

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**COMPETÊNCIAS DE GESTÃO DESENVOLVIDAS
POR UM RESIDENTE MULTIPROFISSIONAL: O
CASO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE UMA
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RS**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Andréia de Pelegrini Santini

Santa Maria, RS, Brasil

2012

**COMPETÊNCIAS DE GESTÃO DESENVOLVIDAS POR UM
RESIDENTE MULTIPROFISSIONAL: O CASO DA
VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE UMA COORDENADORIA
REGIONAL DE SAÚDE DO RS**

Andréia de Pelegrini Santini

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de

**Especialista em Sistema Público de Saúde ,
Ênfase Vigilância em Saúde.**

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Vânia Maria Fighera Olivo

Santa Maria, RS, Brasil

2012

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**COMPETÊNCIAS DE GESTÃO DESENVOLVIDAS POR UM
RESIDENTE MULTIPROFISSIONAL: O CASO DA VIGILÂNCIA
SANITÁRIA DE UMA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
DO RS**

Elaborado por

Andréia de Pelegrini Santini

Orientado por

Profª. Drª. Vânia Maria Fighera Olivo

como requisito parcial para obtenção do grau de
**Especialista em Sistema Público de Saúde,
Ênfase Vigilância em Saúde.**

Comissão Examinadora:

**Enf. Ilse Meincke Melo
(4ª CRS)**

**Enf. Sérgio Arthur da
Silva (4ª CRS)**

**Assist. Social Bernadete
dos Santos Pereira (4ª
CRS)**

Santa Maria, julho de 2012.

COMPETÊNCIAS DE GESTÃO DESENVOLVIDAS POR UM RESIDENTE MULTIPROFISSIONAL: O CASO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE UMA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RS

Andréia de Pelegrini Santini¹, Vânia Maria Fighera Olivo²

¹ Nutricionista, Especialista em Sistema Público de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Rio Grande do Sul, Brasil.

² Enfermeira, Professora Doutora da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO

Esse artigo tem como objetivo analisar, reflexivamente, sobre as competências de gestão desenvolvidas por um residente multiprofissional na implantação e implementação de assessoria técnica nas Vigilâncias Sanitárias Municipais em um cenário Regional de Saúde. É caracterizado por um relato de vivência, ancorado numa pesquisa descritiva, qualitativa. A fonte de dados e informações obteve-se em uma Coordenadoria Regional de Saúde/RS, no período de agosto de 2010 a maio de 2012. Os sujeitos de pesquisa foram os técnicos do setor da Vigilância Sanitária. Para análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo, sendo que as informações foram agrupadas em unidades de significado que correspondem às competências apreendidas: Técnico-Política, Relacional e Didático-Pedagógica. Este estudo permitiu entender que o desenvolvimento de competências profissional para atuar no SUS pode ser aprendido em termos de conhecimentos e habilidades, mas não são autossuficientes. É necessário serem mobilizados pela atitude do sujeito em querer estar disposto, estar aberto ao novo, ao desconhecido.

Palavras-chave: Competência Profissional, Residência não Médica-não Odontológica, Gestão em Saúde, Vigilância Sanitária.

ABSTRACT

The aim of this paper is to analyze and reflect upon management competences developed by a multidisciplinary resident in the deployment and implementation of technical advice in a Health Surveillance Agency in a regional health scenario. It is characterized by an

account of experience based on a qualitative and descriptive research. The source of data was obtained in a Regional Healthcare Coordination/RS from August 2010 to May 2012. The subjects of this research were technicians of the Health Surveillance System. The analysis of the content was used with the data grouped into units of meaning that correspond to the skills learned: Technical-Political, Relational and Didactic-Pedagogical. This study allowed us to understand that the development of professional skills to work on the SUS (Brazilian Health System) can be learned in terms of knowledge and skills although they are not self-sufficient. It is important that the subjects be motivated by their attitude of being willing to learn the new, the unknown.

key words: Professional Competence, Internship, Nonmedical, Health Management, Health Surveillance.

INTRODUÇÃO

Em nosso país, o setor da saúde vem sendo submetido a um significativo processo de reforma de Estado, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental à continuidade e ao avanço do movimento pela Reforma Sanitária, bem como para a concretização do Sistema Único de Saúde (SUS). Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido da mudança, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional ¹.

Em relação ao campo das práticas dos serviços, destacam-se as Coordenadorias Regionais de Saúde, com função de assessoria técnica aos municípios na implantação e implementação das ações e serviços de saúde, orientada pelos princípios do SUS e legislação vigente. Já no campo da formação, as Residências Multiprofissionais são consideradas dispositivos para qualificação de profissionais, e de serviços na medida em que, pressupõe a articulação entre formação, ações de saúde e políticas públicas.

Este movimento pressupõe um novo modo de pensar-fazer que integre os diferentes serviços do Sistema Público de Saúde, através da instituição de novos mecanismos ou processos integrados de gestão-atenção-educação-formação em saúde. Pressupõe, portanto, formação de profissionais com competência para articular e organizar uma visão ampliada do sistema de gestão e atenção em saúde.

