

Daniela Baumgart de Liz Calderon

**COGESTÃO E PROCESSO DE INTERVENÇÃO DE
APOIADORES DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
EM SANTA CATARINA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Ciências Humanas e Políticas Públicas.

Orientador: Prof^ª. Dr.^ª. Marta Verdi

Florianópolis
2013

Calderon, Daniela Baumgart de Liz

Cogestão e Processo de Intervenção de Apoiadores da Política Nacional de Humanização em Santa Catarina / Daniela Baumgart de Liz Calderon; orientadora, Marta Verdi - Florianópolis, SC, 2013.
111 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Política Nacional de Humanização. 4. Cogestão. I. Verdi, Marta . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

“Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da Política Nacional de Humanização em Santa Catarina”

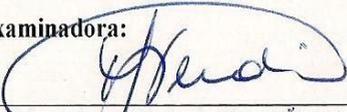
Daniela Baumgart de Liz Calderon

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

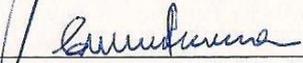
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Ciências Humanas e Políticas Públicas

PROF. DR. RODRIGO OTAVIO MORETTI PIRES
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Banca Examinadora:



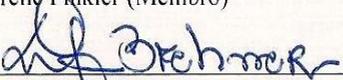
Prof.ª. Dra. Marta Inez Machado Verdi (Presidenta)



Prof. Dr. Cláudia Maria de Mattos Penna (Membro Externo)



Prof.ª. Dra. Mirelle Finkler (Membro)



Prof.ª. Dra. Laura Cavalcanti de Farias Brehmer (Membro)

Dedico este trabalho a Samuel, amor da minha vida.

“A vida é uma peça de teatro que não permite ensaios. Por isso, cante, ria, dance, chore e viva intensamente cada momento de sua vida, antes que a cortina se feche e a peça termine sem aplausos”.

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

À Deus, por todo cuidado e proteção;

À UFSC, Universidade pública gratuita e de qualidade, pela minha formação profissional, desde a graduação, especialização e mestrado;

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, especialmente os professores;

À Profa Marta Verdi, querida orientadora dessa dissertação, por ter me acolhido, por todo incentivo, pelo conhecimento compartilhado e pela sua amizade e carinho;

Às professoras Sandra Caponi e Mirelle Finkler pelas críticas e contribuições na qualificação desse trabalho;

Aos colegas de mestrado da turma de Mestrado em Saúde Coletiva 2011, pelos momentos compartilhados de alegria, aprendizado e discussões;

À Edenice e Leandro, meus amigos de coração que estiveram comigo em todos os momentos, me apoiando e me incentivando.

Ao meu amado Samuel, pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida;

A minha família e amigos, por todo incentivo, ajuda e carinho. E em especial aos meus pais, Clóvis e Regina, meus exemplos, por terem me dado a vida e aos meus irmãos, Augusto e Fernando, por tanto amor!

RESUMO

O cenário que se desenhava no campo da saúde no Brasil, segundo a proposta que deu origem à PNH, indicava necessidade de mudanças para que o SUS alcançasse seus objetivos. A partir da necessidade de inovar as práticas de saúde e a atuação dos profissionais, usuários e gestores, é que surgiu o curso de formação de apoiadores da PNH visando formar, qualificar e potencializar ações e estratégias da PNH. No curso de formação de apoiadores da Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção no SUS, ocorrido em 2009 em Santa Catarina, aproximadamente 50% dos apoiadores desenvolveram planos de intervenção baseados na diretriz Cogestão. Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar as mudanças nos modos de gestão geradas pelo processo de intervenção dos apoiadores institucionais da PNH formados nesse curso. Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa, com *design* exploratório-descritivo. Os sujeitos de pesquisa foram apoiadores que optaram por trabalhar a diretriz “Cogestão” em seus planos de intervenção, sendo que do total de 29 apoiadores com esse perfil, foi selecionado 1 por Unidade de Produção, totalizando 7 entrevistados. A colheita de dados se deu em duas etapas: pesquisa documental e entrevista. Os dados foram categorizados e reagrupados em três categorias temáticas denominadas “Motivação para trabalhar a cogestão”, “Experimentando a cogestão” e “Efeitos da Intervenção”, revelando as mudanças que ocorreram nos modos de gestão. Os resultados mostraram que os movimentos disparados pelas intervenções dos apoiadores nos serviços com relação à cogestão foram importantes para promover mudanças em processos anteriormente cristalizados, entretanto, inúmeros desafios ainda permanecem.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Política Nacional de Humanização. Cogestão.

ABSTRACT

The scenario that drew in the health field in Brazil, according to the proposal that led to the PNH, indicated the need for changes to the SUS reach your goals. Starting from the need to innovate health practices and actions of professionals, users and managers, is that did the training course aimed at supporters of PNH train, qualify and maximize actions and strategies of PNH. In the training course supporters of the National Humanization of Care Management and the SUS, which occurred in 2009 in Santa Catarina, approximately 50% of supporters developed intervention plans based on guideline co-management. Thus, the present study aimed to analyze the changes in management mode generated by the intervention process of institutional supporters of PNH. This is a qualitative study, with descriptive exploratory design. The research subjects were 1 supporter Production Unit who opted for the device to work "co-management" in their plans, totaling 7 institutional supporters. The collection took place in two stages: documentary research and interviews. Data were analyzed using the hermeneutic dialectic method, according to the proposal of Minayo (2004). To ensure the ethical aspects in the development of research, the Guidelines and Standards of Resolution No. 196/96 of the National Health Council guided the development of this study. The data collected were then categorized and grouped in three themes - called "Motivation to work co-management", "Experiencing the co-management" and "Effects of Intervention" - revealing the changes that have occurred in the management modes. The results showed that the movements triggered by interventions from supporters in services with respect to co-management were important to promote changes in processes previously crystallized, though many challenges still remain.

Keywords: Health System. Health Management. National Humanization Policy. Comanagement.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cronograma	59
Tabela 2 – Orçamento	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição das Diretrizes Trabalhadas pelos Apoiadores em seus Planos de Intervenção	53
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos Planos de Intervenção Realizados pelos Apoadores no Estado de Santa Catarina	54
--	----

SUMÁRIO

PARTE I – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO	21
1 INTRODUÇÃO.....	23
2 OBJETIVOS.....	27
2.1 OBJETIVO GERAL	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	29
3.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS.....	29
3.2 COGESTÃO	34
3.3 RESGATE HISTÓRICO E TEÓRICO DOS MODELOS DE GESTÃO	39
3.4 OS CONFLITOS ÉTICOS NA ATENÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE	46
4 PERCURSO METODOLÓGICO	51
4.1 CONTEXTO DA PESQUISA.....	51
4.2 TIPO DE PESQUISA.....	55
4.3 OS SUJEITOS DE PESQUISA	55
4.4 COLETA E REGISTRO DOS DADOS	55
4.4.1 Pesquisa Documental	55
4.4.2 Entrevista.....	56
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	56
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	57
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
REFERÊNCIAS.....	65
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	71
APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista Semiestruturado	73
APÊNDICE C – Lista de códigos	75
APÊNDICE D – Famílias e Superfamílias	77
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	81

**PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO - Cogestão e Processo de
Intervenção de Apoiadores da Política Nacional de Humanização
..... 83**

PARTE I – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO

1 INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal Brasileira de 1988, a saúde tornou-se um direito de todos e um dever do Estado. E o projeto da Reforma Sanitária Brasileira buscou reorientar o sistema de saúde brasileiro através da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (BRASIL, 1990).

Entretanto, passados aproximadamente dez anos do início da construção do SUS, importantes avanços, como a ampliação dos níveis de universalidade, equidade e integralidade conviviam de modo contraditório com múltiplas debilidades e fragilidades do sistema (BRASIL, 2004).

A construção de uma política de saúde que englobasse as iniciativas já existentes no âmbito do Ministério da Saúde, rearticulando-as de modo a superar o caráter isolado de cada uma, potencializando-as e espraiando o conceito de humanização para o conjunto das práticas do SUS foi uma das prioridades do governo federal, a partir de 2003. Para atingir este objetivo foi necessário afirmar a indissociabilidade entre o modo de atenção e o modo de gestão da saúde. Para isso, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi concebida para atuar de maneira transversal ao conjunto das práticas de atenção e gestão da saúde (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

A PNH aponta para um conjunto de diretrizes, as quais sinalizam direção para as construções coletivas. São elas: acolhimento, cogestão, ampliação da clínica, fomento de redes de valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários, ambiência e construção de memória dos processos de mudança (BRASIL, 2010).

Percebe-se que um dos desafios enfrentados no cotidiano das práticas de saúde reside nos modos verticalizados de gestão e na dissociação entre modos de atenção e modos de gestão. Por isso dentre as diretrizes da PNH, destaca-se a cogestão que propõe um trabalho centrado em equipe, na construção coletiva onde quem planeja executa em espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente (BRASIL, 2009).

É necessário redefinir e tomar a humanização como estratégia de interferência nas práticas de saúde. Concebida como um “modo de fazer”, a humanização tem na metodologia do Apoio Institucional sua

principal estratégia de mobilização de diferentes atores (gestores, trabalhadores e usuários) em torno da tarefa de construção de projetos cogерidos que atendam às necessidades dos diferentes grupos de interesse. A função apoio tem sido incorporada como o modo pelo qual é possível articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. Assim, envolve a ideia de que é necessário tanto considerar o conhecimento e experiência do grupo, quanto trazer algo externo a este, pois entende que todos exercem em algum grau funções de gestão, e que estas se exercem entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder (CAMPOS, 2007).

A PNH apostou, a partir de 2006, na capilarização da política via processos de formação. Esses processos fundamentam-se na inseparabilidade entre formação e intervenção, no reencantamento do concreto e em novos modos de produzir saúde.

Foi a partir desta necessidade de capilarização, que surgiu o curso de formação de apoiadores da PNH visando formar, qualificar e potencializar ações e estratégias da Política Nacional de Humanização (BENEVIDES e PASSOS, 2009).

A proposta do curso de apoiadores se apresenta como uma estratégia de implementação de um eixo da PNH: produção e disseminação do conhecimento. Este eixo tem, como um de seus objetivos, incrementar a oferta de processos de formação, educação e conhecimentos sobre a PNH, buscando assim formar multiplicadores em gestão compartilhada do cuidado e apoiadores institucionais para processos de mudanças (BRASIL, 2006).

Dessa forma, em 2009 foi realizado o I Curso de Formação de Apoiadores Institucionais para a humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina no formato previsto pela PNH. O objetivo do curso era formar sujeitos com capacidade de propor intervenções nas práticas dos serviços de saúde, de modo a fomentar e consolidar processos de mudanças na gestão e nos modos de atenção à saúde.

