havíamos vivenciado, o que me motivou ainda mais a voltar para o campo para realizar a última etapa da pesquisa.



### Questionário “ Um Ano Depois ”

Um ano depois, assim denominei um questionário, que deveria ser respondido por escrito pelos participantes, em momentos que não prejudicassem o cotidiano do serviço. Ocorreu um ano depois da intervenção pedagógica, exclusivamente pelo critério da minha disponibilidade de tempo. Eu tinha informações sobre o quanto o intervalo temporal contribui para o esquecimento dos fatos, interferindo assim em avaliações posteriores. Assim, fui para o primeiro preenchimento dos questionários esperando a confirmação somente dos fatos que me haviam contado e também porque tinha ficado com a impressão que as avaliações muito positivas realizadas no último encontro foram impregnadas pela clima da festa e das despedidas.

Ao solicitar às coordenações a minha ida aos centros de saúde, ficou acertado, que o mais prático e resolutivo, seria fazermos pequenas reuniões nos dois plantões, nos horários mais tranquilos, assim todos sentariam e em pouco tempo responderiam o questionário.

A primeira reunião seria no Centro de Saúde São Marcos, cuja equipe não via há um ano, com exceção do coordenador. Ao chegar na unidade, fui recebida com sorrisos e abraços por todos os ex- participantes que encontrava na recepção e corredores. Reuniram-se com rapidez e demonstraram disponibilidade em responder o questionário. Comentaram que sentiam saudades dos encontros.

Levei os antigos painéis para contribuir na rememoração, caso fosse necessário, ninguém tocou nos cartazes, o mesmo ocorreu com o plantão da tarde, que também foram muito atenciosos.

Fui muito bem acolhida, também, no CS Barão Geraldo, os dois plantões também não precisaram consultar os antigos painéis.

Considerando que vários participantes foram demitidos, outros estavam de férias ou faltaram ao trabalho e uma pessoa não respondeu alegando que tinha que fazer um atendimento, foram preenchidos vinte e seis questionários, amostra que reconheço como significativa no universo dos trinta e seis trabalhadores que participaram da intervenção pedagógica.

A seguir, o questionário “Um Ano Depois”:



Devido ao grande número de informações e para não ficar cansativo descreverei as respostas do “Um Ano Depois” buscando responder as dez perguntas-lentes, propostas no capítulo da metodologia.

# A intervenção pedagógica “ penetrou ” em quem as vivenciou ? Certamente, pelas respostas da Avaliação Final e do questionário “ Um Ano Depois ”, podemos constatar que a intervenção “penetrou “ quando propiciou a revalorização profissional, a incorporação de várias categorias, ao produzir descristalizações nas relações de equipe, ao capacitar para o acolhimento dos usuários e facilitar a comunicação, tais afirmações puderam ser observadas nas duas turmas.

# Participar da intervenção teve significado para o trabalhador, para a equipe ?

# Contribuiu para a descristalizações nas relações de equipe ?

Além de tudo que foi descrito nos dois últimos capítulo, destaquei um relato que representa as falas hegemônicas, para responder as duas perguntas acima :

*- Sim, passei a ouvir mais meu colega de trabalho e também a população, compreendi também as dificuldades que um coordenador tem para gerenciar a unidade.*

# Contribuiu para a reflexão do papel profissional ? A confirmação desta contribuição foi citada em todos os instrumentos de investigação, com grande frequência.

Ao descrever a metodologia desta pesquisa, propus, além de responder as perguntas-lentes, também construir um painel, com o objetivo de facilitar a visualização no qual deve constar “o que pode mudar ” e “o que mudou ”, no cotidiano dos dois centros de saúde envolvidos; segundo as categorias de acesso, vínculo terapêutico, gestão, revitalização do CLS e relacionamento da equipe. O questionário “Um Ano Depois “, continha as mesmas categorias, acrescido da pergunta sobre o acolhimento, pela intenção de construir o referido painel. Assim, proponho responder as demais perguntas-lentes, utilizando as sínteses das respostas do painel do questionário “Um Ano Depois “.

Painel : Respostas do Questionário “ Um Ano Depois

<b>CS Barão Geraldo</b>	<b>O que mudou :</b>
<b>Acesso</b>	<p>Guardas treinados</p> <p>triagem na área da criança, mulher, adulto</p> <p>senhas por ordem de chegada</p> <p>atendimento de enfermagem com fluxo mais rápido</p> <p>término da lista de espera da odontologia, com criação de grupos de triagem</p> <p>disponibilidade de encaixes nas agendas</p>
<b>Acolhimento</b>	<p>um profissional acolhe, dá uma resposta</p> <p>posturas mais cordiais, com aumento da escuta</p> <p>maior valorização da problemática do usuário</p> <p>trabalhos educativos em sala de espera</p> <p>qualificaram as informações visuais</p> <p>tolerância de 15min. em atrasos para consultas</p>
<b>Vínculo Terapêutico</b>	<p>Melhorou o entendimento sobre o significado e sua importância</p> <p>revitalização dos grupos, prolongando contatos</p> <p>agendamento de enfermagem aproximou usuários com doenças crônicas</p> <p>perda do medo, se aproximam e falam mais</p> <p>atendimento com mais calma</p>
<b>Gestão</b>	<p>Reuniões por áreas, geral e espontâneas para problemas pontuais</p> <p>mais diálogo na resolução de problemas e delegação de funções</p>

	participação mais ativa nas reuniões de enfermagem, mediações com os conselhos local e distrital
<b>Processo de Trabalho</b>	<p>Organização de triagens e agendamento de enfermagem, desfocando o atendimento médico centrado</p> <p>Reestruturação da recepção, operacional e na forma de Atendimento</p> <p>Reorganização do fluxo das ações de enfermagem, com Implantação de agendamento</p> <p>Elaboração de protocolo de enfermagem</p> <p>Agenda para coleta de citologia oncológica</p> <p>Estímulos para os grupos de hipertensão, diabetes e terceira idade</p>
<b>Revitalização do Conselho Local de Saúde</b>	<p>Ativação do CLS</p> <p>Participação e eleição dos representantes dos trabalhadores</p> <p>Ampliação da interação com a população, festa, abaixo-assinado para construção de um outro cs</p> <p>descentralização das reuniões ordinárias para diferentes bairros, tornado-se assembleias populares</p> <p>conselheiros e professor da Unicamp realizaram oficinas para construção de mapa de risco ambiental</p>