Fleury e Fleury ² trazem o conceito de competência como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que justificam um alto desempenho, acreditando-se que

os melhores desempenhos estão fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas. Em outras palavras, a competência é percebida como acervo de recursos, que o indivíduo desenvolve.

Propostas de mudanças na formação em saúde no Brasil vêm sendo discutidas desde o final da década de 1980, com a proposição do SUS. Atualmente, essa discussão ganhou especial relevância quando o Ministério da Saúde chamou para si a responsabilidade de orientar a formação dos profissionais da saúde com competências para atender as necessidades do SUS.

Com isso, as Residências Multiprofissionais, cuja principal finalidade é desenvolver competências dos profissionais de saúde para o trabalho no SUS, ganharam força a partir de 2007/2008. Sendo que, em 2009, através da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009³, o Ministério da Educação definiu que a Residência Multiprofissional em Saúde constitui-se em ensino de pós-graduação *lato sensu* destinado às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob orientação de profissionais de elevada qualificação. As residências da área profissional da saúde mostram um movimento importante dos Ministérios da Saúde e da Educação e do Conselho Nacional de Saúde na formação de recursos humanos na área da saúde pelo SUS.

Como profissional de saúde, percebi a importância de buscar uma formação qualificada e diferenciada para atuar no Sistema Único de Saúde, com o intuito de que o modo de atuação fizesse real diferença para o Sistema Público. Mas, ao mesmo tempo surgiam alguns questionamentos: Como atuar de modo a contemplar as necessidades do SUS? Como desenvolver formação qualificada? Qual o papel da gestão frente à complexidade e resolutividade do Sistema?

Esses questionamentos levaram-me a ingressar no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com área de concentração em Vigilância em Saúde, como campo de formação a Coordenadoria Regional de Saúde/RS. O projeto político-pedagógico do Programa, alinhado aos princípios do Sistema Único de Saúde, apresentava perspectivas de atender tais necessidades visto que objetiva qualificar profissionais da saúde para atuar em sistemas e serviços públicos, a partir da inserção dos mesmos, em serviços de saúde de diferentes níveis

de complexidade do sistema - Vigilância em Saúde, Atenção Básica – com o foco em Saúde da Família –, Atenção em Rede Hospitalar.

Com esse ingresso, os questionamentos se tornaram ainda mais complexos: O que é uma Coordenadoria Regional de Saúde? Como atuar no campo da gestão de modo a impactar tanto na qualificação profissional quanto dos serviços? O que é necessário para ser um articulador participativo, mobilizador de processos de mudança?

Desta forma, esse estudo tem como objetivo analisar, reflexivamente, sobre as competências de gestão desenvolvidas por um residente multiprofissional na implantação e implementação de assessoria técnica as Vigilância Sanitária (VISA) Municipais em um cenário Regional de Saúde.

METODOLOGIA

O presente artigo é estruturado a partir de um relato de vivência, ancorado numa pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa. O estudo descritivo tem como característica descrever os fatos de determinadas realidades, exigindo do pesquisador informações sobre seu objeto de estudo, necessitando de técnicas, de métodos e de teorias bem definidas que orientam a coleta e análise dos dados ⁴.

A fonte de dados e informações obteve-se no cenário de uma Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do interior do Rio Grande do Sul, no período de agosto de 2010 a maio de 2012, sendo uma instância da Secretaria Estadual de Saúde do Estado, a qual presta assessoria técnica à gestão em saúde nos municípios de sua abrangência. Estes são divididos em microrregiões, sendo que duas destas foram objetos do estudo, via atuação na implantação e implementação da assessoria técnica às VISAs Municipais. Sendo essa, a delimitação do objeto de atuação e formação da residência multiprofissional, a qual foi discutida com os técnicos da VISA da CRS, em decorrência às necessidades do serviço.

Destaca-se que essa CRS desde o ano de 2009 é campo de atuação do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da UFSM, com ênfase em Gestão em Políticas Públicas de Saúde e Vigilância em Saúde.

Os sujeitos de pesquisa deste trabalho foram os profissionais ligados ao setor da Vigilância Sanitária da CRS, composta por cinco (05) técnicos. Para coleta de dados, realizou-se entrevista semi-estruturada com cada trabalhador, a qual foi gravada. Para preservar o

anonimato e identificar cada participante, utilizou-se a letra P (P1, P2, P3, P4 e P5). Outra fonte de coleta de dados foi os documentos produzidos nos encontros com profissionais dos municípios de abrangência do estudo, nesse período.

Para análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo de Laurence Bardin ⁵. As informações analisadas foram agrupadas em unidades de significado que correspondem às competências apreendidas, quais sejam: Técnico-Política, Relacional e Didático-Pedagógica. A nominalização de tais competências teve como referência o projeto Político-Pedagógico da Residência Multiprofissional/UFSM, bem como referenciais teóricos.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob registro CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) nº 0376.0.243.000-11, Número do processo: 23081.017112 /2011-82 aprovado em 20/12/2011, e pela Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul em questão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As subunidades a seguir apresentam as competências de gestão desenvolvidas por um profissional residente multiprofissional enquanto sujeito articulador de um processo de implantação e implementação de assessoria técnica às Vigilâncias Sanitárias Municipais, nos municípios da área de abrangência de uma CRS/RS.