A ideia do curso era de que esses apoiadores fossem capazes de compreender a dinâmica da produção do processo saúde-doença-atenção e intervir sobre problemas de gestão dos serviços e processos de trabalho em saúde com soluções criativas. Por isso, ao longo do curso de formação de apoiadores da PNH, como estratégia pedagógica, os participantes construíram e implementaram Planos de Intervenção, que consistiam em planos orientadores dos processos de reorganização de práticas/gestão nos serviços em seus respectivos locais de trabalho.

A construção do plano de intervenção de cada apoiador ancorou-se em três processos articulados: o mapeamento das demandas do serviço ao qual se vinculava, a definição de um dos dispositivos da PNH que nortearia a intervenção e a pactuação da intervenção com os sujeitos envolvidos. O mapeamento configurou-se como um analisador que permitiu dar visibilidade a várias questões que perpassam as políticas públicas de saúde no Brasil: as relações de poder, as dificuldades em efetivar as pactuações do sistema de referência e contrarreferência, o modo de lidar com os direitos dos usuários, o controle social, a hierarquização e presentes nas práticas de gestão do SUS, a iniquidade das políticas públicas, as dificuldades na capilarização da PNH, dentre outras.

Como questão relevante neste processo de formação de apoiadores da PNH em Santa Catarina, pode-se apontar a concentração da escolha dos apoiadores na diretriz da Cogestão para o desenvolvimento de seus Planos de Intervenção. Chamou a atenção o fato de a metade (29 dos 60) dos apoiadores pautarem a temática da gestão como demanda de intervenção, com a necessidade de problematização visando a transformação das práticas vigentes.

Dessa forma, este trabalho insere-se no contexto apresentado e pretendeu responder a pergunta de pesquisa “Quais as mudanças nos modos de gestão geradas pelo processo de intervenção dos apoiadores institucionais formados no curso de apoiadores da Política Nacional de Humanização em Santa Catarina no ano de 2009”?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as mudanças nos modos de gestão geradas pelo processo de intervenção de apoiadores institucionais da PNH.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar os modos de cogestão que foram propostos nos planos de intervenção pelos apoiadores institucionais a partir do curso de formação;

Levantar as potencialidades e limitações no desenvolvimento dos modos de cogestão propostos no plano de intervenção;

Caracterizar as mudanças nos modos de gestão provocadas pelo processo de implantação dos planos de intervenção dos apoiadores da PNH no cotidiano das instituições;

Analisar os avanços e limites dos modos de cogestão experimentados a partir das ações do plano de intervenção dos apoiadores institucionais da PNH.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS

A partir da Constituição Federal Brasileira de 1988, a saúde tornou-se um direito de todos e um dever do Estado.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O projeto da Reforma Sanitária Brasileira mobilizou a reorientação do sistema de saúde brasileiro através do SUS, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que estabeleceram os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os princípios do SUS, se destacam a universalidade, equidade, integralidade, regionalização e a hierarquização, a resolutividade, a descentralização e a participação dos cidadãos, que formam as bases para a atenção à saúde (BRASIL, 1990).

A construção de uma nova realidade jurídica não garante a produção de mudanças na velocidade desejada, pois a organização dos serviços de saúde é permanentemente atravessada por interesses múltiplos de grupos sociais, forças instituintes que tensionam e provocam mudanças nas regras e nas práticas de saúde (PASCHE, 2009).

Contudo, os avanços ocorridos após a implantação do SUS ainda convivem com problemas de diversas ordens. A fragmentação do processo de trabalho divide as relações entre os gestores, os profissionais da saúde e os usuários, fragilizando o trabalho em equipe e a dimensão subjetiva nas práticas de atenção (BRASIL, 2004).

Assim, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS (PNH/HumanizaSUS) surgiu em direção à minimização dessas contradições e efetivação dos preceitos do próprio SUS. Tratada como política transversal e dimensão fundamental à construção de um sistema de saúde qualificado, a humanização surge com uma tarefa dupla e

inequívoca: a produção de sujeitos e a produção de saúde (BRASIL, 2008).

O tema da humanização se anuncia desde a XI Conferência Nacional de Saúde (2000), que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Procura, assim, interferir nas agendas das políticas públicas de saúde. De 2000 a 2002, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador (BENEVIDES e PASSOS, 2005)

Embora a primeira iniciativa no âmbito do Ministério da Saúde tenha sido o PNHAH, em 2000, foi somente em 2003 que o tema da humanização na saúde ganhou novo *status*, com a implantação da PNH ou “HUMANIZASUS”.

Seu marco teórico-político configura-se em torno da humanização das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS, como uma dimensão fundamental do sistema de saúde, devendo operar transversalmente em todo SUS. Deste modo, a humanização na saúde deixa de ser fragmentada em programas e passa a ser uma política transversal que perpassa diferentes ações e instâncias gestoras do SUS (BRASIL, 2004).

Na qualificação do SUS, a humanização não pode ser entendida como apenas mais um programa a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS. O risco de tomar a humanização como mais um programa seria o de aprofundar relações verticais em que são estabelecidas normativas que devem ser aplicadas e operacionalizadas, o que significa, grande parte das vezes, efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, por meio de ações pautadas em índices a serem cumpridos e metas a serem alcançadas independentes de sua resolutividade e qualidade (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

A PNH é norteada por aspectos como a valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos dos cidadãos, o trabalho em equipe multiprofissional, a construção de redes cooperativas e de autonomia e protagonismo dos sujeitos coletivos, bem como da sua corresponsabilidade nos processos de gestão e atenção. Também orientam esta política, o fortalecimento do controle social em todas as instâncias do SUS, o compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores e da ambiência, com

organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho (BRASIL, 2004).

A PNH reconhece e parte de um SUS que dá certo e considera que existem construções e experimentações desenvolvidas na política pública de saúde em muitos planos, âmbitos e lócus que permitem afirmar que se avançou tanto na construção de novos modos de gerir, como na constituição de novos modos de cuidar, em conformidade com a base discursiva do SUS (PASHE, 2008).

Foi a partir da verificação, escuta, análise e síntese deste SUS que dá certo que se produziu tanto a base discursiva (princípios, método e diretrizes), como os instrumentos de ação - dispositivos da PNH. Este movimento de positivação potencializa a ação de sujeitos e coletivos sociais, pois não partindo do negativo extrai efeitos de amplificação e de contágio para a mudança. Assim não se toma os problemas senão para enfrentá-los, cujas ferramentas discursivas e concretas de ação se constroem a partir da positividade das experiências (PASHE, 2008).

Esta é uma sensível e radical diferença, um importante deslocamento para o enfrentamento das contradições do SUS, pois ali onde se anunciava o problema (os modos de gerir e de cuidar), onde se localizavam as dificuldades mais radicais (ação autônoma dos sujeitos) e a impossibilidade da construção de planos de ação comum (relação entre sujeitos com interesses e necessidades não coincidentes) é que se vai buscar a força e a possibilidade da produção da mudança. Ação de contágio e afecção pelo SUS que dá certo, que “dá certo” como modo de fazer e como direção ético-política (PASHE, 2008).

A Política de Humanização tem uma trinca de princípios articulados e indissociáveis (BRASIL, 2004):

- a inseparabilidade entre modos de gestão e de atenção, compreendendo que são mutuamente influenciados e determinados;

- transversalização de saberes, poderes e afetos na ação cotidiana dos serviços e das práticas de saúde, fomentando deslocamentos subjetivos e a produção de planos de ação comum sem, contudo, borrar a ponto de negar especificidades, senão colocá-las em relação, em rede, para diferir;

- aposta na autonomia e protagonismo dos sujeitos, que em relação e guiados por orientações éticas – também construções históricas - são capazes de acionar vontade e desejo de mudança, construindo redes de corresponsabilização.

Estes princípios levam à reflexão de como fazer para que eles se inscrevam de forma efetiva nas práticas de saúde, ou seja, exigem que se

defina sobre os modos de fazer. Assim, define-se o método, caminho a ser percorrido para a construção das novas realidades. As experiências do SUS que dá certo informam sobre a inclusão, ou seja, apontam para a criação de estratégias de inclusão de sujeitos nos processos de produção das próprias mudanças. A PNH toma este princípio, amplificando-o e qualificando-o como método da tríplice inclusão (PASHE, 2008):

- inclusão de todos os sujeitos nos arranjos, processos e dispositivos de gestão, na clínica e na saúde coletiva. Incluir implica na construção de espaços coletivos para pôr em contato, em relação, sujeitos para que no encontro produzam entendimentos e ações comuns. Em outras palavras: promover o cotejamento de diferenças entre sujeitos para a construção de processos de corresponsabilização na gestão e no cuidado e pelos encargos que aí derivam;

- inclusão de coletivos, redes e movimentos sociais. O SUS como aposta na mudança dos modos de gerir e de cuidar na saúde se solidifica e tende a ser mais estável se encarnado como experiência coletiva, como síntese da pluralidade de interesses e necessidades heterogêneas;

- inclusão de analisadores sociais, da perturbação emergente da inclusão de sujeitos e coletivos sociais nos arranjos e dispositivos de gestão e do cuidado (individual e coletivo). Incluir o outro implica em atitude generosa que suscita alteração nas relações de poder entre os sujeitos. Alterar relações de poder requisita deslocamentos e ressignificação dos lugares e posições que se ocupa na relação com o outro na perspectiva da produção de corresponsabilização, que exige, por sua vez, abrir mão, relativizar construções prévias ao encontro, para nele produzir ação comum.

Os princípios da humanização e seu método da tríplice inclusão, todavia, não podem estar desprovidos de orientações éticas, clínicas e políticas, as quais marcam de forma geral a direção da ação, da coprodução de sujeitos e de saúde. Por isso, a PNH aponta para um conjunto de diretrizes, as quais sinalizam direção para as construções coletivas. São elas:

- acolhimento, compreendido como atitude de abertura à recepção de necessidades de saúde que se expressam na forma de demandas para os serviços e profissionais da saúde. A diretriz do acolhimento é uma diretriz ética, portanto inegociável e, por isto, uma direção fundamental para a construção de redes de atenção, redes de cuidado;

- gestão-participativa e cogestão, que são expressões da democratização das instituições de saúde e das relações entre os sujeitos. Democracia implica em abertura, em criação de espaços coletivos e sua

substantivação, permitindo o cotejamento de diferenças para a produção compartilhada de corresponsabilidade na gestão e no cuidado;

- ampliação da clínica, cujos sentidos principais vão em direção da ampliação do diálogo e da interferência dos sujeitos em relação na definição de contratos (de gestão e clínicos); da personalização do cuidado e dos modos de gestão, considerando que toda relação clínica e na gestão é sempre marcada por interesses, desejos e necessidades de sujeitos que se singularizam nesta relação;

- fomento de redes de valorização do trabalho e do trabalhador. Valorizar o trabalhador implica em pelo menos três grandes movimentos: (1) inclusão do trabalhador nas definições sobre o funcionamento da organização de saúde, ou seja, descentralização do poder de decisão sobre o cotidiano das instituições; (2) construção e viabilização de melhorias nas condições concretas de trabalho, como remuneração, ambiência, acesso a insumos tecnológicos adequados para a produção de saúde etc.; e (3) pautar e interferir sobre os elementos e fatores que definem a saúde do trabalhador;

- defesa dos direitos dos usuários: o SUS reconhece que os usuários são portadores de direitos na Saúde, os quais perpassam tanto a gestão do sistema (sistema colegiado de gestão do SUS e de seus serviços), como a relação clínica e da saúde coletiva.