**Painel : Respostas do questionário “ Um Ano Depois “**

CS São MARCOS	O QUE MUDOU :
<b>Acesso</b>	<p>Triagem na odontologia, feita por dentista e auxiliar de consultório dentário, acabaram com a lista de espera de oito meses</p> <p>Triagem de enfermagem na área da criança, mulher e adulto em casos mais necessitados um primeiro atendimento dado pela enfermagem - A . E .</p>
<b>Acolhimento</b>	<p>Incorporação da categoria acolhimento pelos participantes, utilizam-na nas discussões do cotidiano</p> <p>Maior disposição para a escuta</p> <p>mais privacidade por fazer triagem em sala fechada</p> <p>não deixar os usuários sem respostas</p>
<b>Vínculo Terapêutico</b>	<p>Observaram mais proximidade entre a equipe do atendimento de enfermagem e os usuários</p> <p>Alguns relatos de dificuldade para falar e escutar, demonstrando disponibilidade de se trabalhar</p>
<b>Gestão</b>	<p>Coordenação escutando mais os trabalhadores</p> <p>Realizaram-se reuniões gerais</p>
<b>Processo de Trabalho</b>	<p>Criação de triagem</p> <p>Aumento das atividades extra muros</p> <p>Rodizio das auxiliares de enfermagem, avaliado positivamente</p> <p>Formação de novos grupos de hipertensos</p>
<b>Revitalização do Conselho Local de Saúde</b>	<p>houve participação de alguns trabalhadores nas reuniões</p> <p>tensão entre alguns conselheiros e trabalhadores</p> <p>poucos avanços</p>

A quarta linha do painel do CS Barão Geraldo demonstra que a intervenção produziu impacto na gestão daquele serviço, propiciou um modo de gerenciamento mais participativo, descentralizado e ascendente. Houve desde as mudanças microrrelacionais, através da fluidez do diálogo, passando pela implantação de reuniões de áreas e gerais, até as intermediações com outros fóruns como o Conselho Local e Distrital. Valorizo muito esses produtos, pois, como relatei, a pessoa que vem coordenando essa unidade assumiu na entrevista inicial suas dificuldades pessoais de coordenar reuniões. Percebi, durante a intervenção e em contatos posteriores, sua disponibilidade e empenho para enfrentar tal situação. Os dados e fatos relatados confirmam que o enfrentamento foi resolutivo, pois produziu rearranjos institucionais e pessoais. Avalio que a intervenção ao fazer um diagnóstico do centro de saúde, ao sugerir algumas metodologias - diretrizes para qualificar a assistência, a gestão e a satisfação profissional ao possibilitar uma convivência entre a coordenação e parte da equipe, em um espaço mais relaxado, pela inclusão de outros atores, papéis e proposta, propiciou que essa pessoa adquirisse uma referência teórica, incorporasse conhecimentos, se exercitasse no manejo relacional, aumentando assim sua segurança e competência técnica.

Avalio que a intervenção produziu pouco impacto na gestão do CS São Marcos no que se refere à descentralização e à constituição de fóruns decisórios, mesmo considerando que fizeram algumas reuniões de equipe, enquanto no ano anterior havia ocorrido somente uma reunião de confraternização. Deve-se, contudo, valorizar as mudanças ocorridas na comunicação entre a equipe e a coordenação, problema detectado desde o início da intervenção. Notamos que alguns dos trabalhadores passaram a expressar suas opiniões.

Continuando a responder as perguntas sobre a intervenção : \* Revitalizou o papel de cidadania nos trabalhadores, segundo o direito e o significado de participação no Conselho Local de Saúde ? Houve aumento real de participação no CLS ?

\* Reaqueceu a concepção de direito e potencialidade da Participação Popular ?

Avalio que a intervenção contribuiu para revalorizar as concepções de cidadania, de direito, e ainda, mostrou o potencial da participação dos usuários e trabalhadores no CLS. Um dos resultados mais positivos foi a reativação do conselho local no CS Barão Geraldo. Relembro que, no segundo capítulo, informei que o CLS estava desativado na época do início do curso. A coordenação não via perspectivas de reativá-lo devido às dificuldades de mobilizar



representantes da população, pela ausência de organização popular e a dispersão geográfica da área de cobertura. Assim como era difícil a participação dos funcionários, que alegavam, como impedimento, o horário noturno das reuniões. Podemos constatar pelos relatos apresentados pouco, que a intervenção foi um dispositivo para reativar o CLS.

Pouco avanço neste aspecto foi observado no CS São Marcos. Devo, contudo destacar que houve participação de alguns trabalhadores nas reuniões mensais do CLS.

Nos painéis construídos com as respostas do questionário “Um Ano Depois” e por inúmeras referências anteriores considero exaustivamente demonstrado que a intervenção resignificou e produziu a incorporação das categorias de acesso, de acolhimento e de vínculo terapêutico.

Quero chamar a atenção para as mudanças ocorridas na \* reorganização dos processos de trabalho dos dois centros de saúde envolvidos nesta pesquisa, as quais reconheço como produtos valiosos pelo impacto que geram na assistência, comparado ao “baixo custo” e pequena duração das oficinas. Considero, concordando com os participantes, que as oficinas de acesso, acolhimento e resolutividade foram de uma riqueza ímpar, ao mapear toda a produção das ações de saúde e o modo de agir da equipe. As sistematizações possibilitaram realizar um diagnóstico detalhado e elencar prioridades. Ao discutir cada procedimento, foram classificadas as atividades de menor complexidade e as ações essenciais que estavam sendo produzidas inadequadamente e que, na correria cotidiana, não eram percebidas por toda equipe e nem pela coordenação. Exceto a falta de viatura, a totalidade das inadequações eram possíveis de serem resolvidas com os recursos disponíveis no próprio serviço. Tal reflexão deposita uma responsabilidade grande na equipe e na coordenação, demonstrando suas possibilidades e autonomia. Mas, devo ressaltar, que ao fazer esta análise, não pretendi descolar o centro de saúde da instituição – Secretaria Municipal de Saúde, eximindo-a de suas fundamentais atribuições de prover todos os recursos para que a “ponta” possa realizar sua missão. Explicito que, neste parágrafo, tento demonstrar que os trabalhadores de unidades básicas, no espaço de autonomia e recursos que controlam, muito podem fazer. Sei, também, que muito não é feito devido às deficiências de formação dos trabalhadores para atuarem na assistência e na gestão. Nessa intervenção, para não desprezar os diversos problemas políticos, estruturais e de fórum trabalhista, que coexistem e interferem na governabilidade e capacidade de implementação de um

centro de saúde, também trabalhamos com o aspecto da gestão e dos direitos, salientando a importância dos fóruns decisórios e da participação popular.

### **Análises Conclusivas :**

Pude observar que os impactos da intervenção foram diferentes nos dois centros de saúde, como era esperado por tratar de coordenação, grupos e realidades específicas. Avalio que essas diferenças configuraram dois bons exemplos para a investigação por retratarem o perfil da grande maioria das unidades básicas de saúde das cidades nas quais o SUS está mais consolidado. Por isso, infiro ser possível a utilização de algumas das sugestões propostas nesta pesquisa.

Como era previsível, uma das variáveis que se mostrou determinante no desenvolvimento da intervenção e na concretização das propostas elaboradas nos encontros foi o perfil e o empenho das pessoas que exerciam as coordenações dos centros de saúde. Considero que a intervenção foi uma oportunidade, uma metodologia, um laboratório, que o gerente e a equipe utilizaram segundo seus projetos e recursos disponíveis. Mas, como assumido inicialmente, confirmou-se que nossas posturas e a proposta intervencionista não foram neutras, basta reconhecer a incorporação das categorias do conteúdo programático e as mudanças no processo de trabalho descritas. Também ocorreram pequenas discussões e disputas e, nessas situações, colocamos nossas opiniões, as quais produziram interferências no processo da intervenção.