1. Técnico-Política: Instrumentalização para atuar segundo os Princípios e Diretrizes do SUS

A legislação vigente, bem como normativas oficiais não se mostram suficientes para garantir a Reforma na Saúde. Há necessidade de microrreformas nos processos de gestão e atenção, as quais demandam desenvolver novas competências profissionais que incorpore novas tecnologias de trabalho e de formação ⁶. Nesse sentido, uma das primeiras *competências* desenvolvidas na vivência foi a *Técnico-Política*, apreendida como essencial a uma formação e instrumentalização para atuar segundo os princípios e diretrizes do SUS.

O desenvolvimento desta competência foi desafiador, visto que enquanto profissional recém-formada apresentava pouco domínio teórico nesta área do saber. Contudo, enquanto residente multiprofissional, que ingressava no campo da Gestão da Saúde, exigia-se um distanciamento dos conteúdos habituais da formação inerentes ao núcleo profissional e

imersão na complexidade de conceitos, ideias e tecnologias que envolvem o campo do saber-fazer em torno das Políticas Públicas de Saúde e Legislações, capitaneadas pelos Princípios e Diretrizes do SUS.

Entretanto, o desafio potencializava-se na medida em que estes *conhecimentos* necessitavam ser interfaceados em termos de sua aplicabilidade no desempenho de funções e ações demandados por uma Coordenadoria Regional de Saúde, com destaque aos processos de trabalho de um de seus segmentos constitutivos: a Vigilância Sanitária.

Conforme resignificava esses conhecimentos foi possível iniciar, concomitantemente, o desenvolvimento de algumas *habilidades* que envolvem ser capaz de: *construir um diagnóstico da realidade de cada município; planejar ações de modo a articular política de saúde/processos de trabalho/necessidades reais e analisar cada situação de modo crítico-reflexivo*. Logo, essas habilidades mostraram-se fundamentais para viabilizar as primeiras intervenções no campo rumo à assessoria técnica às VISAs Municipais. Embora o desenvolvimento de tais habilidades ocorra de modo integrado, isto é, se complementando. Em algumas situações, como é o caso de ser capaz de construir um diagnóstico, este pode ser descrito de modo particular devido suas especificidades.

Apesar do diagnóstico ser reconhecido como a primeira etapa do planejamento desde os primórdios do Século XIX, com a era da industrialização, ainda é considerado como ferramenta incipiente na atualidade ⁷. Porém, sabe-se que é uma tecnologia essencial para o desenvolvimento de ações de saúde. Desta forma, nesse estudo, o diagnóstico foi a primeira intervenção realizada, com o intuito de conhecer a realidade de cada município e subsidiar o plano de ação em relação às VISAs Municipais.

Ser capaz de construir o diagnóstico em questão, implicou na necessidade de fazer um rastreamento de informações,, produzidas em diferentes fontes. A primeira foi análise documental dos Planos de Ação do ano de 2008 das VISAs Municipais de cada município. Salienta-se que esses Planos foram elaborados para suprir um requisito à adesão dos municípios às ações de Vigilância Sanitária sob a ótica da responsabilização sanitária, conforme a Resolução CIB/RS n° 250/2007 ⁸ e, que esse era o único documento oficial que havia na CRS em relação às VISAS Municipais. Outra fonte de informação foi diretamente com os profissionais dos municípios, através da aplicação de um questionário. Entretanto, para que ocorresse um levantamento efetivo de informações via este instrumento era

necessário aplicá-lo de modo mais dinâmico, o que exigiu o desenvolvimento de competência didático-pedagógica, descrita na sequência deste estudo.

Outro aspecto importante apreendido na habilidade de constituir um diagnóstico com qualidade suficiente para balizar intervenções, estava na capacidade de construí-lo com base crítico-reflexivo, sendo esta outra importante habilidade: *ser capaz de analisar cada situação de modo crítico-reflexivo*, identificada desde o início da entrada em campo, porém, desenvolvida e aprimorada no decorrer da trajetória.

Compreender o que é ser crítico-reflexivo também se constituía um desafio para todos os envolvidos, pois implicava em buscar uma releitura do modo como os modelos de gestão e atenção à saúde se naturalizam, se tornam evidentes para os atores sociais. Isto implica na reconstrução do objeto contra o senso comum, contra o instituído ⁹. O fragmento abaixo, expressa o resultado desta habilidade em que há um repensar crítico sobre o modo de ação:

“[...] nós não pensávamos ou se pensávamos não agia em relação às Vigilâncias Sanitárias dos municípios e isso ficava em último plano [...] Nós só pensávamos em dar conta das demandas dos estabelecimentos e dos serviços. Dos municípios, nós não tínhamos tempo para fazer, pra pensar sobre isso. Hoje conseguimos pensar em grupo e executar mais ações junto aos municípios [...]”. (P2)

“[...] Muitas vezes todos nós em algum momento precisamos ser cobrados, senão a gente acaba na mesmice do dia-a-dia fazendo aquelas inspeções, vistorias, etc, e deixando de lado essas outras atribuições. Então, eu acho que nós vamos ter que se conscientizar do papel importante desse trabalho, eu acho que a gestão tem, agora, estado mais próxima, [...]”. (P1)

Uma vez construído o diagnóstico da realidade de cada município e de modo crítico-reflexivo, era necessário avançar para etapa seguinte, ou seja, utilizá-lo como subsídio para o planejamento de ações em si. Devido à complexidade deste processo, *ser capaz de planejar de modo a articular Política de Saúde/Processos de Trabalho/Necessidades Reais*, configurou-se no desenvolvimento de outra *habilidade* da competência Técnico-Política.