- ambiência: o cuidado e trabalho acontecem, entre outros, em espaços das organizações da saúde. Estes espaços de trabalho nem sempre respondem os interesses imediatos dos usuários e trabalhadores, correspondendo também a interesses de lógicas institucionais multi-interessadas. A produção de sujeitos e de saúde decorre também da organização dos espaços de trabalho, os quais devem refletir princípios e diretrizes do SUS, da humanização da saúde;

- construção de memória dos processos de mudança: novos modos de fazer requisitam novos modos de narrar, eles mesmos produtores dos sentidos das mudanças. A produção de sentido nas mudanças na produção de saúde, tarefa de sujeitos individuais e coletivos, é fundamental para a sustentação de princípios ético-políticos na reorganização dos serviços e práticas.

O exercício destas diretrizes deve sempre interrogar sobre modos de fazer, o que na perspectiva da PNH implica na inclusão dos sujeitos, de analisadores sociais e a produção coletiva de novas realidades (PASHE, 2008).

Este modo de fazer considera princípios e diretrizes para o processo de mudança, os quais são experimentados por meio de arranjos tecnológicos de trabalho, ou seja, dispositivos.

Dentre as diretrizes, a cogestão merece especial atenção neste trabalho. Em conformidade com uma diretriz geral da política de saúde no Brasil, prevê que a gestão do sistema e dos serviços de saúde devem ser compartilhadas com outros atores além dos gestores formais. Assim, trabalhadores e usuários devem ser incluídos nos processos de decisão na saúde, em espaços de vocalização de interesses e necessidades que possam servir como base para a composição de políticas de saúde do SUS.

Motta (1982) assinala a cogestão como a forma mais avançada de gestão participativa, por se caracterizar não somente pela possibilidade de escuta dos trabalhadores não gestores na gestão, mas pela inserção direta destes nos processos decisórios. Dessa forma, a PNH pretende, através do processo de cogestão, produzir sujeitos não somente participativos, mas corresponsáveis pelos processos envolvidos nestas mudanças. Corresponsáveis pelo entendimento de que a participação dos mesmos é fundamental nestes processos (MOTTA, 1982).

3.2 COGESTÃO

Cogestão significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão. Assim, ela é exercida por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização, assumindo-se o predicado de que “todos são gestores de seus processos de trabalho”. O prefixo “co”, nesta perspectiva, indica para o conceito e a experimentação da gestão um duplo movimento: a adição de novas funções e adição de novos sujeitos (CAMPOS, 2007).

O Ministério da Saúde tem reafirmado a PNH como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde e tem como objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder (BRASIL, 2009).

Com a oferta de tecnologias e dispositivos para a configuração e o fortalecimento de redes de saúde, a humanização aponta para o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis, envolvendo trabalhadores e gestores do SUS e fomentando a participação efetiva da

população, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão (BRASIL, 2009).

O SUS tem como um de seus princípios definidos na Constituição Federal a participação social, na perspectiva de democratizar a gestão da saúde. Para operacionalizar a participação social, a Lei nº 8.142 determina a formação dos Conselhos de Saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal. Ainda segundo esta lei, as Conferências Nacionais de Saúde são espaços estratégicos de participação social. Além dos conselhos e conferências, os gestores das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) instituíram espaços de negociação e definição de pactos acerca dos assuntos da gestão da saúde. Trata-se da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no âmbito nacional, e nos estados das Comissões Intergestores Bipartites (CIB), com representações dos municípios e do estado (BRASIL, 1990).

A participação social, no entanto, não pode estar restrita a essas instâncias formalizadas para a participação cidadã em saúde. Esta deve ser valorizada e incentivada no dia-a-dia dos serviços do SUS, nos quais a participação tem sido ampliada gradativamente. Mesmo os trabalhadores de saúde ainda participam pouco das decisões sobre os rumos das unidades em que trabalham. Pode-se atribuir isto ao fato de que lhes pareça uma atuação difícil, complexa ou dificultada tanto por excesso de burocracia quanto por uma gestão centralizadora e pouco participativa. Uma gestão mais compartilhada, portanto, mais democrática, nos serviços de saúde, necessita alterações nos modos de organização do trabalho em saúde (BRASIL, 2009).

Por isso, a gestão participativa é um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho. A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo portanto uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde (BRASIL, 2009).

O modelo de gestão que a Política Nacional de Humanização propõe é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva onde quem planeja executa e em espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente. Pressupõe, também, interação com troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais, usuários e gestores (BRASIL, 2009).

Campos (2007) apresenta um método de gestão para coletivos, o qual é denominado de Método Paideia. Este método também pressupõe a inclusão de alteridades nos espaços de gestão, os quais se tornam complexos e contraditórios, requisitando, portanto, modos de gerí-los, de conduzi-los, pois estão ocupados agora por sujeitos que portam distintos desejos, interesses e necessidades. Considera a criação de espaços coletivos para o exercício da cogestão considerando a análise de demandas multivariadas, oferta de Tabelas de referência para sua compreensão, produção de textos, e a construção e contratação de tarefas de forma a gerar corresponsabilização, considerando não só a função primária da organização de saúde que é produzir saúde, mas também a produção de sujeitos que é uma função secundária das organizações.

Cogestão expressa, ao mesmo tempo, inclusão de novos sujeitos nos processos decisórios e alteração das tarefas da gestão, que incorpora também função de análise institucional, de contextos e da política, função de formulação, portanto de exercício crítico-criativo e função pedagógica, que denominou de Função Paideia (CAMPOS, 2007).

Mas o exercício da gestão ampliada e compartilhada para a produção de mudanças nas organizações de saúde requer vontade política, provisão de condições concretas e método, sem o qual se corre o risco de se transformar a cogestão apenas em um exercício discursivo.

Reinventar as organizações pressupõe alterar o modo de produção e fluxos de poder. Em geral, as organizações de saúde têm uma disposição centralizadora do poder, fomentando processos de comunicação pouco transversais e colocando em relação apenas os iguais. Em outras palavras: o exercício da comunicação se dá entre os pares, dificultando a emergência de processos instituintes. Dessa forma, a organização se reproduz, pois se mantém sustentada sobre linhas de forças que apenas reverberam aquilo que já está instituído. Uma nova arquitetura deve permitir a ampliação da superfície de contato entre as pessoas, possibilitando o encontro das diferenças (BRASIL, 2009).

Há um grande desenvolvimento teórico e operacional sobre métodos e técnicas de Planejamento em Saúde proposto por Testa e Mattus. No entanto, o Planejamento não esgota a maioria das tarefas de um sistema de gestão. Um bom método de planejamento, por si só, não dispensa um bom sistema de gerência para que, inclusive, seja garantida a real implantação do plano elaborado. Reconhece-se a conveniência do planejamento ascendente com envolvimento de profissionais e de usuário. Entretanto, não há ainda métodos seguros para articular

participação horizontal da base com a preservação dos objetivos primordiais do SUS (CAMPOS, 1998).

A Teoria Geral da Administração, o taylorismo em particular, propõe a tarefa de administrar pessoas como se elas fossem instrumentos, coisas ou recursos destituídos de vontade ou de projeto próprio. Faz parte da cultura tradicional da maioria das Escolas da Administração o objetivo explícito de disciplinar o trabalhador, quebrar-lhe o orgulho, a autonomia e a iniciativa crítica.

No Brasil, desde 1970, há todo um movimento voltado para estimular a democratização dos serviços públicos de saúde. Participação comunitária, conselhos de saúde para permitir a gestão tripartite com usuários, trabalhadores e prestadores etc. São diversas experiências interessantes, porém, exceto no que se refere à oficialização dos Conselhos e Conferências de Saúde, ainda não se encontrou um modo de institucionalizar todas estas diretivas democratizantes. No dia-a-dia os serviços ainda são governados segundo diferentes variações do taylorismo. É como se a democracia acabasse nos Conselhos de Saúde ou nas Oficinas de Planejamento, daí para frente operaria a lógica tradicional de gerência: poder centralizado em chefes, controle direto sob e a realização de procedimentos técnicos e sobre o comportamento formal de funcionários, elaboração centralizada de programas e de normas reguladoras do atendimento, e quase ausência de comunicação tanto entre serviços em relação horizontal de poder, quanto entre os distintos níveis hierárquicos (CAMPOS, 1998).

Em algumas experiências, graças à utilização de variantes do Planejamento Estratégico Situacional, vivem-se momentos de participação. Momentos fundamentais, mas que não chegam a modificar o sistema de gestão dos serviços de saúde: a democracia começa e termina em Oficinas de Planejamento. O que Campos descreveu é um Método de Gestão que almeja mais do que adaptar e moldar sujeitos. Por isto, elegeu-se como conceito diretor aquele de Cogestão, ou de Cogoverno, ou seja, todos decidindo, porém decidindo tendo em vista outras instâncias. Deliberar entre interesses em pugna, em negociação permanente, em discussão e em recomposição com outros desejos, com outros interesses e com outras instâncias de poder. Todos participam do governo, mas ninguém decide sozinho ou isolado ou em lugar dos outros. É preciso que sejam asseguradas possibilidades de participação e que, portanto, produzam distribuições mais equilibradas de poder (CAMPOS, 1998).

O método Paidéia é uma proposta de cogestão de coletivos organizados para a produção de valor de uso que aglutina uma dimensão crítica e uma dimensão propositiva entrelaçadas. A dimensão crítica abarca uma análise do mundo do trabalho e das instituições contemporâneas. A dimensão propositiva engloba um método, propriamente dito, de apoio e cogestão (CAMPOS, 2007).

O método assume um compromisso com a democracia institucional. Ele aponta para esta construção institucional democrática, qual seja, reconhecendo uma tríplice finalidade intrinsecamente conflitiva das instituições: a produção de valor de uso (finalidade declarada da instituição), a produção de sujeitos (os trabalhadores) e a sustentabilidade (reprodução da instituição). Principalmente nestes casos, o Método Paidéia propõe que, ao contrário da tradição gerencial hegemônica, quaisquer dos três atores quando detêm poder demais comprometem a sobrevivência da organização.

Outro fundamento importante do método é uma crítica das organizações a partir de uma análise da microfísica da gestão. O método analisa e denuncia a influência da herança dos princípios tayloristas no cotidiano das organizações contemporâneas (CAMPOS, 2007).