Uma outra variável a destacar, que limitou o potencial da pesquisa, foi a não participação dos médicos e dentistas. Relataram-me que as equipes da odontologia, dos dois centros de saúde, partilharam parte dos conteúdos e das conclusões dos encontros e foram parceiros nas inovações que otimizaram o acesso e o acolhimento. Penso que, se tivessem participado da intervenção, os dentistas teriam consubstanciado essas e outras mudanças. Avalio que a participação dos médicos, também, traria grandes contribuições, consolidando suas parcerias. Tenho convivido com médicos, considerados resistentes à proposta do SUS, que se tornaram solidários em muitas situações, pois o modelo assistencial proposto nessa intervenção, eticamente, é muito difícil de ser combatido. Tomando por base outros trabalhos que venho desenvolvendo, do qual participa toda a equipe assistencial, se fosse propor uma intervenção em unidade básica, que contasse com a participação de dentistas e médicos, utilizaria metodologias

e conteúdo programático semelhantes aos que foram utilizados nesta intervenção, com pequenas adequações decorrentes do novo contexto.

Minha intenção ao detalhar os relatos dos encontros, foi de partilhar algumas " dicas ", pois avalio que os roteiros das oficinas propostas, podem ser executados por qualquer gerente ou membro da equipe. Melhor será se tiver o respaldo da referência bibliográfica citada..

Quanto às atividades com dramatização, devem exigir cuidado, pois podem mobilizar situações que causem descontrole ou sofrimento. O ideal é que essas sejam dirigidas por pessoas que tenham formação para manejar grupos.

Falando em trabalho de grupo, quero salientar uma especificidade que observei neste arranjo metodológico, o qual propiciou certa autonomia para mim no papel de diretor e para a proposta intervencionista. Trabalhou-se com a subjetividade, com as equipes, com as turmas, num espaço institucional, com campos de conhecimento, mas a intervenção transitava por essas entidades, não se aprisionando em nenhum contrato, isto potencializou a intervenção, tornando-a um dispositivo. Tentando explicar melhor, algumas proposta de intervenção institucional recortam a problemática, o cenário e os sujeitos de tal forma que se reduzem a uma terapia do pequeno grupo, aprisionando-se nas dificuldades interpessoais, deslocando-se da instituição. Com essa alienação, aumenta a cegueira situacional do grupo, fragilizam-se os papéis profissionais, podendo restringir as elaborações e interações institucionais. Como foi visto nessa intervenção além da subjetividade; foram mobilizados as relações de equipe; houve mudanças institucionais, com impactos na assistência, qualificando-a para os usuários e na gestão participativa, envolvendo mais os trabalhadores e a população.

A reflexão anterior, exemplifica a possibilidade e a potência do arranjo metodológico que agrega os campos da gestão e da psicologia. Tecerei um raciocínio, focado no espaço de interseção desses campos, buscando subsídios nos produtos desta intervenção pedagógica, para responder à hipótese que norteou essa pesquisa, que era ao agregar os campos conformar um " espaço " fecundo e potente de pesquisa, de ensino e de gestão institucional.

O trabalho em saúde dá-se entre duas pessoas ( usuário e trabalhador ), as quais têm sua subjetividade e desempenham papéis diferentes e complementares. É natural que ocorram conflitos e dificuldades, se o trabalhador puder falar, processar suas motivações e problemas em grupo, esse espaço ( as reuniões de equipe ) pode tornar-se terapêutico, além de

gestor. As situações trabalhadas servirão de espelho, podendo contribuir para o aprendizado de toda a equipe. O convívio grupal terapêutico / gestor dificulta que uma pessoa se feche, cristalizando suas dificuldades, pelo contrário, no papel profissional, a relação com os colegas e usuários dá significado ao seu trabalho, tornando-se fonte nutritiva para o terapeuta, o cuidador. A dinâmica grupal, através do diálogo, do partilhar, do fazer luto ou festa, vivifica-se e as cristalizações dão espaço à criatividade e ao companheirismo.

Mas uma equipe de saúde também necessita de competência técnica, assistencial e gerencial. Demanda, assim, além da formação básica, outras capacitações. Se a opção de modelo assistencial e de gestão for a que utilizei nesta intervenção, cujas categorias centrais são o vínculo terapêutico, a resolutividade e a democratização do poder, as contribuições dos dois campos se fazem necessárias. Portanto requer uma capacitação das equipes que propicie incorporar essas categorias citadas, trabalhar a capacidade para a escuta, a fala e a relação em grupo. Cabe ainda ensinar o substrato teórico e a operacionalidade da proposta. O aprendizado gerencial pode ser exercitado nas oficinas, em um espaço relaxado, enquanto se discute, por exemplo, a organização do processo de trabalho. A abordagem concomitante dos dois campos dinamiza os potenciais humanos e tecnológicos, consolidando a interseção, misturando-os. Geram forças que podem produzir mudanças que venham impactar qualificando a assistência e promovendo a satisfação profissional.

Considerando tudo que foi observado no balizamento e no raciocínio descrito acima, concluo que trabalhar agregando os campos da psicologia e da gestão, nesta intervenção pedagógica, constituiu-se em uma metodologia de gestão institucional, assim como produziu dispositivos, cujas concretizações propiciaram transversalidades, descristalizando o instituído.

Moreno disse que a cura se dá em relação. Com esse referencial moreniano acompanhei as duas turmas, pude constatar vários processos de cura relacional. Por exemplo, uma das equipe que conseguiu se colocar perante a coordenação, a participante que conseguiu expor seu complexo por ter um dedo com uma anatomia diferente ou as colegas que descristalizaram a relação ao discutir sobre o paternalismo e a rigidez nas suas posturas com os usuários.

As formulações de Deleuze, Guattari e Ardoino ofereceram as categorias de processo instituinte e de dispositivo, que possibilitaram analisar o agregar dos campos da gestão

e da psicologia. Com esse arcabouço foi possível olhar para a intervenção, construída com uma metodologia qualitativa, fazer um balizamento e concluir que a intervenção pedagógica teve impacto na assistência e na gestão nos Centros de Saúde de Barão Geraldo e Centro de Saúde São Marcos, guardadas suas especificidades.

Após essas colocações, cabe relembrar que essa pesquisa foi um recorte da realidade, uma leitura. No emaranhado dos centros de saúde ocorreu uma intervenção num curto intervalo temporal. A proposta metodológica, como que “usando óculos” que enfocavam os objetivos que perseguia, delimitou seu campo visível. Muito do contexto e da trama relacional ficou desfocado, não foi percebido ou trabalhado.