No âmbito do SUS o planejamento é um instrumento estratégico de gestão, mediante o qual cada esfera de governo deve se valer para a observância dos princípios e o cumprimento das diretrizes operacionais que norteiam o Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o desenvolvimento e a operacionalização oportuna do processo de planejamento devem ser preocupação constante dos gestores e dos profissionais do SUS ¹⁰. O desafio é incorporar o planejamento como uma rotina do serviço, além de desenvolvê-lo de modo a articular as necessidades encontradas com o processo de trabalho e as legislações vigentes. A fala a

seguir, evidência a reflexão do cotidiano, mediada pela atuação de um residente multiprofissional, com sinalização de novas práticas:

“Na verdade havia entre os trabalhadores da VISA da CRS um sentimento de que esse era um aspecto importante a ser desenvolvido junto aos municípios, mas por falta de pessoal, por falta de planejamento e por falta, digamos, de um incentivo, esse trabalho nunca passou do campo das intenções. A partir de agosto de 2010, então, a situação mudou com a entrada da residente [...] uma pessoa a mais, com uma visão de trabalhar esses aspectos junto aos municípios [...] uma pessoa com condições técnicas de interesse de fazer esse trabalho. [...] uma pessoa entusiasmada em relação a esse trabalho, esse entusiasmo nos contagiou [...]. Então, a partir desse momento nós conseguimos deslanchar nesse trabalho.” (P1)

Este fragmento pode ser revelador do desenvolvimento de competências profissionais no âmbito dos Programas de Residência Multiprofissional, em sua proposta de integração ensino-serviço, qualificando-os. Entretanto, tais competências não são alcançadas se não houver o desenvolvimento de *atitudes e valores* dos profissionais envolvidos². E neste caso, diferentemente da aquisição de conhecimentos e habilidades, as atitudes emergem de dentro para fora, ou seja, da condição humana. Portanto, vem de valores que ainda construídos e transmitidos pelo aprendizado, os indivíduos desconstróem e reconstróem incessante e permanentemente¹¹.

No caso da *competência Técnico-Política*, as *atitudes* identificadas entre os sujeitos envolvidos nesta vivência, com destaque a residente, foram pautadas na *responsabilidade profissional, comprometimento com o SUS e determinação no desempenho das funções*.

2. Relacional: Atuação como articulador participativo

Outra competência alcançada nessa trajetória e indispensável para a continuidade da assessoria técnica às VISAs Municipais, foi a *Relacional*, cujo foco da aprendizagem estava em construir uma atuação entre sujeitos considerados enquanto articuladores participativos. Para isto, foi necessário adquirir *conhecimentos* relacionados à *dinâmica organizacional/relacional do serviço; processo de trabalho; relações interpessoais, interdisciplinares e intersetoriais*.

Concomitante a obtenção desses conhecimentos, priorizou-se o desenvolvimento de uma *habilidade relacional*, o *vínculo*, visto a necessidade de conhecer cada profissional que trabalhava naquele setor e tentar criar uma aproximação. Através do vínculo constituía-se,

entre os profissionais da VISA da CRS e a residente multiprofissional, uma equipe de integração, sendo um disparador nesse processo.

Santos *et al*¹² afirmam que o vínculo pode ser uma ferramenta que agências as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo, o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo, favorecendo outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde. A Portaria Nacional da Atenção Básica¹³ traz o vínculo como a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.

As falas a seguir confirmam a relação do vínculo que também é estabelecida entre residente e trabalhador, sendo fundamental no resultado da produção.

“O que ajudou a desencadear esse novo processo foi à presença da residente da Universidade Federal de Santa Maria [...] que se aproximou junto aos colegas, afinal nosso grupo de trabalho, conseguiu estabelecer um caminho, [...] que realmente era uma deficiência e que nós tínhamos muito clara”. (P5)

“[...] embora nós saibamos que a mola propulsora é você (residente), eu não sei se vier outra residente que não tenha esse perfil teu, não sei [...] tenho medo, tu sabes, queria que isso ficasse bem sedimentado, mas acho que dois anos da residência é pouco tempo para sedimentar esse processo”. (P2)

Ao analisar estes depoimentos, entende-se que o estabelecimento de vínculo deve permitir que a negociação caminhe para um consenso de necessidades, compromissos e responsabilidades, impedindo que o ato terapêutico esteja centrado no trabalhador, mas que, ainda assim, não seja realizado puramente pela manifestação de desejo do usuário. O vínculo precisa, portanto, interagir com ambas as possibilidades na busca da melhor conduta¹².