O método Paidéia se sustenta também sobre o potente conceito de coprodução de sujeitos. O conceito de coprodução é um poderoso instrumento de cogestão porque possibilita a composição e a construção de um conhecimento singular transdisciplinar nas equipes multiprofissionais, onde é necessário um saber novo e singular, sem negar os recortes disciplinares possíveis, mas também, sem deixar de fazer escolhas e definir prioridades. É por isto que o Método Paidéia, também conhecido como método da roda sintoniza-se com muitas tradições libertárias da educação e da política ao afirmar que: ninguém sai da roda (de cogestão) da mesma forma que entrou (CAMPOS, 2007).

Ainda importante são os núcleos temáticos de análise. O Método Paidéia supõe que em todos os espaços institucionais estão em jogo poderes, saberes e afetos. O método busca enfrentar um tipo de fragmentação temática que contribui fortemente para a submissão e o controle das pessoas. O método enfrenta verdades institucionais e sugere que sempre, com maior ou menor força, estes temas devem estar presentes, cabendo aos coletivos reconhecê-los e aprender a lidar com eles.

O método é uma alternativa à arrogância e à unidirecionalidade gerencial tradicional, mas implica em esforço e auto-percepção constantes, principalmente para quem se coloca com a disposição de fazer a cogestão (CAMPOS, 2007).

3.3 RESGATE HISTÓRICO E TEÓRICO DOS MODELOS DE GESTÃO

Desde a antiguidade até os dias atuais observa-se a necessidade de organizar e de administrar ações e serviços. Desse modo, diferentes formas de pensar gestão fazem parte da história da administração e essa diversidade se deve à influência dos contextos históricos, sociais e econômicos que perpassaram ao longo do tempo. Por isso, será apresentado este resgate histórico para contextualização.

3.3.1 Modelos de Gestão

A teoria administrativa no século XX é dividida em três principais etapas por quais passou: Era industrial clássica - etapa inicial da industrialização; Era industrial neoclássica - marcada pelo desenvolvimento da industrialização, iniciada após a segunda guerra mundial, e a Era da informação, onde estamos atualmente (CHIAVENATO, 1999).

Estas etapas englobam basicamente duas principais abordagens teóricas de modelo de gestão: uma baseada na Teoria Geral da Administração com as teorias de administração científica e sistema burocrático, e a outra, fundamentada em teorias que consideram práticas mais democráticas nos processos de gestão.

A Revolução Industrial, com início no final do século XVIII, pode ser apontada como responsável pela transformação da administração. A administração surgiu em um contexto capitalista, onde os enfoques principais eram o desenvolvimento econômico e a acumulação do capital (LACOMBE e HEILBORN, 2003).

Frederick Taylor, engenheiro norte-americano, introduziu o conceito da Administração Científica e criou a base sobre a qual se desenvolveu a Teoria Geral da Administração, publicada em 1911 (KWASNICKA, 1995). Para o Taylor, o principal objetivo da administração era garantir eficiência na produção produzindo mais e melhor em menos tempo, promovendo a divisão de tarefas e a especialização das pessoas nessas tarefas e remunerando por produtividade. Todo processo administrativo ocorria sem a participação dos operários (LACOMBE e HEILBORN, 2003). As diretrizes desta proposta de gestão, também conhecida por modelo mecanicista,

assemelham-se ao funcionamento de uma máquina (MAXIMIANO, 2000).

Henry Ford foi outro colaborador da teoria da administração científica que, com foco na atividade de fabricação de automóveis também defendia a divisão do trabalho que favorece a especialização do trabalhador e a produção em massa. Esses dois princípios baseavam-se na ideia de que sendo os operários pouco instruídos, deveriam fazer sempre a mesma atividade de modo que fossem treinados para produzir mais e melhor (LACOMBE e HEILBORN, 2003).

Assim, a lógica dos modelos de gestão taylorista e fordista era o trabalho mecânico, rápido, rotineiro e monótono. O objetivo principal era atingir a eficiência.

Ainda no início do século XX, surgiu outra teoria com Henri Fayol e Max Weber cuja ênfase se referia à estrutura das organizações (CHIAVENATO, 1999).

Fayol e outros autores estudaram a organização da empresa, voltando-se aos aspectos internos de relações e subordinações. Fayol foi o primeiro a distinguir a administração como uma função separada das demais existentes na empresa. Daí surgiu o aspecto piramidal e hierárquico da organização formal. Baseavam-se também em regras para lidar com todos os aspectos administrativos, garantindo previsibilidade e controle (CHIAVENATO, 1999).

Fayol marcou a história da administração com a criação dos princípios gerais da administração: a divisão e especialização do trabalho para aumento da eficiência; autoridade do gerente em dar ordens; disciplina dos empregados para obedecer e respeitar as ordens; a unidade de comando; a subordinação dos interesses individuais aos gerais; a centralização da decisão; a ordem, etc (CHIAVENATO, 1999).

Max Weber, sociólogo e jurista alemão, ainda neste mesmo pensamento baseado na estrutura, publicou na década de 20 em seus estudos o que chamou de Tipo Ideal de Burocracia. Apontou de forma sintética pontos comuns à maioria das organizações da época. Seu objetivo era descrever o processo organizacional observado, não teorizar ou normatizar. Descrevia que as organizações caracterizavam-se por estruturas burocráticas. Eram como máquinas totalmente impessoais, funcionando de acordo com regras, ignorando interesses pessoais. Caracterizavam-se também por limitar a autonomia, com excesso de regulamentação, ênfase na comunicação vertical, como o funcionamento de uma máquina. A centralização da autoridade e a observação obrigatória da hierarquia também foram observadas por ele (MAXIMIANO, 2000).

A teoria das Relações Humanas veio com a visão de que as pessoas movimentam a empresa. Seu sustento teórico foi resultado das conclusões de Hawthorne na década de 30, onde a forma de tratamento da gerência com relação aos trabalhadores influencia no seu desempenho (MAXIMIANO, 2000).

Todas essas teorias fizeram parte de um período em que os sistemas organizacionais eram caracterizados por previsibilidade e estabilidade, caracterizada por Chiavenato (1999) como a Era Industrial Clássica.

A Segunda Guerra Mundial e os reflexos do enfoque capitalista marcaram uma nova etapa para o mundo da administração. A primeira fase da administração caracterizada pela norma e pela prescrição dá lugar a conceitos administrativos descritivos e explicativos, caracterizando a chamada Era Industrial Neoclássica (CHIAVENATO, 1999).

Na década de 50, a Teoria Comportamental redimensionou a Teoria das Relações Humanas, retomando alguns de seus aspectos com ênfase no comportamento grupal e organizacional. Essa teoria trouxe conceitos e discussões sobre motivação, liderança, comunicação, dinâmica de grupo, processo decisório, comportamento organizacional e estilos administrativos, que alteraram o caminhar da teoria administrativa (CHIAVENATO, 1999).

A Teoria dos Sistemas e a Teoria da Contingência também fazem parte da Era Neoclássica.

A Teoria dos Sistemas surgiu na década de 60 e entendia a organização como parte integrante de um ambiente que interage e se relaciona com as demais partes, das quais é dependente para obter insumos e projetar produtos ou serviços (MAXIMIANO, 2000).

A Teoria da Contingência surgiu após pesquisas na década de 70 que apontaram que as organizações bem sucedidas caracterizavam-se pela capacidade de adaptação com agilidade às condições do ambiente do qual estão inseridas e das quais são dependentes (LACOMBE e HEILBORN, 2003).

As discussões atuais de modelos de gestão apontam ainda a necessidade de se levar em consideração os contextos informais de uma organização. Ressaltam que, além do que está posto nos organogramas, existem os relacionamentos e comportamentos, as amizades, os antagonismos, os interesses de determinado grupo social que acabam por colocar regras sociais, muito além das regras formais já existentes

que acabam por interferir no alcance dos resultados da organização (CHIAVENATO, 1999).

Os princípios da administração apresentados historicamente refletem nos modelos de gestão contemporâneos. A principal interferência segundo Campos (1998) é que a Teoria Geral da Administração trouxe métodos científicos tidos como adequados para se organizar fábricas e empresas da época, que jamais pretenderam democratizar organizações, necessidade tão discutida atualmente nos processos de gestão.

Uma revisão teórica no contexto histórico dos modelos de gestão desde o início da Revolução Industrial até os dias atuais apresentado neste tópico é importante, pois essas abordagens apresentam importantes desdobramentos nos atuais processos de gestão. Campos (1998) afirma que apesar de desde a década de 1960 haver movimento no sentido de democratizar as ações de saúde, ainda nos deparamos com diferentes versões do Taylorismo.

3.3.2 Gestão Estratégica e Participativa em Saúde Pública

Neste tópico serão discutidas algumas das principais propostas teóricas de modelo de gestão que se ajustam a especificidade da política pública de saúde.

Mário Testa e Carlos Matus, na década de 60, defenderam uma forma de planejar política de saúde que fosse além da planificação normativa e econômica. Ambos autores observavam a existência de planos sem execução, de leitura fragmentada, limitada e limitante da realidade que é complexa, cheia de conflitos e composta de atores com diferentes interesses (GIOVANELLA, 1991).

Esses autores propuseram uma nova forma de planificação na gestão que insere o político e o social nos trâmites de discussão e decisão. Defendem um planejamento descentralizado, que considere os diferentes interesses, que não limite a realidade à norma e que entenda que o ato de planejar é de conflito e de disputa de poder. Esse enfoque é chamado Planejamento Estratégico (GIOVANELLA, 1991). Esse pensamento difere-se bastante da estratégia de gestão utilizada na década de 20, que segundo Max Weber era de institucionalização de normas (CHIAVENATO, 1999).

A Teoria de Planejamento Estratégico surgiu na América Latina na década de 60, contrapondo as formas de gestão que utilizavam o

planejamento baseado na racionalidade econômica. O planejamento foi então introduzido nesse contexto, e conseqüentemente os processos de gestão seguiram a mesma racionalidade – econômica, normativa e centralizadora. Esse comportamento influenciado pelas teorias administrativas em vigor desde o início da revolução industrial, baseadas na máxima eficiência como forma de alcance dos resultados orientavam a gestão da organização ou políticas da época (GIOVANELLA, 1991).

A ênfase na racionalidade econômica teve como conseqüência o agravamento de problemas sociais. Neste contexto, a questão saúde ganhou destaque, e algumas metas foram criadas e a necessidade de um método para fazer planos de gestão em saúde foi instituída. Em 1965 o método Cendes/OPAS foi publicado. O método, apesar de voltado para a saúde, pouco foi alterado com relação às características do planejamento econômico e baseado em normas. O objetivo era aumentar ganhos econômicos com a saúde e reduzir os custos da atenção, onde a prioridade se pautava a partir de uma análise custo-benefício (GIOVANELLA, 1991).