Cabe mencionar que a utilização dos vários instrumentos de avaliação, usados em épocas diferentes, possibilitou perceber processos interessantes como, por exemplo, no Ponto Zero, o problema mais citado no CS Barão Geraldo, foi a falta de espaço. No Ponto de Partida, as várias mudanças haviam acomodado um pouco melhor os usuários e os funcionários. No questionário “Um Ano Depois”, noticiou-se a estratégia de um abaixo-assinado para a construção de um novo centro de saúde naquela área de cobertura.

Ao comparar as análises do questionário “Um Ano Depois” com as sínteses das avaliações finais das duas turmas e os relatos do décimo terceiro encontro, constatei a prevalência das mesmas categorias. O acolhimento foi o mais mencionado em todos os retornos dos participantes. Predominaram também as citações sobre a valorização profissional, a resolutividade, o vínculo, o acesso. Assim, constatei que as categorias foram incorporadas de fato e que estão vivas nas memórias de quem participou da intervenção. Essa constatação torna-se um argumento para concluir que a intervenção foi pedagógica, propiciou aprendizados.

Os painéis do questionário “Um Ano Depois” ao registrar as mudanças ocorridas nos dois centros de saúde certificam que os encontros produziram, também uma intervenção institucional, com alterações concretas no modelo assistencial, processo de trabalho e subjetividade dos trabalhadores. Porém cabe uma ressalva, como explicitar no início dessa pesquisa, a proposta era testar a metodologia que poderia ou não disparar mudanças, que as concretizações seriam realizações da equipe e da coordenação, assim destaco que o mérito das inovações é dos trabalhadores e da coordenação.

Entendo que o balizamento foi concluído, que o objetivo de avaliar um arranjo metodológico foi feito, que foi demonstrado os impactos da intervenção pedagógica na assistência e na gestão.

A pesquisa-ação e os referenciais da análise institucional nortearam-me durante o processo de investigação. Os produtos das oficinas, as mudanças, os retornos subjetivos e o balizamento justificaram essa pesquisa. Sistematizei e adquiri um aprendizado no campo da gestão. As vivências e o processo reflexivo-analítico impactaram minha subjetividade, produzindo certa maturação, certo aprendizado no campo do psicodrama pedagógico e na vida. Certifiquei-me da viabilidade e contribuição de processos pedagógicos que integrem o racional com a abordagem dos aspectos subjetivos no repensar e no trabalhar pela Saúde Pública.