Outra *habilidade* desenvolvida e fundamental no desencadeamento e internalização deste processo foi *saber articular espaços/rodas de discussão*. Mais detalhadamente, a partir do diagnóstico realizado com relação às VISAs Municipais, sentiu-se a necessidade de ter encontros para se discutir o trabalho iniciado, pois não se tinha nenhum espaço sistemático para esse fim, ou melhor, não haviam reuniões dos profissionais da VISA da CRS.

A Política Nacional de Humanização¹⁴ sinaliza para a relevância da instituição destes espaços, ao destacar que a instalação de rodas de conversa produz o encontro das ideias, a construção de consensos e a responsabilização dos participantes pela elaboração conjunta para o enfrentamento dos problemas.

Foi um grande desafio começar a articular esses espaços de discussão, pois era necessário que os envolvidos exercessem a escuta e o diálogo. Segundo Durães-Pereira, Novo e Armond ¹⁵ a escuta pode ser construída como um processo transparente, através de uma rede de conversação em que se abrem questões, compartilham-se aspirações, questionamentos e aprende-se, interagindo com o todo e busca-se a pluralidade de ideias. Complementando o exercício deste desafio, Mariotti ¹⁶ traz a concepção de diálogo, afirmando que é, antes de tudo, aprender a ouvir.

Orientado por esses marcos conceituais, começou-se viabilizar os encontros, sendo que no início não eram sistemáticos e nem todos os técnicos participavam. Porém, com o passar do tempo conseguiu-se perceber a importância desta prática, fixando-se uma hora por semana para avaliar, planejar e monitorar esse trabalho com os municípios. Neste momento, todos os trabalhadores envolvidos começaram a participar e serem propositivos. Algumas falas, abaixo, trazem a importância dessa construção na qualificação das ações e desempenho de funções, orientada pelo aprimoramento desta habilidade em questão.

“A equipe se envolveu nesse processo, [...] antes era um trabalho que não era desenvolvido [...] Nós gostaríamos que isso realmente permaneça, esse envolvimento, se incorporasse na rotina. Hoje pensamos Vigilância Sanitária no município, antes pensávamos Vigilância Sanitária nos estabelecimentos que fazíamos. Hoje, pensamos Vigilância Sanitária com outro viés: municípios estruturados para fazerem a sua Vigilância Sanitária nos seus respectivos estabelecimentos. [...] mesmo que as vezes nós não sabemos muito bem o que se discutir, mas se discuti alguma coisa para poder melhorar esse processo.” (P2)

“[...] essas nossas reuniões é mais em termo de planejamento mesmo, visualizar problemas e identificar e tentar resolver [...]”. (P4)

A partir dessa *habilidade*, desencadeou-se o desenvolvimento de outras, como: *ser capaz de mobilizar/estimular a equipe para co-responsabilização*, criando mecanismos de confiança e cooperação; *saber trabalhar em equipe desenvolvendo interesses comuns*; *saber interagir e fomentar sintonia com diversas áreas através de ações interdisciplinares* e *ter capacidade de observação e discernimento*. Tais habilidades contemplam os autores Campos e Campos ¹⁷.

Como também, na competência Técnico-Política foi necessário na Relacional desenvolver a habilidade de *ser capaz de analisar cada situação de modo crítico-reflexivo*.

Essas habilidades Relacionais foram indispensáveis para o avanço desse trabalho de Assessoria Técnica as VISAs Municipais, posto que o resultado dessa prática pode ser compreendido no fragmento de falas dos profissionais.

“Foi muito interessante, foi uma experiência diferente, foi um novo pensar entre o grupo. Nos voltamos para o município, porque todas as Políticas de Saúde da Coordenadoria trabalham diretamente só com os municípios e nós, da Vigilância Sanitária, não trabalhávamos com os mesmos. Até então, trabalhávamos com empresa, com serviços particulares/privados e os municípios eram deixados de lado. Então, quando nós se voltamos para os municípios, senti uma satisfação muito grande de poder fazer isso, fiquei feliz com essa experiência, achei sensacional, se eu fosse mais nova a coisa ia deslanchar mesmo. [...] Achei muito bom mesmo.” (P2)

“[...] a importância da continuidade desse trabalho nos municípios de maneira interdisciplinar e intersetorial para que a Vigilância Sanitária realmente se torne consistente e desempenha o papel, o objetivo que ela tem, de promoção e de prevenção em saúde, [...]” (P5)

Como já citado na unidade anterior, para a concretização de competências implica na identificação sobre o valor de ter *atitudes*. Neste caso, para efetivar as habilidades relacionais foram necessárias à *responsabilidade, flexibilidade, comprometimento, determinação, empatia, ser acolhedor, saber aceitar críticas e escutar o outro, estar aberto ao diálogo e agir com entusiasmo e com motivação*. As falas das entrevistas relatam algumas dessas atitudes identificadas:

“Acho que a tua chegada, não sei se é a vaga da residência ou a tua pessoa que eu acho que foi primordial, de repende poderia ter a vaga e a pessoa não ser tão despachada como tu foste, então assim, eu acho que o teu trabalho de incentivo e de criação que levou isso e a gente espera que continue.” (P4)

“[...] o papel da residência no desenvolvimento desse trabalho foi fundamental [...] o perfil da residente [...] uma pessoa entusiasmada em relação a esse trabalho [...] esse entusiasmo nos contagiou e eu acho que foi fundamental nesse processo.” (P1)

3. Didático-Pedagógicas: Criação e Potencialização de estratégias de intervenção

Para uma atuação no campo da gestão da saúde é necessário desenvolver competência Técnico-Política e Relacionais. Porém, com a vivência, observou-se que essas não são autossuficientes para mobilizar novos processos de trabalho. Com isso, houve a necessidade de desenvolver a *competência Didático-Pedagógica* na perspectiva de subsidiar a operacionalização de estratégias de intervenção, sendo essencial na consolidação da assessoria técnica às VISAs Municipais. Para tal, foi indispensável acumular e resignificar *conhecimentos sobre Planejamento, Avaliação e Monitoramento; Instrumentos de Gestão do SUS e Sistema de Informação*.