Essa forma de gestão não apresentou os resultados esperados. O método considerava apenas um ator que planejava, realizava o diagnóstico e estabelecia prioridades, distante da realidade, caracterizado como um modelo tecnocrático. Esse modelo desconsiderava a variabilidade e complexidade da realidade, dos conflitos e dos diferentes interesses existentes. O método fracassou, pois era pouco efetivo para intervir nas questões sociais presentes (GIOVANELLA, 1991).

Matus e Testa iniciaram alguns questionamentos ao método. Era necessário alterar as formas de gestão, e o fator político, entendido como as relações de poder e de decisão, relações com o exterior e as relações sociais de produção, teria que ser incluído ao planejamento e conseqüentemente ao processo de gestão (GIOVANELLA, 1991).

Na década de 70, Carlos Matus apresentou sua teoria, na qual dá ênfase à diferenciação de procedimentos normativos e estratégicos. O primeiro se baseia na imposição da norma, enquanto o segundo se baseia no conhecimento da realidade. Isso permitiu que as relações de conflito e poder e os diferentes interesses em disputas fossem considerados no processo de gestão (GIOVANELLA, 1991).

Matus também é autor da Teoria Macroorganizacional entendida como um conjunto de sistemas Microorganizacionais, operando em um espaço político-institucional, cada qual com relevante autonomia, sem a

constituição de níveis hierárquicos, mas sim de relações paralelas entre si que podem ser de cooperação, mas também de conflito. Nesse tipo de relações se privilegia o diálogo, a negociação, a motivação pelo trabalho em comum, reconhecendo que cada um tem seus interesses que são legítimos (MATUS, 1996).

Mário Testa também apresenta as mesmas críticas ao planejamento com enfoque econômico, mas como membro de movimentos sociais, sua preocupação central foi com o deslocamento do poder. Entendia que a raiz dos problemas de saúde eram determinadas na sociedade e que os grupos sociais devem ser incluídos na gestão e principalmente na decisão (TESTA, 1992).

Diante dessas reflexões Testa apresentou três tipos de diagnósticos necessários à identificação da situação: diagnóstico administrativo, estratégico e ideológico. Esses diagnósticos contribuem para a criação e manutenção da viabilidade das propostas, que se darão também através de estratégias organizacionais democráticas e participativas, contribuindo para o deslocamento do poder (TESTA, 1992).

A Teoria de Planejamento Estratégico apresenta aspectos importantes para a democratização da gestão, pois objetiva alterações na distribuição do poder, favorecendo a inclusão para participação de diferentes atores. Por democratização da gestão, entende-se a participação direta de atores sociais com poder deliberativo, através de novos espaços sociais de interlocução, de forma a superar as desigualdades de poder decisório.

Outra teoria que resgata processos de gestão mais democráticos é a Teoria do Agir Comunicativo de Jürgen Habermas. O autor diz que o agir comunicativo ocorre quando os atores tratam de harmonizar internamente seus planos de ação e de só perseguir suas respectivas metas sob a condição de um acordo existente alcançado comunicativamente (HABERMAS, 2003).

Essa vertente apresenta fortes críticas à racionalidade instrumental adotada, por exemplo, nos processos de gestão durante a Revolução Industrial. Habermas é contra a adoção da racionalidade instrumental, em esferas de decisão, defendendo que outro tipo de racionalidade deveria imperar: a racionalidade comunicativa. Na racionalidade comunicativa a interação entre as pessoas não é orientada por normas ou estratégias visando um fim ou a dominação do outro, mas acontecem de maneira cooperativa que visa o discurso na busca do entendimento e do consenso (HABERMAS, 1999).

Nesta teoria, quem age comunicativamente não pressupõe verdade absoluta sobre suas colocações, reconhece que seu discurso pode ser contestado, o que pressupõe a consideração do outro na comunicação.

A proposta de organização comunicativa tem absorvido vários aspectos da Teoria de Planejamento Estratégico, mas com certa adaptação, tentando fugir da centralização das questões metodológicas, a fim de instituir que o método é um simples meio de uso (RIVERA e ARTMANN, 2003).

Somando todas essas contribuições teóricas que apontam as diretrizes de um novo modelo de gestão, que considera os atores e seus poderes, demandas e autonomia, a participação torna-se estratégia fundamental no processo de gestão do Sistema Único de Saúde.

Essas perspectivas teóricas convergem para uma gestão de maior flexibilidade metodológica, com ênfase na integração e na comunicação para o entendimento, buscando legitimidade na construção de propostas pertinentes, caracterizando uma Gestão Estratégica e Participativa.

3.3.3 Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS

Diante da necessidade de efetivação do SUS, de se construir ações que condigam com as necessidades dos usuários do sistema e o alcance da equidade das ações, de se estabelecer mecanismos de corresponsabilização do governo e da sociedade, para discutir ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa – PARTICIPASUS, apresenta diretrizes para orientação de gestores, técnicos, conselheiros e comunidade. Essa política indica diversos componentes para o fomento à formulação e deliberação da Política Pública de Saúde pela participação, como estratégia de reafirmar as propostas do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009).

Os pressupostos da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa foram fundamentados nas deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, nos artigos constitucionais e demais instrumentos legais que regulamentam o SUS. A 12ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 2004 e teve como diretrizes gerais

Estimular e fortalecer a mobilização social e a participação cidadã nos diversos setores organizados da sociedade, com a aplicação dos meios legais disponíveis, visando efetivar e

fortalecer o Controle Social na formulação, regulação e execução das políticas públicas, de acordo com as mudanças desejadas para a construção do SUS que queremos (BRASIL, 2009).

Com base nos pressupostos, além do estabelecido pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde, a Política apresenta como Princípios e Diretrizes: ampliação de espaços públicos aos atores sociais que através da organização coletiva poderão dialogar e pactuar ações diante das diferenças, produzindo um conhecimento compartilhado em saúde. Nestes espaços, a subjetividade e singularidade dos indivíduos e da coletividade são preservadas e valorizadas. Essa prática amplia a percepção sobre as necessidades e desejos das diferentes forças sociais, como também contribui para que a construção do cuidado tenha significado para os diversos atores que compõe o setor saúde (BRASIL, 2009).

Neste sentido, torna-se importante a valorização dos diferentes mecanismos de participação nos processo de gestão do SUS: a ampliação de espaços de escuta da sociedade, articulando-os com a formulação das políticas; a promoção e inclusão social de população específica, visando a equidade em saúde; a afirmação do protagonismo da população na luta por saúde, propiciando espaços coletivos de debates e construção de saberes; e a implementação de instrumentos que aprimoram a gestão como a integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social (BRASIL, 2009).

São indiscutíveis os gigantescos esforços e os notáveis avanços nas propostas de gestão, mas ainda não têm sido suficientes para concretizar a reforma sanitária e o fortalecimento do SUS participativo, pois, ainda persistem os velhos modelos de atenção e de gestão no SUS. A gestão participativa, cogestão do SUS, ainda é uma potência pouco explorada.

Apesar dos avanços, a sociedade civil e os trabalhadores ainda têm dificuldade para ocupar espaços de cogestão legalmente constituídos.

3.4 OS CONFLITOS ÉTICOS NA ATENÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE

No campo da ética, os termos conflito, dilema e problema, muitas vezes, são utilizados como sinônimos, porém é importante ressaltar que eles guardam proximidades entre si, mas também diferenças significativas para a compreensão do conteúdo tratado. Deste modo, faz-se necessário iniciar esse debate buscando delimitar os significados atribuídos a cada um desses termos.

Lalande (1999) compreende dilema como o “sistema de duas proposições contraditórias, entre as quais se é colocado na obrigação de escolher” ou ainda “oposição mútua entre duas teses filosóficas tais que a aceitação ou o repúdio de uma, que leva à negação ou à afirmação da outra” (LALANDE, 1999).

Por sua vez, diferente do dilema, o problema, geralmente, apresenta-se como qualquer circunstância que inclua a possibilidade de alternativas. O problema também exige que se façam escolhas, mas, diferente do dilema, o problema nem sempre tem solução e tampouco haverá somente duas possibilidades de opção.

Em relação à ética, dilema e problema ético são erroneamente utilizados, com frequência, como equivalentes (GRACIA, 2005).

Para o autor a diferença está no modo os conflitos são abordados: se para esses forem vislumbradas apenas duas possibilidades, opostas, o conflito estará sendo abordado de modo dilemático. Nesse caso, optar por uma das duas soluções implicaria em escolher um dos valores em conflito, e, por consequência, perder totalmente o outro valor. Por outro lado, se forem vislumbradas várias possibilidades, o conflito estará sendo abordado de modo problemático. Neste caso, busca-se salvar o máximo possível dos dois valores em conflito. Ou seja, os conflitos podem ser tratados de maneira dilemática ou problemática.

A diferenciação entre dilema e problema ético é fundamental nos serviços de saúde, pois é comum a presença de problemas éticos e não de dilemas. Isso ocorre porque é raro estar-se diante de situações que apresentam apenas duas alternativas de escolhas que dêem conta da realidade. Em geral, o que acontece é que, para simplificar a análise, há uma tendência de se transformar problemas em dilemas.

Conflito é o choque de duas ou mais coisas. Assim, conflito ético pode ser entendido como o produto das relações humanas, gerados a partir da contradição entre diferentes valores, interesses, desejos, ou seja, um movimento dialético.

A produção bioética, tanto brasileira como internacional, tem privilegiado a discussão acerca dos conflitos éticos nas situações limites,

em detrimento das situações ocorridas no cotidiano da atenção e gestão à saúde da maioria dos sujeitos (BERLINGUER, 1993).

O termo bioética, cunhado por Potter, no início da década de 70, relacionava-se a ética global, ou seja, com a preocupação ética da preservação do planeta, a partir da constatação de que algumas novas descobertas e suas aplicações, ao invés de trazer benefícios para o futuro da humanidade, originavam preocupações e até mesmo destruições (DINIZ e GILHELM, 2002).

Logo, a bioética estabeleceu-se como resposta às consequências do desenvolvimento da ciência, da tecnologia e da medicina, sobretudo em relação às “situações de fronteira de vida ou situações-limite”, de acordo com a terminologia de Berlinguer (1996), como a reprodução assistida, aborto, clonagem, eutanásia, transplantes de órgãos, engenharia genética, entre outras (BERLINGUER, 1996).

Deslandes (2004, p. 8) aponta a necessidade de uma nova relação como um dos desafios da humanização da saúde, ou seja, o desafio de se "construir uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo", que facilitaria a identificação, elaboração e negociação com os sujeitos das necessidades de saúde que podem vir a ser satisfeitas nos encontros entre profissionais e entre profissionais e usuários (DESLANDES, 2004).

Torna-se, portanto, necessário que os profissionais definam suas atribuições e responsabilidades em conjunto e não isoladamente, imbuídos de abertura para o diálogo e o respeito às diferenças.