## **Fotografias, um outro tipo de registro**

**Ilustrar o que foi descrito.  
Nada mais a analisar.  
Para enriquecer o que foi dito,  
imagens para apreciar**



CENTRO DE SAÚDE BARÃO GERALDO





CENTRO DE SAÚDE SÃO MARCOS





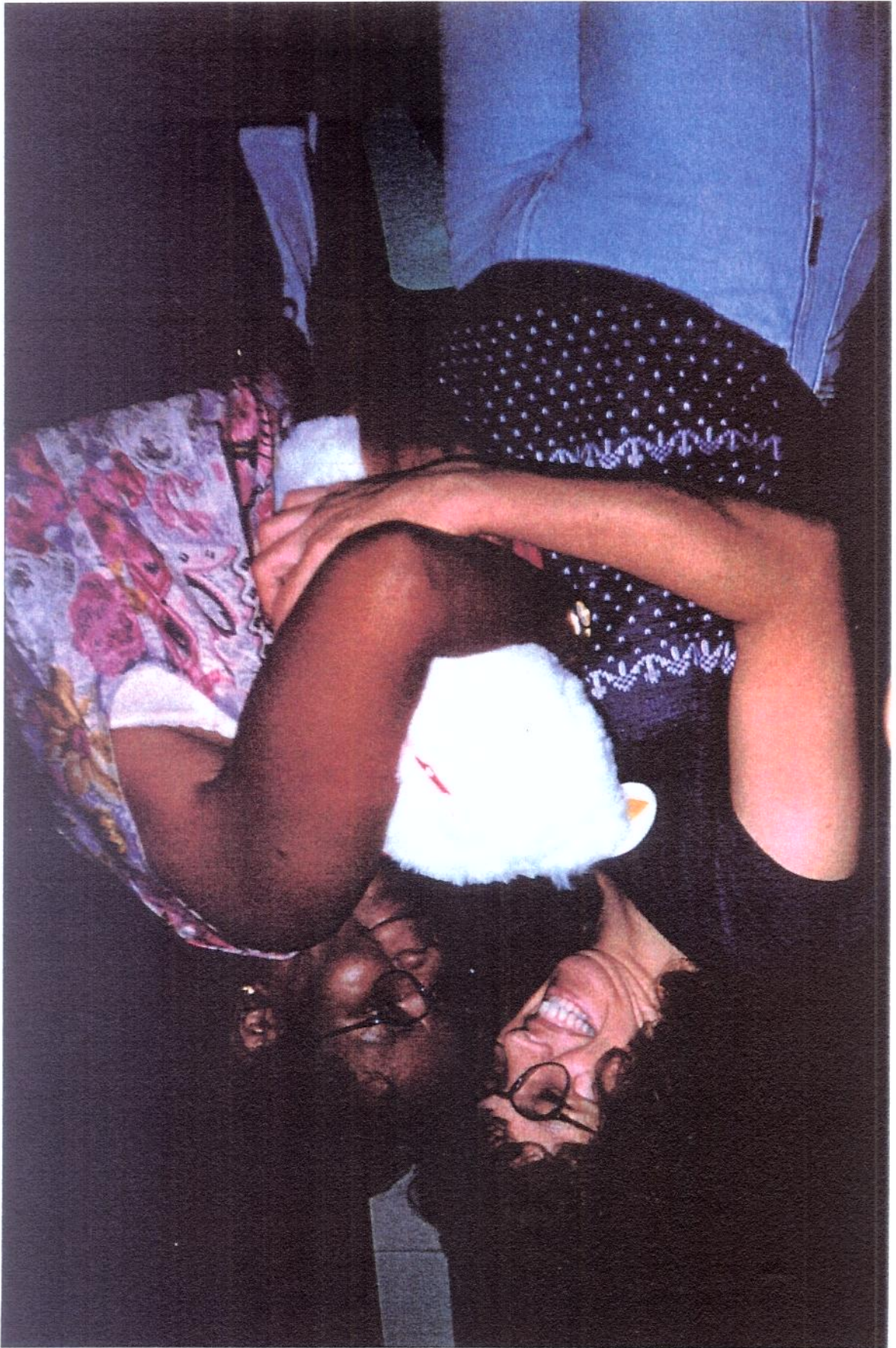
POPULAÇÃO ATENDIDA NO CS SÃO MARCOS





DISCUSSÃO EM GRUPO









EXEMPLO DA UTILIZAÇÃO DE RECURSOS DIDÁTICOS





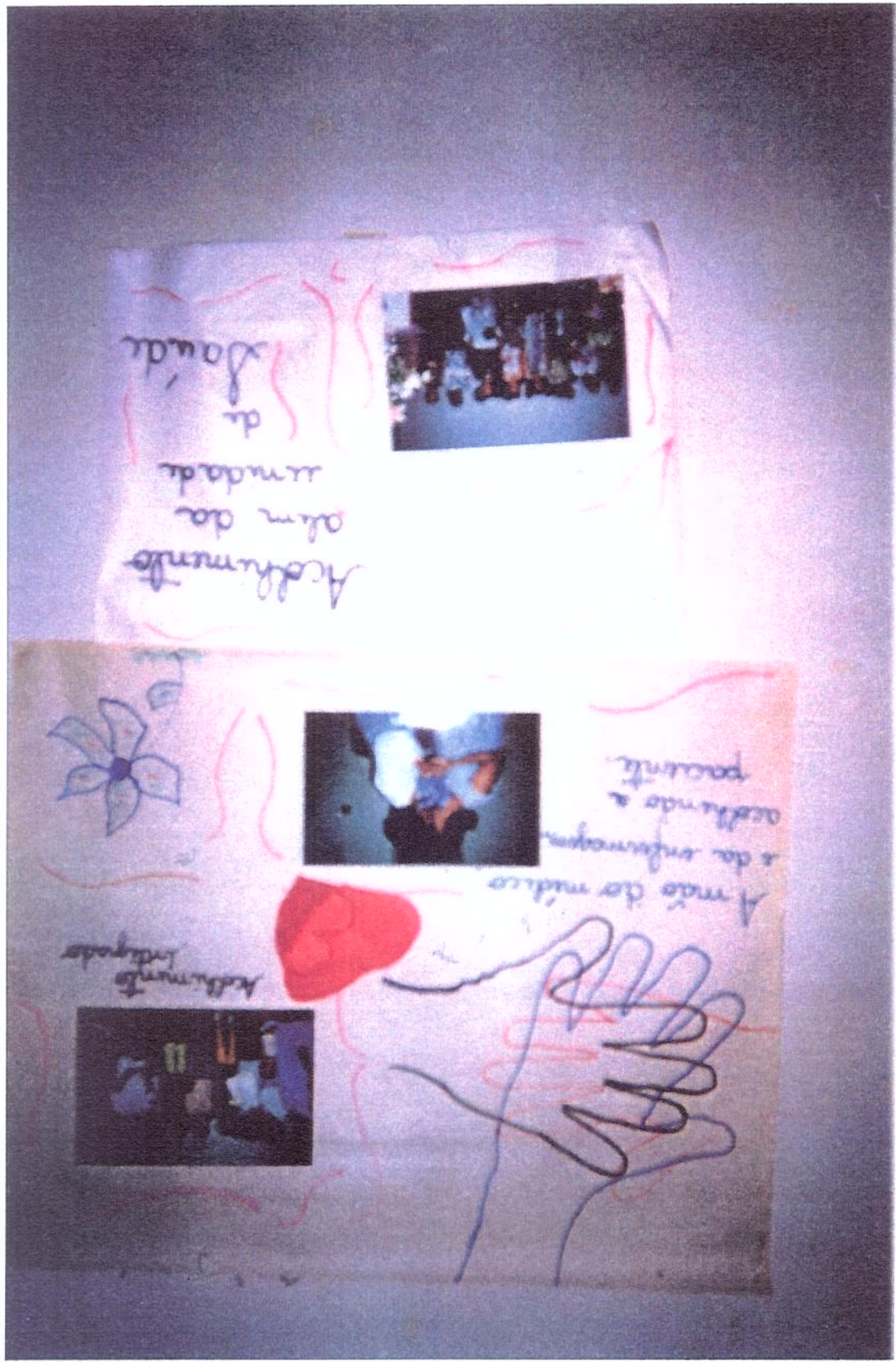
EXEMPLO DE UMA DRAMATIZAÇÃO





ALEGRIA NO ATO DE APRENDER









GRUPO de  
DIABETES  
Data: 12 NOVEMBRO  
Médico: 8 horas

GRUPO DA  
TERCEIRA  
IDADE  
13. Novembro  
15 horas

GRUPO DE  
DIABETES  
Data: 19/NOVEMBRO  
Médico: 8 horas

UM RESULTADO POSITIVO: GRUPOS IMPLANTADOS NO CENTRO DE SAÚDE BARÃO GERALDO





A MESTRANDA JOSELY EM DESTAQUE





MÁRCIA - A MONITORA - REPRESENTANTE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS

### **Referência bibliográfica :**

Aguiar , M . - Teatro da Anarquia Um resgate do Psicodrama . Papirus .  
Campinas , 1988.

Ardoino , J. & Barbier - Multirreferencialidade. Apresentação da Edição Francesa  
Org. Barbosa , J . G. Editora da UFCar. Multirreferencialidade nas ciências e  
na educação. São Carlos , 1998.

Ardoino, J. - Abordagem Multirreferencial ( Plural ) das Situações Educativas e  
Formativas. Org. Barbosa , J . G . Editora da UFCar . Multirreferencialidade  
nas ciências e na educação. São Carlos , 1998 .

Barembliitt , G . F. -Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria  
e prática . Rio de Janeiro , 3ª ed. Rosa dos Tempos , 1996 .

Buss , P. .M . - Saúde e Desigualdade : O Caso do Brasil . Org . Buss , P. M . &  
Labra , M . E . Sistemas de Saúde continuidades e mudanças . Ed . Hucitec .  
São Paulo , 1995 .

Barreto , M . .L . - Saúde da população brasileira : mudanças, superposição de  
padrões e desigualdades . Org . Fleury, S . Saúde e Democracia . A luta do  
CEBES . Lemos Editorial , São Paulo , 1997 .

Barros , M . B . A . - As doenças da vida moderna . mimeo, 1996 .

Brandão , C . R . - Pesquisa Participante . 4ª ed . Ed. Brasiliense , São Paulo  
1984 .

Brasil . Ministério da Saúde - Apostila sobre Conselhos de Saúde, 1994 .

Brasil . Ministério da Saúde . Diretrizes do Sistema Único de Saúde , 1994 .

Bueno , W . S . & Rollo , A . A . - Planejamento Estratégico e Sistema de  
Gestão. Mimeo , 1996 .

Capra , F . - O Ponto de Mutação : A Ciência, a Sociedade e a Cultura  
emergente . Trad . Álvaro Cabral . Ed . Cultrix , São Paulo , 1982 .

Campos , G . W . S . - Análise crítica das contribuições da saúde coletiva a  
organização das práticas de saúde no SUS . Org.Fleury, S . Saúde e  
Democracia : A luta do CEBES . Lemos Editorial , São Paulo , 1997 .

Campos , G . W . S . - Reforma da Reforma : Repensando A Saúde . Ed .  
Hucitec . São Paulo , 1992 .

Campos , G . W . S . - Planejamento Sem Normas . 2ª ed . Ed. Hucitec . São  
Paulo , 1994 .

Campos, G. W. S. - Subjetividade e Administração de Pessoal : Considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipe de saúde. Org. Merhy, E. E. & Onoko, R. Agir em Saúde um desafio para o público. Hucitec, São Paulo, 1997.

Cecílio, L. C. O. ; Campos, G. W. S. ; Merhy, E. E. - Inventando a Mudança na Saúde. Org. Cecílio, L. C. O. Ed. Hucitec. São Paulo, 1994.