Com o suporte desses conhecimentos foram desenvolvidas algumas *habilidades: ser capaz de criar espaços/dispositivos que mobilizem ações integrativas; saber construir e gerenciar projetos, programas de ação de modo co-responsável; saber criar estratégias de*

mobilização/disseminação e internalização das informações; saber interagir e fomentar sintonia com diversos assuntos da área da Gestão em Saúde, através de ações interdisciplinares; saber identificar oportunidades e alternativas; ser capaz de observar com discernimento.

A partir desses conhecimentos e habilidades adquiridos desenvolveram-se novas estratégias de intervenção, para desencadear a institucionalização de novas práticas de Assessoria Técnica às VISAs Municipais. Tais estratégias foram decorrentes de vivências práticas com Profissionais de Saúde, Conselheiros Municipais de Saúde (CMS), Secretários Municipais de Saúde (SMS) e Prefeitos Municipais, configurando-se em instrumentos de planejamento e gestão. Esses são descritos a seguir, observando uma sequência processual de sua aplicabilidade, quais sejam:

- (1) *Oficina de Diagnóstico*: foi criada com a finalidade de mobilizar os Trabalhadores de Saúde, Conselheiros Municipais de Saúde e Secretários Municipais de Saúde a produzirem informações que refletissem as experiências e sentimentos vividos nos cotidianos de trabalho em relação ao papel da Vigilância Sanitária Municipal. Para isto, a oficina foi desenvolvida em três momentos na seguinte ordem temporal: aplicação de um questionário com questões específicas sobre operacionalização da temática em questão; exposição do papel da VISA Municipal, conforme a Resolução CIB/RS nº 030/2004¹⁸ e; discussão/reflexão a partir dos dois momentos anteriores. Percebeu-se a importância desta metodologia de trabalho, pois foi construído um diagnóstico ampliado, visto que as informações geradas no primeiro momento (questionário) dizem respeito a questões mais técnicas da atuação da VISA, como: recursos humanos, área física/materiais disponíveis a VISA, processo de trabalho e recursos financeiros. Já na roda de conversa, foi possível complementar este diagnóstico com informações mais reflexivas apontando outros nós-críticos, como: *“a Vigilância Sanitária é pouco divulgada, ou seja, a população e os próprios profissionais de saúde desconhecem as atribuições e ações que a VISA pode desencadear; Falta de entendimento da VISA por parte dos prefeitos municipais e secretários municipais de saúde, sendo há resistência de implementar a Vigilância Sanitária Municipal por questões políticas e por desconhecimento da legislação; Politicamente a VISA é um incômodo para o município”*.

Merhy⁷ afirma que para haver uma intervenção eficaz, o diagnóstico tem que se aproximar, tanto quanto possível da realidade. Esta aproximação deve se fazer a partir da construção de um espaço, onde haja interação entre os distintos sujeitos dotados de

necessidades e possibilidades. Para que o diagnóstico não resulte numa mera descrição das deficiências encontradas, mas contemple também as diferentes explicações da realidade feita pelos distintos atores sociais em cena ¹⁹.

Além do que, essa oficina produziu alguns encaminhamentos, os quais foram disparadores do processo de Assessoramento Técnico às VISAs Municipais, sendo alguns deles: apresentar a importância da VISA Municipal em uma reunião da AMCENTRO (Associação dos Municípios do Centro do Estado) com os Prefeitos; realizar encontro com as Vigilâncias Municipais por Microrregiões e, por município que esteja apresentando dificuldade em implementar a VISA para desenvolver as atividades.

- (2) *Registro de Informações*: Com a finalidade de registrar o que foi discutido nas reuniões, internas e externas, e utilizar tais informações para o planejamento, assim como subsídio de respaldo, criou-se um instrumento, no qual possui as seguintes informações: local; data; pauta(s); lista de presença e um espaço para descrever a síntese e encaminhamentos da reunião. Vale destacar que esse instrumento ajudou a nortear os encontros internos, pois se conseguiu definir os assuntos que foram discutidos (pautas) e sempre era lido o registro da reunião anterior, com o intuito de situar-se e avaliar os encaminhamentos que haviam sido propostos.