Na perspectiva de Pasche (2008), o marco jurídico-legal de políticas públicas de saúde, “substanciado na definição ético-política” de que saúde é direito de todos, apresenta-se como um sistema de orientação ético-política, mas é insuficiente para a mudança de valores e de práticas no sistema de saúde. Nesse sentido, a Bioética como um discurso em interface com as políticas públicas de saúde é, assim, uma possibilidade para as humanidades se ocuparem das questões multidimensionais ligadas à condição humana. Isso por que

[...] a bioética não se restringe a debates em torno dos últimos avanços da biotecnologia, tampouco à assistência, aos cuidados da saúde e a ética profissional ou em pesquisa. Ao contrário, sem deixar de abarcá-los, penetra-os de maneira contextualizada e os amplia para a complexidade da própria vida, problematizando-os para

encontrar soluções, quando possível (ZOBOLI, 2009).

O desafio, então, passa a ser reconhecer os conflitos éticos que permeiam as situações de atenção à saúde e as suas implicações para as práticas - no contexto deste estudo, os conflitos presentes no processo de cogestão. Para tal finalidade elegeu-se a bioética cotidiana, proposta por Giovanni Berlinguer (2004) por se tratar de um marco teórico “comprometido com as questões humanas e tensões correlatas produzidas nas relações cotidianas em seus contextos político, cultural e social” (VERDI e LIMA, 2011).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 CONTEXTO DA PESQUISA

Este estudo foi realizado em sete municípios de Santa Catarina que participaram do Curso de Formação de Apoiadores Institucionais da Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção no SUS em 2009, no Estado de Santa Catarina – Florianópolis, Itapema, Içara, Blumenau, Joinville, São José e Bandeirantes.

O objetivo do curso era formar sujeitos com capacidade de propor intervenções nas práticas dos serviços de saúde, de modo a fomentar e consolidar processos de mudanças na gestão e nos modos de atenção à saúde, a partir do referencial da PNH.

Antes do início do curso, foram capacitados oito formadores, pelo Ministério da Saúde, que deram suporte e apoio à formação dos apoiadores.

O Curso formou 60 apoiadores de 28 municípios de Santa Catarina, sendo estes representantes de secretarias municipais de saúde, hospitais e gerências regionais de saúde.

No momento de realização do curso os apoiadores estavam divididos em sete Unidades de Produção (UP's). As UP's são grupos de, em média, 10 apoiadores, oriundos de uma mesma região, que buscam, através deste arranjo, a produção de grupalidade com foco no fomento às redes macrorregionais.

A ideia do curso era de que esses apoiadores fossem capazes de compreender a dinâmica da produção do processo saúde-doença-atenção e intervir sobre problemas de gestão dos serviços e processos de trabalho em saúde com soluções criativas (BRASIL, 2009).

Por isso, ao longo do curso de formação de apoiadores da PNH, como estratégia pedagógica, os participantes construíram e implementaram Planos de Intervenção, que consistiam em planos orientadores dos processos de reorganização de práticas/gestão nos serviços em seus respectivos locais de trabalho.

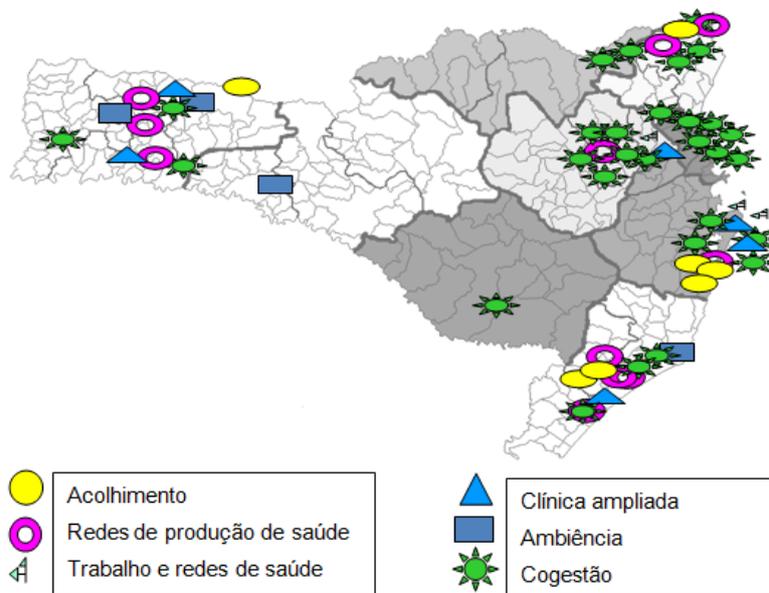
Dos 60 apoiadores formados, 29 deles elaboraram planos de intervenção baseados na diretriz “Cogestão” da PNH, conforme pode observar no Quadro 1 e Figura 1.

Quadro1: Distribuição das Diretrizes Trabalhadas pelos Apoiadores em seus Planos de Intervenção

DIRETRIZ / UP	UP FPOLIS 1	UP FPOLIS 2	UP CRICIUMA	UP ITAJAI	UP BLUMENAU	UP JOINVILLE	UP CHAPECÓ	TOTAL
Acolhimento	0	3	2	0	0	1	1	7
Ambiência	0	0	1	0	0	0	3	4
Cogestão	2	3	3	6	7	5	3	29
Clinica Ampliada	2	0	1	0	1	0	2	6
Defesa dos direitos dos usuários	0	0	0	0	0	0	0	0
Redes de produção de saúde	0	1	4	0	1	2	3	11
Trabalho e redes de saúde	2	0	0	0	1	0	0	3

Fonte: Relatório final do Curso de Formação de Apoiadores Institucionais de Santa Catarina, 2009.

Figura 1 – Distribuição dos Planos de Intervenção Realizados pelos Apoiadores no Estado de Santa Catarina



Fonte: Relatório final do Curso de Formação de Apoiadores Institucionais de Santa Catarina, 2009.

4.2 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa, com design exploratório-descritivo, sendo realizada junto as sete UP's, organizadas no Curso de Formação de Apoiadores Institucionais da Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção no SUS do estado de Santa Catarina em 2009.

4.3 OS SUJEITOS DE PESQUISA

Como sujeitos de pesquisa selecionamos aqueles apoiadores que optaram por trabalhar a diretriz cogestão no plano de intervenção elaborado ao longo do curso. Os apoiadores foram selecionados a partir de alguns critérios de inclusão validados pela apoiadora do Ministério da Saúde que havia atuado na coordenação do curso. São eles: ter finalizado o curso, ter elaborado o plano de intervenção e aceitar participar do estudo. Além destes critérios, consideramos importante diversificar as experiências de intervenção desenvolvidas no território de Santa Catarina, selecionando aleatoriamente um apoiador de cada UP para participar do estudo.

Desse modo, participaram do estudo um apoiador por UP – UP Florianópolis 1, UP Florianópolis 2, UP Itajaí, UP Chapecó, UP Joinville, UP Blumenau e UP Criciúma - totalizando assim sete apoiadores que foram efetivamente os sujeitos desta pesquisa.

4.4 COLETA E REGISTRO DOS DADOS

A coleta se deu em duas etapas: pesquisa documental e realização de entrevista.

4.4.1 Pesquisa Documental

A 1ª etapa da coleta de dados se deu através de pesquisa documental.

Durante o curso os apoiadores desenvolveram alguns documentos e relatórios. Dentre estes documentos destaca-se o trabalho de conclusão de curso que foi desenvolvido pelo apoiador, na forma de plano de intervenção a ser desenvolvido na prática. Esta etapa contemplou a realização de um levantamento situacional dos planos de intervenção dos sete apoiadores selecionados.

Realizou-se o levantamento e identificação dos planos de intervenção. Este processo teve início após a anuência da instituição promotora do curso no estado.

4.4.2 Entrevista

A 2ª etapa da coleta de dados se deu através de entrevista.

A entrevista com os sete apoiadores foi orientada por um roteiro prévio e semiestruturado, validado pela banca de qualificação, com perguntas abertas e teve como objetivo aprofundar as questões de pesquisa que os planos de intervenção não haviam contemplado, conforme Apêndice 2. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas pela pesquisadora.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram armazenados e organizados através do programa Atlas.ti® 7.1, que é um software específico para a análise qualitativa. A análise foi realizada por meio do método hermenêutico dialético (MINAYO, 2004). De acordo com este método, a interpretação qualitativa é operacionalizada seguindo as etapas de:

Processo de categorização inicial – a partir de uma releitura exaustiva e repetitiva dos dados, propiciando uma relação interrogativa com eles e permitindo apreender as estruturas de relevância e as ideias centrais. Os dados foram codificados em palavras-chaves que expressavam o conteúdo das frases e parágrafos, decompondo os corpos de dados em categorias iniciais. No software essas palavras chaves são denominadas códigos, e a lista de códigos pode ser consultada no Apêndice 3.

Processo de reordenação dos dados – as categorias iniciais foram agrupadas, permitindo uma leitura vertical e transversal de cada categoria. As categorias mais significativas - determinadas a partir da elaboração teórica e da evidência dos dados - foram selecionadas formando categorias temáticas, consistindo, portanto, na recomposição dos dados segundo temas com características similares ou com estreita relação de complementaridade entre si. No software, as categorias são chamadas de família e as categorias temáticas de superfamílias. Estas podem ser consultadas no Apêndice 4.

Processo de análise final – a partir da interpretação das categorias elaboradas, constituindo um texto fundamentado no diálogo

entre pesquisadora, autores e os dados empíricos. Buscou-se, assim, responder à questão da pesquisa com base nos objetivos estabelecidos.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para garantir os aspectos éticos no desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, as Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS) nortearam o desenvolvimento deste estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob o parecer número 161.475 conforme Anexo 1.

Além de uma exigência do CEPSH, a elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi utilizado para garantir, principalmente, a autorização consciente para o uso das informações obtidas. Os sujeitos do processo foram convidados a participar espontaneamente, sendo que a sua recusa não implicaria em prejuízos pessoais ou em alguma forma de constrangimento. Foram garantidos aos sujeitos, o sigilo quanto à sua identidade e a possibilidade de desistirem do trabalho a qualquer momento de sua trajetória.

Ainda de acordo com a resolução 196/96, a pesquisadora compromete-se com a garantia da confidencialidade e privacidade dos sujeitos.

Os dados obtidos têm finalidade exclusiva para o projeto de pesquisa ao qual se vinculam. Após o término do estudo, as informações levantadas serão arquivadas e armazenadas. A pesquisadora responsável compromete-se em fornecer o retorno dos resultados a todos os participantes do estudo, ao final do processo avaliativo.

Julgando ser esta pesquisa socialmente relevante e assegurando a inexistência de conflitos de interesse entre pesquisadora e participantes da pesquisa, o compromisso em divulgar e publicar quaisquer que sejam os resultados encontrados neste estudo, resguardando, no entanto, os interesses dos sujeitos envolvidos, foi garantido perante o Comitê de Ética da UFSC.