Deleuze, G. - Conversações. Trad. Peter Pál Pelbart. Ed. 34, Rio de Janeiro, 1992.

Deleuze, F. & Guattari, F. - Mil Platôs Capitalismo e Esquizofrenia. vol. 1. Trad. Aurélio Guerra Neto e Celia Pinto Costa. Ed. 34, Rio de Janeiro, 1995.

Féo, M. S. - Atendimento conjunto pais-criança : Uma proposta de trabalho ambulatorial. Psicodrama nas instituições. Org. Ricotta, L. C. A. São Paulo, Ágora, 1990.

Ferreira-Santos, E. - Psicodrama e Psicoterapia Breve. Psicodrama nas instituições. Org. Ricotta, L. C. A. São Paulo, Ágora, 1990.

Franco, T. B. ; Bueno, W. S. ; Merhy, E. E. - O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O Caso de Betim. mimeo, 1997.



Freire, M. - O que é um grupo . mimeo , 1984 .

Freire, P. - Pedagogia do Oprimido . 13ª ed . Ed . Paz e Terra , Rio de Janeiro , 1983 .

Freire, P. - Pedagogia da Autonomia Saberes Necessários à Prática Educativa . Ed . Paz e Terra , Rio de Janeiro , 1997 .

FUNDAP- Programa de bolsas de residência médica e de aprimoramento profissional : oportunidade de ingresso na residência médica. Coordenadora Sílvia de Almeida Prado Sampaio. Autores: Sílvia de Almeida Prado Sampaio, Lílana Ferraz Lima Gallucci, Luís Alberto Bacheschi. 65p. Documento de trabalho, 77, São Paulo, 1998.

Gallo, E. - Crise Teórica e Crise Política - Impactos na Saúde Coletiva . Org . Freury, S. Saúde : Coletiva ? Questionando a Onipotência do Social . Ed . Relume - Dumará , Rio de Janeiro , 1992 .

Guattari, F. - As Três Ecologias . Ed . Papirus , Campinas , 1990 .

Guattari, F. - Caosmose Um Novo Paradigma Estético . Trad . Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia . Leão Ed . 34 , Rio de Janeiro , 1992 .

Guattari, F. - Micropolítica - Cartografias do desejo. 2ª ed. Ed. Vozes, Petrópolis, 1987.

Guattari, F. - Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo. Trad. Suely Rolnik. 3ª ed. Ed. Brasiliense, 1986.

Hegel - citado em Marx, K. & Engels, F. A Ideologia Alemã (Feuerbach). 5ªed. Trad. José Carlos Bruni e Marco Aurélio Nogueira, Ed. Hucitec, 1986.

L' Abbate, S. - Direito à Saúde : da reivindicação à realização. Org. Spinola, A. W. P. et al. Pesquisa em Ciências Sociais. Ed. Cortez, 1992.

Matus, C. - Adeus, Senhor Presidente. Trad. Francisco A. Carneiro da Cunha Filho Litteris Editora, Recife, 1989.

Merhy, E. E. - O Capitalismo e a Saúde Pública. Ed. Papyrus, Campinas, 1985.

Merhy, E. E. - A Saúde Pública como Política. Ed. Hucitec, São Paulo, 1992

Merhy, E. E. ; Onoko, R. et. al - Agir em Saúde um desafio para o público. Ed. Hucitec São Paulo, 1997.

Merhy, E. E. - A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência . Org . Campos, C. R. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte Reescrevendo o Público . Ed . Xamã, São Paulo, 1998 .

Merhy, E. E. ; Bueno, W. S. - Organizações Sociais : Autonomia de quem e para que ? mimeo, Campinas, 1998 .

Moreno, J. L. - O Teatro da Espontaneidade . Trad . Maria Sílvia Mourão Neto . Summus Editorial, São Paulo, 1984 .

Nunes, E. D. et . al . - Medicina Social aspectos históricos e teóricos . Org . e Trad . Nunes, E. D . Global Editora, São Paulo, 1983 .

Nunes, E. D. - Saúde Coletiva : História de Uma Idéia e de Um Conceito . Saúde e Sociedade. Nº 3 ( 2 ) pág 5 - 21, 1994 .

Paim, J. S. & Almeida Filho, N.- A Crise da Saúde Pública e a Saúde Coletiva. mimeo, 1998 .

Ricotta, L. C. A. - Psicodrama nas instituições. Ágora, São Paulo, 1990 .

Romaña, M. A. - Psicodrama pedagógico. Papirus, Campinas, 1985 .

Rosen , G . - Uma História da Saúde Pública . Trad . Marcos Fernandes da Silva  
Moreira Ed . Hucitec , São Paulo , 1994 .

Scriber , L . B . & Machado , M . H . - Trabalhadores da saúde: uma nova  
agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil . Org . Fleury ,  
S . Saúde e Democracia A luta do CEBES . Lemos Editorial , São Paulo ,  
1997 .

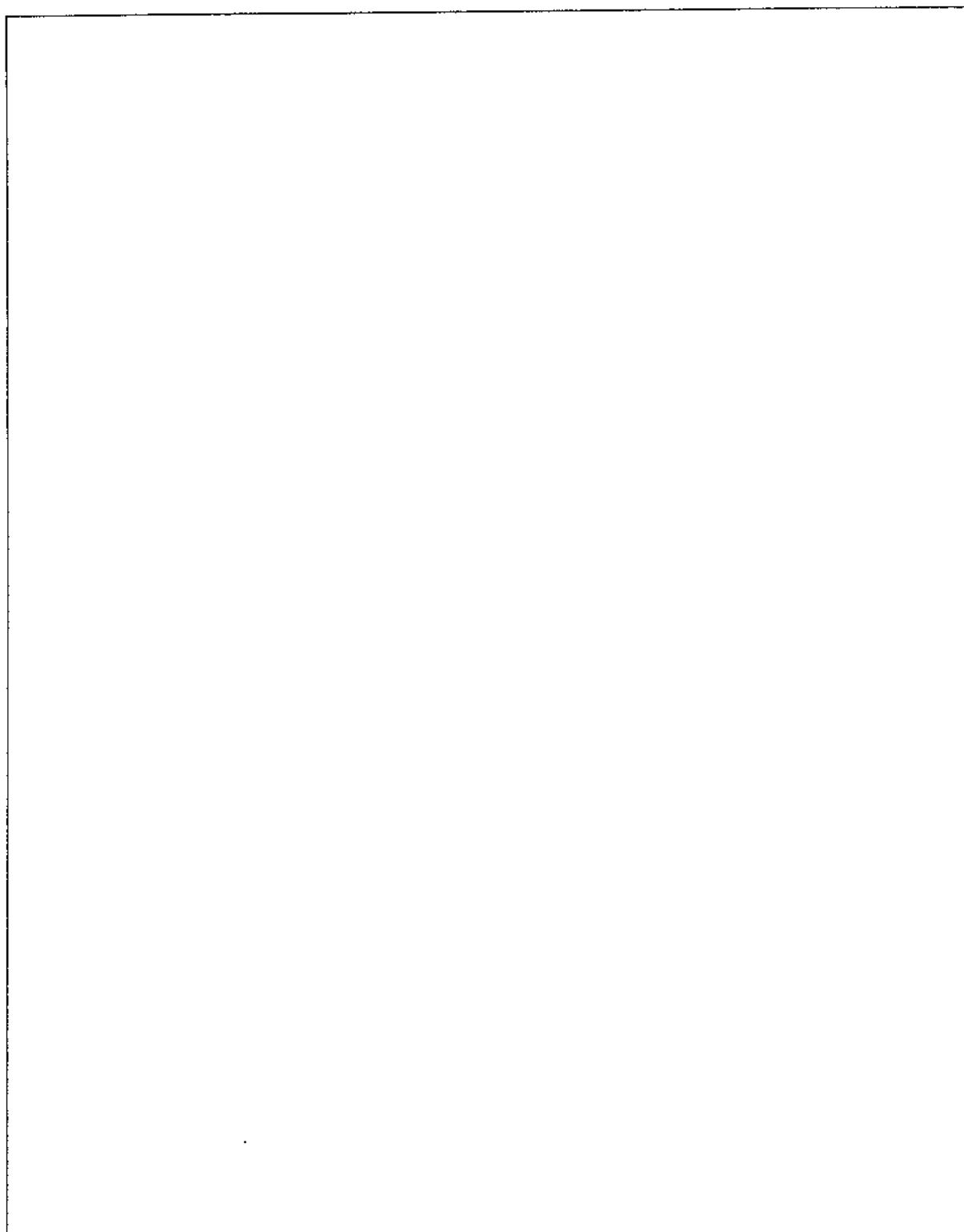
Smeke , E . L . M . - Saúde e Democracia . Experiência de Gestão Popular : um  
estudo de caso. Tese de Doutorado , DMPS - FCM - UNICAMP,  
Campinas , , 1989 .