- (3) *Encontros por microrregiões*: a partir da oficina de diagnóstico foi definida que começaria um trabalho por microrregiões, sendo que a equipe da VISA da CRS e residente, optaram por iniciar com apenas uma microrregião e ao longo do período incluíram outra. Tendo como o principal objetivo desses encontros implantar e implementar a Vigilância Sanitária Municipal. Realizaram-se vários encontros com diferentes atores envolvidos, ora Secretários Municipais de Saúde e representantes do Conselho Municipal de Saúde, ora somente a Equipe da VISA, ora SMS, Representantes do CMS e prefeitos Municipais. Nessas rodas de conversas foram utilizadas diferentes metodologias, assim como os instrumentos logo abaixo descritos.

A partir desses encontros podem-se observar alguns resultados positivos, refletidos nas falas dos profissionais: “*aproximação da VISA/CRS com as equipes dos municípios, motivação dos profissionais das VISAs Municipais, integração entre eles e mais segurança no desempenho das atividades.*”

- (4) *Elaboração de Matriz de potencialidades e dificuldades que a VISA Municipal possui para desempenhar suas atribuições*: a partir de alguns encontros realizados com os

municípios percebeu-se a necessidade de realizar um planejamento com os mesmos, visto que eram muitas as dificuldades encontradas. Para isto, era necessário levantar as dificuldades que a Equipe da VISA Municipal estava encontrando para executar o seu trabalho, desta forma, criou-se essa Matriz de Potencialidades e Dificuldades, com intuito de levantar tais fragilidades, para posteriormente efetivar o planejamento.

- (5) *Matriz de Planejamento*: como citado acima, percebeu-se a necessidade de realizar um planejamento com os municípios. Logo, com base na Matriz de Intervenção da AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família) criou-se uma matriz de planejamento, com o intuito de concretizar o planejamento dos problemas/dificuldades encontrados pela equipe da VISA Municipal. A matriz contém as seguintes informações: problema/dificuldade; objetivo; detalhamento da execução; responsável e prazo de execução ²⁰. Esse planejamento era realizado pela Equipe da VISA Municipal, SMS e representantes do CMS.

- (6) *Matriz de Monitoramento e Avaliação*: Após o prazo planejado pela Equipe da VISA, a equipe da VISA da CRS e a residente multiprofissional, voltavam ao município para avaliar e monitorar o planejamento que a equipe, SMS e CMS haviam realizado. Com isso, era fundamental ter um instrumento de avaliação, sendo assim, criou-se essa matriz, na qual contém as seguintes informações: meta; meta atingida, sim ou não?; dificuldade(s) encontrada(s); se não foi atingida, qual a proposta para alcançá-la.

- (7) *Relatório Anual da VISA*: Com o intuito de acompanhar as ações das VISAs Municipais, desenvolve-se um roteiro de relatório, a qual contém informações sobre: recursos humanos; área física/materiais; processo de trabalho; recursos financeiros e considerações finais. Esse relatório foi solicitado via ofício, endereçado aos Gestores Municipais. Vale destacar, que a partir de 2010, a equipe da VISA da CRS e a residente multiprofissional, também, começaram a elaborar um relatório anual das atividades desenvolvidas nesse processo de Assessoria Técnica às VISAs Municipais, sendo que o mesmo é enviado aos municípios.

Assim, é possível compreender que o desenvolvimento da *competência didático-pedagógica* foi essencial para elaboração de tais estratégias de planejamento e gestão, mediada pela residente, cujas *attitudes* foram fundamentais para consolidar essas ações inovadoras entre os sujeitos envolvidos, tais como: *agir com entusiasmo e com motivação*;

saber aceitar críticas e escutar o outro; comprometimento; responsabilidade; determinação e querer experienciar, criar e inovar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A delimitação da problemática deste estudo - competências de gestão necessárias a um residente multiprofissional para desenvolver ações de assessoria técnica de Vigilância Sanitária num cenário regional de saúde -, não foi algo identificado na entrada do campo de prática enquanto residente. Seu sentido apenas foi delineado no momento da elaboração deste estudo, quando foi preciso produzir significados para o vivido. Ou seja, era necessário compreender o que subsidia certas ações a causar certos resultados ⁹.

Nestes termos, as discussões apresentadas e pautadas na reflexão da vivência, revelam que as proposições das novas práticas não se deram de modo aleatório. Ao contrário, foi resultado do conjunto de aprendizagens individuais e coletivas, que implicam no desenvolvimento de competências, ou seja, saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado ².

O vivido através da residência multiprofissional foi marcado por um saber agir co-responsável em que as oportunidades de crescimento profissional, via desenvolvimento de competências de gestão para atuação segundo princípios e Diretrizes do SUS, oportunizaram e estimularam os demais profissionais envolvidos a refletirem sobre suas práticas cotidianas de trabalho e aprimorá-las. Como resultado, desta integração ensino-serviço, foram criados novos instrumentos de planejamento e gestão, novas estratégias de intervenção, levando ao aprimoramento do processo de trabalho da equipe da VISA da CRS. O fragmento da fala abaixo comprova a importância desta modalidade de atuação e formação profissional:

“Eu queria agradecer, porque eu acho que esse processo nos comprovou a necessidade da universidade participar do SUS, em qualquer nível de governo, em função de preparar também profissionais que conheçam e correspondam às necessidades, as demandas do Sistema Único de Saúde, nós já havíamos pensando de que nós não víamos a Universidade voltada para a formação de profissionais para o SUS. E agora nesse processo que a residente desenvolveu conosco, nós ficamos em primeiro lugar contentes por isso, por estar vendo que está começando a ver um intercâmbio necessário. E também acho que foi muito positivo inclusive, se desenvolveu uma troca muito enriquecedora no trabalho, com a visão também que nós como trabalhadores às vezes temos ainda muito fechada e muito segmentada e quando temos esse tipo de intercâmbio nós abrimos a nossa visão pra o nosso trabalho, para desenvolver o nosso trabalho. Eu queria agradecer a presença da nossa residente e dizer que foi profícuo, que tomara que tenha sido pra ela também.” (P5)

Acredito que esse estudo contribuirá para a formação de novas vivências de residentes multiprofissionais, assim como trará aos profissionais de saúde uma reflexão em relação às competências de gestão.

Por outro lado, esse trabalho também registra a importância da continuidade desta modalidade de prática e de formação, fomentado pela integração ensino-serviço via Programas de Residência Multiprofissional em campos da gestão. Os fragmentos abaixo traduzem este desafio que foi marcado por relações de vínculo e confiança:

“Olha a gente só tem a agradecer assim, pelo incentivo, pelo trabalho que tu realizaste ali. [...] gostaríamos muito que continuasse que tivesse o mesmo tipo de empenho e de resultados que tu obtiveste. Eu gostei muito e espero que continue [...]” (P4)

“Eu sei que depende de nós, mas é aquela coisa [...] tenho medo de que nos voltemos novamente para as demandas dos estabelecimentos e se não tiver essa mola nos empurrando e nos chamando [...] a gente pode acabar deixando isso de lado.” (P2)

Para finalizar, este estudo permitiu entender que o desenvolvimento de competências profissionais para atuar no Sistema Público de Saúde, pode ser aprendido em termos de *conhecimentos e habilidades*, mas não são autossuficientes. É necessário serem mobilizados pela *atitude* do sujeito em querer estar disposto, estar aberto ao novo, ao desconhecido. Isto implica em ser capaz de desenvolver e influenciar a consciência compreensiva de nossa responsabilidade social com bem viver humano e ser capaz de mobilizar mudanças integrativas na forma de perceber, compreender e interagir sobre os problemas sociais.

REFERENCIAS

1. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* (Rio J.) 2004; 14:41-65.
2. Fleury, MTL; Fleury, A. Construindo o Conceito de Competência. *RAC*, 2001; 14:183-196.
3. Brasil. Ministério da Educação. Portaria nº 1.077/ME, de 12 de novembro de 2009. <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?data=13/11/2009&jornal=1&pagina=7&totalArquivos=192> (acessado em 10/Jun/2012).
4. Leopardi, MT. Metodologia da pesquisa na saúde. 2. ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC Pós-Graduação em Enfermagem. p. 294, 2002.
5. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.

6. Campos, GWS. Por uma clínica do Sujeito. In: *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec. Pp. 51-82, 2003.
7. Mehry, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates sobre planejamento de saúde no Brasil. In: Gallo, E. Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.
8. Rio Grande do Sul. Secretária Estadual de Saúde. Resolução CIB/RS nº 250, de 05 de dezembro de 2007. Porto Alegre/RS, 2007. http://www.saude.rs.gov.br/lista/399/Resolu%C3%A7%C3%B5es_CIB_-_2007 (acessado em 10/Jun/2012).
9. Fairclough, N. Discurso e Mudança Social. Coord. e pref. à ed. bras. I. Magalhães. Trad. I. Magalhães *et al.* Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília. 2001.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
11. Vieira, PR; Cardoso, AS. Construção, desconstrução e reconstrução de sistemas de valores nas organizações. Cadernos Ebape, Volume I – Número 2 – Dezembro 2003.
12. Santos, AM; Assis, MMA; Nascimento, MAA; Jorge, MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Rev Saude Publica, 2008; 42(3):464-470.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488/MS, de 21 de outubro de 2011. <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html> (acessado em 15/Jun/2012).
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.
15. Durães-Pereira, MBBB; Novo, NF; Armond, JE. A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal, na periferia da zona sul, no município de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 465-76, 2007.
16. Mariotti, H. Pensamento Complexo: suas aplicações à liderança, à aprendizagem e ao desenvolvimento sustentável. São Paulo: Atlas, 2007.
17. Campos, RTO; Campos, GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos, GWS; Minayo, MCS; Akerman, M; Drumond Júnior, M; Carvalho, YM. Tratado de Saúde Coletiva. Editora Hucitec/Fiocruz; organização - 2006.

18. Rio Grande do Sul. Secretária Estadual de Saúde. Resolução CIB/RS n° 030, de 06 de outubro de 2004. Porto Alegre/RS, 2004.
http://www.saude.rs.gov.br/lista/397/Resolu%C3%A7%C3%B5es_CIB_-_2004
(acessado em 15/Jun/2012).
19. Moreira, MIGB. Diagnóstico em saúde como instrumento do Programa de Saúde da Família – possibilidade de construção de espaços coletivos para constituição de sujeitos? Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Riberão Preto, 2001.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Auto-Avaliação n 5: Equipe Saúde da Família : Parte 2 – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.