Tabela 2: Orçamento

Descrição	Quantidade	Custo (R\$)	Total (R\$)
Pen drive (8G)	1	30,00	30,00
Resma de Folha A4	2	13,00	26,00
Cartucho para Impressão HP	2	60,00	120,00
Software Atlas ti- modalidade estudante	1	202,70	202,70
Gasolina (litros)	116	2,80	326,66
Transcrição (hora)	5	100,00	500,00
Tradução Inglês (palavra)	300	0,35	105,00
			R\$1.310,36

Todos estes gastos foram custeados pela pesquisadora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Respeitando o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, os resultados e a discussão da dissertação de mestrado serão apresentados na forma de um artigo científico intitulado “Cogestão e Processo de Intervenção de Apoiadores da Política Nacional de Humanização”. Esse artigo constitui a segunda parte desta dissertação.

Com a finalidade de socializar, de maneira mais ampla, os resultados e discussão do presente estudo, o artigo foi submetido à apreciação para fins de publicação num periódico científico.

REFERÊNCIAS

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Humanização na Saúde: Um Novo Modismo? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.9, n.17, p. 389-94, 2005a.

_____. A Humanização como Dimensão das Políticas Públicas de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 561-71, 2005b.

_____. Prefácio: uma (in) esperada avaliação. In: SANTOS FILHO, S. B. **Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas**. Ijuí: Unijuí, 2009.

BERLINGUER, G. **Questões de Vida: ética, ciência, saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. **Ética da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **Bioética Cotidiana**. Brasília: UnB, 2004.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília, 1988.

_____, Presidência da República. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990a.

_____. Presidência da República. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, 1990b.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Curso de Formação de Formadores e de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde**. Brasília: Projeto de Cooperação Técnica, 2006a.

_____. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Gestão Participativa e Cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. **Projeto do Curso de Formação de Apoiadores Institucionais para a Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

_____. **Política Nacional de Humanização, Formação e Intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS, G. W. D. S. **Reforma da Reforma**: Repensando a Saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. Resenha do Livro a "Construção do SUS a partir do Município". **Saúde em Debate**, Londrina, p. 98, 1996.

_____. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-70, 1998.

_____. Humanização na Saúde: um projeto em defesa da vida. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v.9, n.17, p. 389-406, 2005.

_____. Efeito Paidéia e o Campo da Saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 19-31, 2006a.

_____. Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006b. p. 229-266.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. p.301-6, 2007a.

_____. **Um Método para Análise de Coletivos**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007b.

CHIAVENATO, I. **Administração nos Novos Tempos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 7-14, 2004.

DINIZ, D.; GILHELM, D. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

GIOVANELLA, L. As Origens e as Correntes Atuais do Enfoque Estratégico em planejamento de Saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 7, p. 26-44, 1991.

GRACIA, D. **Semiología de los conflictos morales en bioética**. VI Congresso Brasileiro de Bioética, I Congresso de Bioética del Mercosur e Fórum da Redbioética/ UNESCO. Foz do Igacú. 2005.

HABERMAS, J. **Teoría de la Acción Comunicativa, I racionalidad de la acción y racionalización social**. Buenos Aires: Taurus Humanidades, 1999.

_____. **Consciências Moral e Agir Comunicativo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

KWASNICKA, E. L. **Introdução à Administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

LACOMBE, F. J. M.; HEILBORN, G. L. J. **Administração: princípios e tendências**. São Paulo: Saraiva, 2003.

LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MATUS, C. Carlos Matus e o Planejamento Estratégico Situacional. In: RIVERA, F. J. U. **Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **Estratégias Políticas: Chipanzé, Maquiavel e Gandhi**. São Paulo: Fundap, 1996.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à Administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MINAYO, M. C. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface**, Botucatu, 2009. 627-640.

MOTTA, F. C. P. **Participação e Co-Gestão: novas formas de administração**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

_____. Administração e Participação: reflexões para a educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 29, n.2, p. 369-73, jul-dez 2003.
PASHE, D. F. **Princípios do SUS e a Humanização das Práticas de Saúde**. Seminário: a humanização do SUS em debate. Vitória: 2008.

_____. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, vol.13, supl.1, 2009.

RAMOS, F. R. S. O processo de trabalho de educação em saúde. In: RAMOS, F. R. S.; VERDI, M. I. M.; KLEBA, M. E. **Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. p. 16-61.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e Gestão em Saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: RIVERA, F. J. U. **Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 17-36.

SANTOS FILHO, S. B. **Avaliação e Humanização em Saúde: Aproximações Metodológicas**. Ijuí: Unijuí, 2009.

TAYLOR, W. F. **Princípios da administração científica**. São Paulo: Atlas, 1960.

TESTA, M. Mário Testa e o Planejamento Estratégico em Saúde. In: RIVERA, F. J. U. **Planejamento e Programação de Saúde: um enfoque estratégico**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

VERDI, M. I. M.; LIMA, R. C. G. S. Reflexões sobre a relação entre saúde e sociedade no contexto italiano contemporâneo. **Revista Bioética**, v. 19, 2011. ISSN 1.

VERDI, M.; COELHO, E. S. Sistema Único de Saúde - Um Direito de Todos e Dever do Estado. In: VERDI, M.; ZAMPIEIRI, M. D. F. M.; BOHES, A. E. **Enfermagem na Atenção Primária de Saúde - Textos Fundamentais**. Florianópolis: UFSC/NFR/SPB, 2005. p. 60-74.

ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética: um convite para trilhar uma ponte. **Interface**, Botucatu, Junho 2009.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do estudo “Cogestão e Processo de Intervenção de Apoiadores da Política Nacional de Humanização em Santa Catarina”, desenvolvido pela aluna Daniela Baumgart de Liz Calderon, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, nível mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da Professora Marta Verdi.

O objetivo desta pesquisa é analisar as mudanças modos de gestão geradas pelo processo de intervenção dos apoiadores institucionais formados no Curso de Formação de Apoiadores Institucionais para a Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, em Santa Catarina.

Tem como objetivos também, identificar os modos de cogestão que foram propostos nos planos de intervenção pelos apoiadores institucionais a partir do curso de formação; levantar as potencialidades e limitações para o desenvolvimento dos modos de cogestão propostos no plano de intervenção; caracterizar as mudanças nos modos de gestão provocadas pelo processo de implantação dos planos de intervenção dos apoiadores da PNH no cotidiano das instituições; e analisar os avanços e limites dos modos de cogestão experimentados a partir das ações do plano de intervenção dos apoiadores institucionais da PNH.

Como pesquisadora responsável por esse estudo, asseguro que sua identidade será protegida e mantida em sigilo. As informações relacionadas ao estudo são confidenciais e qualquer informação que seja divulgada em relatório ou publicação, será feita sob forma codificada.

Você poderá me contatar pelo telefone (48) 9983.9680 ou pelo e-mail: danielabliz@gmail.com.br para prestar-lhe todas as informações que desejar acerca deste estudo, antes, durante e depois do mesmo ou para retirar o seu consentimento.

Este documento, que você estará assinando, se concordar em participar do estudo, será mantido por mim em confidência estrita. Caso você assine este documento em concordância com todo o seu conteúdo, receberá uma cópia do mesmo.

Como possíveis benefícios, encontram-se a contribuição para o avanço e consolidação da PNH como política transversal de saúde e a análise crítica e consequente divulgação dos resultados da implementação dessa política pública é outro efeito esperado pelo estudo que aqui se apresenta.

Cabe ressaltar que o procedimento adotado durante todo o desenvolvimento do estudo e de sua respectiva coleta de dados não oferecem riscos aos participantes do estudo.

Entretanto, pode haver desconforto a partir das questões da entrevista diante da constatação de que resultados esperados não foram alcançados com a implementação do plano de intervenção. Caso isto ocorra, você pode manifestar-se livremente.

E você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo. E se aceitar participar, também pode retirar seu consentimento a qualquer momento. Você não receberá valor em dinheiro pela participação no estudo.

Os dados obtidos têm finalidade exclusiva para o projeto de pesquisa ao qual se vinculam. Após o término do estudo, as informações levantadas serão arquivadas e armazenadas por um período de cinco anos e, posteriormente, serão incineradas. Os pesquisadores responsáveis comprometem-se em fornecer o retorno dos resultados a todos os participantes do estudo.

Eu, _____

CPF/RG _____, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo, respondendo a entrevista.

_____, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora
Daniela Baumgart de Liz Calderon

Assinatura da orientadora
Marta Inez Machado Verdi

APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista Semiestruturado



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Roteiro Prévio para Entrevista

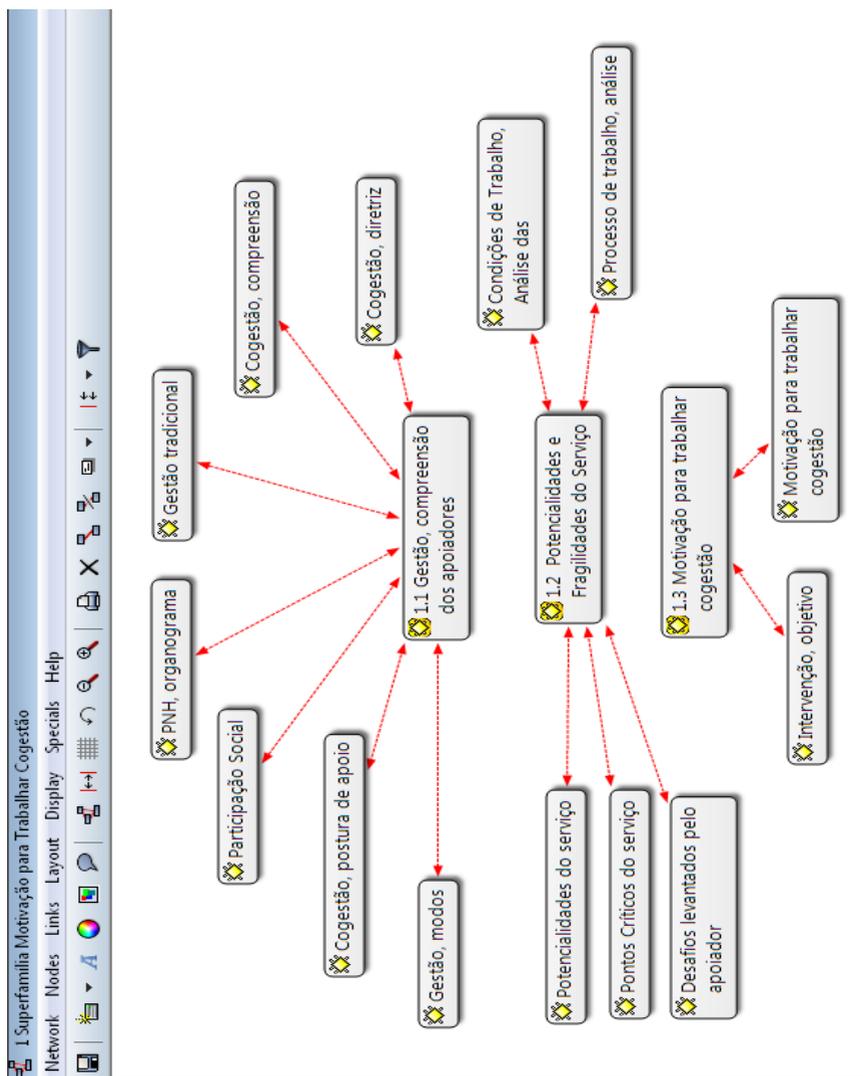
- 1) Por que você se baseou na diretriz da gestão para elaborar seu plano de intervenção?
- 2) Quais foram as facilidades e dificuldades encontradas para implementar o modo de gestão proposto?
- 3) Quais atores contribuíram, participaram ou dificultaram a implementação da gestão?
- 4) Você acha que seu plano de intervenção tornou-se dispositivo de mudança nos modos de gestão?
- 5) Caracterize as mudanças nos modos de gestão que partiram da execução de seu plano de intervenção.
- 6) Como você avalia a permanência dos modos de gestão que partiram da execução do seu plano de intervenção?
- 7) Quais os avanços alcançados ou limites encontrados na implementação da gestão?