Testa , M . - Pensar em Saúde . Trad . Walkiria Maria Franke Settineri . Ed .  
Artes Médicas Porto Alegre , 1992 .

Thiollent , M . - Metodologia da Pesquisa - Ação . 3ª ed . Ed . Cortez , São  
Paulo, 1986 .

Whitaker , A . S . & Peduzzi , M . - Demanda Espontânea em UBS : O papel  
dos profissionais de enfermagem na recepção. mimeo , São Paulo , 1998 .







**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS COORDENADORES :****Nome :****Data :****Centro de Saúde**

- 1 - Qual a expectativa que você tem com o curso que iremos fazer ?**
- 2 - Você quer discutir algum aspecto que esteja lhe preocupando sobre o curso ou a pesquisa ?**
- 3 - Há quanto tempo exerce a função de coordenação dessa unidade ?**
- 4 - Quais são os problemas que enfrenta para exercer a coordenação ?**
- 5 - Quais são as suas propostas atuais para a coordenação desse centro de saúde ?**
- 6 - Quais são as formas de tomar decisões internas que você e a equipe utilizam no cotidiano do trabalho ?**
- 7 - Como você avalia a atual condição da relação da equipe desse Centro de Saúde ?**
- 8 - Fale um pouco de como a equipe lida com as relações entre si ?**
- 9 - Como são as conversas informais ?**

**10 - O que facilita conversar ?**

**11- O que dificulta conversar ?**

**12 - Vocês fazem reuniões de equipe ?**

**13 - Com qual periodicidade ?**

**14 - Quem participa ?**

**15 - Me descreva como costuma ser uma dessas reuniões ?**

**16 - Como você avalia o impacto que tem essas reuniões ?**

**17 - Como você avalia a atual motivação para o trabalho das diferentes categorias componentes de sua equipe ?**

**18 - Quem ( profissionais ou categoria ) considera como seus principais aliados ?**

**19 - Que tipo de dificuldades para gerenciar, você tem encontrado junto aos profissionais e ou as categorias que aqui trabalham ?**

**20 - Quais são as estratégias que adota para enfrentar as dificuldades citadas à cima ?**

**21 - Qual é a situação do CLS - Conselho Local de Saúde ?**

**22 - Me fale sobre o CLS, dificuldades, possibilidades e concretizações.**

**23 - Qual o envolvimento dos trabalhadores com o CLS ?**

**24 - Quais as perspectivas que você tem para o CLS para os dois próximos semestres?**

**25 - Na sua opinião como deve ser uma gerência que contribua para a qualidade da assistência, para motivação dos trabalhadores e para a coordenação ?**

## PROGRAMA DA INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA

### “A EQUIPE DE SAÚDE COMO AGENTE DE MUDANÇAS NO SUS”

<b>Carga horária :</b>	52 h
<b>Periodicidade :</b>	Aulas semanais com duração de quatro horas
<b>Turma Manhã :</b>	Início : 06 de agosto de 1997 Término : 29 de outubro de 1997 Quartas - feiras : 8:30 às 12:30h
<b>Turma Tarde :</b>	Início : 07 de agosto de 1997 Término : 30 de outubro de 1997 Quintas - feiras - 13:30 às 17:30 h
<b>Número de vagas :</b>	22 alunos por turma - Total : 44
<b>Clientela :</b>	Trabalhadores do Centro de Saúde de Barão Geraldo e Centro de Saúde São Marcos
<b>Professora responsável :</b>	<i>Josely Rimoli</i> - Enfermeira Sanitarista / Mestranda em Saúde Coletiva
<b>Professoras convidadas :</b>	<i>Marcia Helena Amaral</i> - Enfermeira / Centro de Educação dos Trabalhadores em Saúde CETS- Secretaria Municipal de Saúde de Campinas  <i>Olga Akemi de Oliveira</i> - Auxiliar de Enfermagem e representante do Conselho Local de Saúde do Centro de Saúde da Vila Ypê / SMS - Campinas

<b>Objetivo Geral:</b>	Propiciar reflexões coletivas que contribuam para a gestão participativa e a qualidade da assistência prestada nos Centros de Saúde.
<b>Objetivos específicos</b>	<p>*Discutir sobre o papel profissional - terapêutico, sobre o trabalho de saúde em equipe</p> <p>*Propiciar discussão sobre a importância do vínculo da equipe de saúde com os usuários e a comunidade</p> <p>*Repensar estratégias que facilitem o acesso para os usuários aos Centros de Saúde</p> <p>*Discutir as contribuições da participação dos trabalhadores nos Conselhos Locais de Saúde</p>
<b>Avaliação :</b>	<p>Índice de frequência, pontualidade</p> <p>Participação nas atividades</p> <p>Somatória dos trabalhos individuais</p>
<b>Bibliografia :</b>	<p>- Conselho de Saúde. Ministério da Saúde - 1994.</p> <p>- Diretrizes do Sistema Único de Saúde. Boletim do Ministério da Saúde - 1994.</p> <p>- Barros, Marilisa Berti de Azevedo. As doenças da vida moderna - 1996 - mimeo.</p> <p>- Freire, Madalena. O que é um grupo. Secretaria Municipal Porto Alegre -1984- mimeo.</p> <p>- Franco, Túlio Batista e col. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde : O Caso de Betim - 1997 - mimeo.</p>

**“De tudo fica um pouco  
 Fica um pouco  
 Do seu olhar  
 No olhar do seu filho” ( Drumond )  
 Dedicamos esse curso à PAULO FREIRE**

Jô e Marcia

**Programa do Curso:- Turma Manhã**

**“A Equipe de Saúde como agente de mudanças no SUS”**

Data	Conteúdo	Professoras
06 / 08	Contrato Expectativas	Josely Marcia
13 / 08	O Processo Saúde - Doença Lidar com a saúde, o sofrimento e a morte A natureza do “objeto” de trabalho em Saúde O vínculo terapêutico	Josely Marcia
20 / 08	A subjetividade do trabalhador em saúde e o seu papel profissional O trabalhar em equipe de saúde A Gestão Participativa	Josely Marcia
27 / 08	A História da Saúde Pública - É a História que continuamos a construir	Josely Marcia
02 / 09	O Sistema Único de Saúde - SUS Diretrizes e financiamento O SUS Campinas	Josely Marcia
10 / 09	Diretrizes de um Modelo Assistencial: O Acesso, o Acolhimento, o Vínculo, a Responsabilização e a Resolutividade	Josely Marcia
17 / 09	Re-conhecendo os cidadãos e a comunidade  A História e a Organização Social	Josely



	A relação com as famílias, escolas, locais de trabalho, associações, igrejas, etc As necessidades de saúde dos usuários Subjetivas e físicas	Marcia
24 / 09	Os Trabalhadores e a Participação Popular Formas quotidianas de contato com os usuários Os Conselhos Local e Municipal de Saúde Conferências Municipais, Estaduais e Nacional O depoimento da representante dos trabalhadores no Conselho Local de Saúde da Vila Ypê	Josely Marcia Olga
01 / 10	Oficina de Trabalho : Repensando a Organização do Processo de Trabalho através do Acesso. Exercícios utilizando como exemplos os CS Barão Geraldo e São Marcos, através de relatos dos alunos e observações das professoras	Alunos Josely Marcia
08 / 10	Oficina : Continuação : Repensando com a diretriz : o Acolhimento	Alunos Josely Marcia
15 / 10	Oficina : Continuação : Repensando o Vínculo Terapêutico e a Responsabilização	Alunos Josely Marcia
22 / 10	Oficina : Continuação : Repensando o atender as Necessidade dos Usuários e a Resolutividade	Alunos Josely Marcia
29 / 10	Oficina : Continuação: Repensando os Trabalhos em grupo, as Ações Educativas e as Ações de Vigilâncias	Alunos Josely Marcia

Observação : O programa da Turma da Tarde era idêntico, com a data do dia posterior do que foi citado.

## Respostas da Avaliação Final da Turma da Tarde

O que você aprendeu nesse curso?	
Categoria	Número de citações
Acolhimento	12
Resolutividade	09
Valorização e satisfação profissional	08
Vínculo	06
Necessidade de toda equipe se atualizar	06
Maior percepção do usuário e de suas necessidades	06
Acesso	05
Organização do processo de trabalho	05
Melhorar a comunicação	05
Trabalho em equipe	04
Responsabilização e valorização da vida	04
Troca de experiências com outros serviços	01

### O que você gostou do curso?

Categoria	Quantidade
Metodologia (dinâmicas, aquecimento, oficinas, organização)	16
Atenção dada ao grupo ( carinho, condução, clareza, competência)	09
Conteúdo/ Temas/ Exemplos citados	05
Conhecer outras pessoas e seus depoimentos	05
Integração e interação com a equipe	04
Gostou de tudo	03
Ficar no papel de aluno	01

### O que você não gostou do curso ?

A discussão sobre política foi mencionada seis vezes , os demais aspectos foram referidos uma vez ( horário corrido, calor, pouca duração, participação da coordenação, exercício corporal e a visita da convidada de outro serviço.

### Sugestões de mudanças para os próximos cursos?

<b>Categoria</b>	<b>Quantidade</b>
Mais oficinas e atividades em grupo	07
Maior carga horária	03
Vivenciar o acolhimento	01
Inserir outras categorias na participação do curso	02
Local mais acessível e adequado	02
Espaço mais adequado	01
Transporte de alunos	01
Visitar outros Centros de Saúde	01
Mudar metodologia das primeiras aulas	01
Não aceitar atraso dos alunos	01
Oferecer este curso para outras unidades de saúde	01
Pagamento em dia de horas trabalhadas	01
Realizar mais curso sobre Saúde Pública	01
Avaliação prática	01
Manter o curso com o mesmo conteúdo	02
Sem sugestão	04

**Esse curso contribuiu para que você pensasse em mudanças no seu dia - a - dia de trabalho? Se sim, quais?**

<b>Categoria</b>	<b>Quantidade</b>
Necessidade dos usuários de acesso, acolhimento, vínculo pessoal e terapêutico	08
Trabalhar relações interpessoais, de grupo e a relação de equipe	07
Não se desgastar no cotidiano	03
Organização, lidar com agendas, recepção	03
Responsabilização e a resolutividade	02
Melhoria da coordenação, reunião de equipe	02
Necessidade de adquirir o conhecimento	02
Possibilidade de contato consigo mesma	02

**Qual a nota que você dá para o curso de 1 a 10?**

<b>Nota</b>	<b>Quantidade</b>
10	11
9,9	01
09	05
8,5	01
08	02
<b>Total</b>	<b>20</b>





## SUMMARY

This study reports the results of a pedagogical intervention carried out with the teamwork of two health centers at Campinas City. The objective was to analyze the impact of this intervention over the general assistance and the service's management.

The methodology was based on qualitative research techniques, focusing on institutional management in Public Health. Psychology was taken as a subsidiary basis on this field.

Pedagogical workshops were developed to supply information and allow the manifestation of health care workers' subjectivity towards their jobs; their view on the general nature of health care providing; the therapeutic relationships; the dynamics of interpersonal relationships inside the health teams; the Public Health history in Brazil; the patients' necessities and their living conditions; the principles and directives of the Brazilian National Unified Health System ("SUS"); the Assistance-Technique Model; the health workers' participation in management and users' controlled planning.

The workshops yielded propositions to reorganizing the working process for improvement, taking the groups specific conceptualization for better access to services and facilities; the embracing of people demands and needs; the development of therapeutic bonds and achieving the maximal resolutivity for the health problems.

The study concluded that the impact of the pedagogical intervention was distinct according to each sector inside the two health centers. There were changes in the working process and management in both services that were taken as markers of improvement. One of these was the participants' learning of the key concepts of the program contents.



UM APRENDIZADO QUE FICOU - A IMPORTÂNCIA DE ACOLHER OS USUÁRIOS





UM OUTRO RESULTADO POSITIVO - A SATISFAÇÃO NO TRABALHO