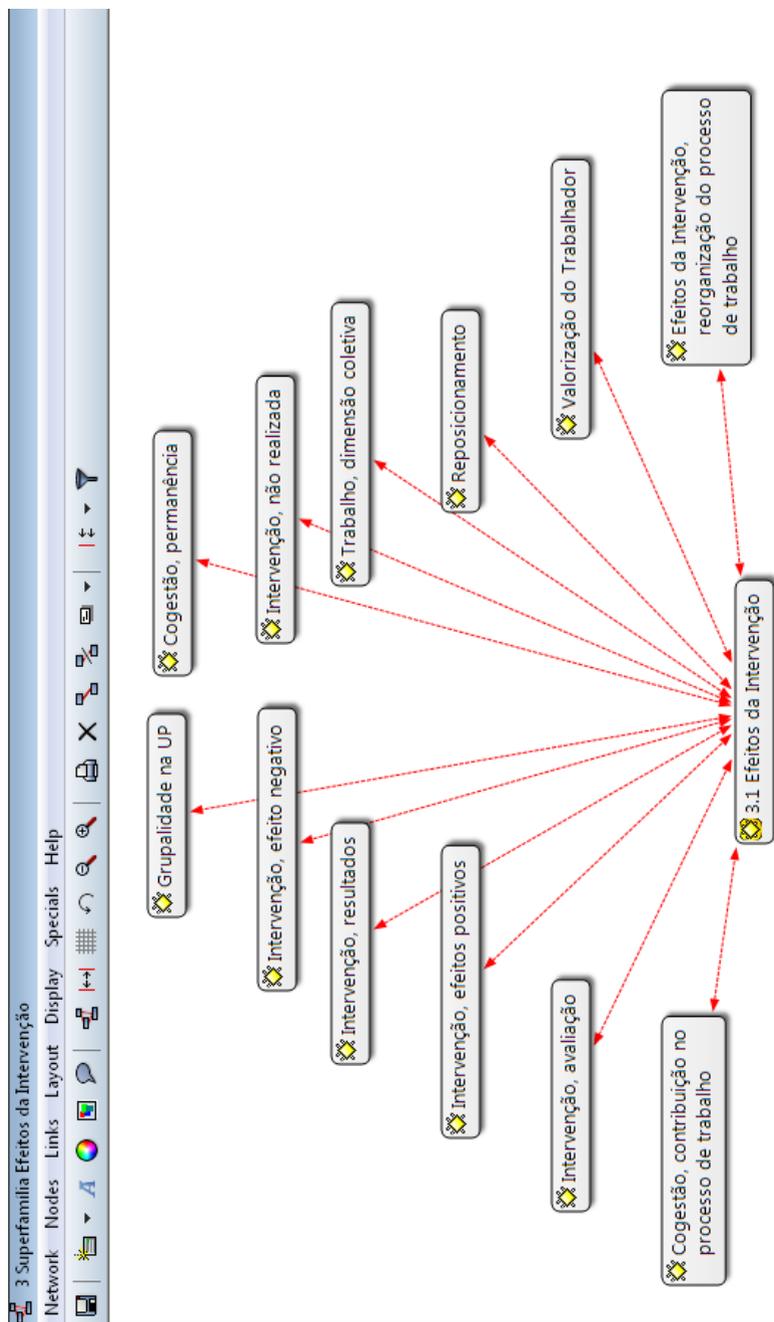
APÊNDICE C – Lista de códigos e o número de vezes que foi citado

- Apoio, compreensão da função {27}
- Apoio, experimentação da função {21}
- Cogestão, compreensão {17}
- Cogestão, condicionantes desfavoráveis/dificultadores {36}
- Cogestão, condicionantes dificultadores - falta de "espaço para" {5}
- Cogestão, condicionantes dificultadores - fragilidade vínculo empregatício {19}
- Cogestão, condicionantes dificultadores - Gripe A {6}
- Cogestão, condicionantes dificultadores - mudança de gestão {12}
- Cogestão, condicionantes desfavoráveis - resistência da equipe {12}
- Cogestão, condicionantes desfavoráveis - resistência do gestor {13}
- Cogestão, condicionantes desfavoráveis - sem conhecimento do SUS {3}
- Cogestão, condicionantes desfavoráveis - transferência do Local de trabalho {3}
- Cogestão, condicionantes favoráveis {13}
- Cogestão, condicionantes favoráveis - articulação com nível central {8}
- Cogestão, condicionantes favoráveis - experiência atenção básica {1}
- Cogestão, condicionantes favoráveis - formação em saúde pública {1}
- Cogestão, condicionantes favoráveis - necessidade de apoio {4}
- Cogestão, condicionantes favoráveis - vínculo com a equipe {3}
- Cogestão, contribuição no processo de trabalho {7}
- Cogestão, diretriz {2}
- Cogestão, espaço de {15}
- Cogestão, permanência {5}
- Cogestão, postura de apoio {4}
- Cogestão, reconhecimento da equipe {1}
- Contágio {1}
- Curso, dificuldades para estar {1}
- Curso, expectativas {7}
- Curso, motivos para entrar {6}
- Curso, motivos para estar/continuar {1}
- Curso, objetivo {1}
- Curso, realização {1}
- Curso, sentidos para o apoiador {12}
- Curso, sentimentos do apoiador {14}
- Desafios levantados pelo apoiador {2}
- Dispositivo, fluxograma descritor {3}
- Formação, aprendizado, processo educativo {4}
- Gestão tradicional {15}
- Gestão, modos {3}
- Grupalidade na UP {8}
- GTH {8}
- Indissociabilidade entre atenção e gestão {1}

Inserção do apoiador na Instituição {15}
Intervenção, avaliação {2}
Intervenção, cenário {17}
Intervenção, descrição {35}
Intervenção, efeito negativo {8}
Intervenção, efeitos positivos {52}
Intervenção, estratégias {10}
Intervenção, local {3}
Intervenção, não realizada {6}
Intervenção, objetivo {16}
Intervenção, pactuação com a gestão {5}
Intervenção, participação dos trabalhadores {29}
Intervenção, reformulação {3}
Intervenção, resultados {12}
Intervenção, sentimentos do apoiador {9}
Intervenção, Tesnionamentos existentes {9}
Método da Roda {17}
Motivação para trabalhar cogestão {36}
Participação Social {13}
Plano de Intervenção, Implementação {5}
PNH, compreensão {35}
PNH, contato com a {5}
PNH, organograma {3}
Pontos Críticos do serviço {6}
Potencialidades do serviço {7}
Potencialidades levantadas pela apoiador {1}
Processo de trabalho, análise {36}
Processo de trabalho, reorganização {4}
Processo Saúde-Doença {2}
Relação, apoiador - processo de trabalho {2}
Relação, PNH - Instituição {11}
Reposicionamento {14}
Serviços de Saúde, descrição {9}
SUS {13}
Trabalho, dimensão coletiva {12}
Valorização do Trabalhador {2}

APÊNDICE D – Famílias e Superfamílias





ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise das Mudanças nos Modos de Gestão Geradas pelo Processo de Intervenção dos Apoiadores da Política Nacional De Humanização

Pesquisador: Marta Inez Machado Verdi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09000112.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 161.475

Data da Relatoria: 10/12/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta a pendência do Projeto de dissertação de mestrado no âmbito da Saúde Pública, com abordagem qualitativa que pretende analisar as mudanças nos modos de gestão geradas pelo processo de intervenção dos apoiadores institucionais formados no Curso de Formação de Apoiadores Institucionais para a Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde em 2009, em Santa Catarina. Para tanto realizarão a

coleta de dados em duas etapas: a primeira de natureza documental relativo a documentos do curso de formação dos apoiadores da Escola de saúde pública do Estado de santa Catarina - documentos relacionados ao TCC dos estudantes e demais informações relacionados a estes e a segunda etapa será realizada a partir de uma entrevista com 23 dos apoiadores formados pelo curso que tiverem como foco a Gestão.

Objetivo da Pesquisa:

analisar as mudanças nos modos de gestão geradas pelo processo de intervenção dos apoiadores institucionais formados no Curso de Formação de Apoiadores Institucionais para a Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde em 2009, em Santa Catarina. Com objetivos específicos pretende: Identificar os modos de cogestão que foram propostos nos planos de intervenção pelos apoiadores institucionais a partir do curso de formação; Levantar as potencialidades e limitações para o desenvolvimento dos modos de cogestão propostos no plano de intervenção; Caracterizar as

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-000
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9256 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



mudanças nos modos de gestão provocadas pelo processo de implantação dos planos de intervenção dos apoiadores da PNH no cotidiano das instituições; Analisar os avanços e limites dos modos de gestão experimentados a partir das ações do plano de intervenção dos apoiadores institucionais da PNH.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores apontam como benefícios: contribuir para o avanço e consolidação da Política Nacional de Humanização como política transversal da saúde e a análise crítica e consequente divulgação dos resultados da implementação de uma política pública é outro dos produtos esperados pelo projeto. Os apontam como riscos o desconforto relacionado a possibilidade de o sujeito do estudo, constatar a partir das questões da entrevista, de que as ações propostas no TCC não resultaram no efeito desejado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa respondeu adequadamente a pendência inserindo a possibilidade de desconforto do sujeito quanto as questões de pesquisa e apontando os benefícios do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Reformulado e adequado a proposta do estudo.

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANÓPOLIS, 03 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-000
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48) 3721-9205 **Fax:** (48) 3721-8696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

**PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO - Gestão e Processo de
Intervenção de Apoiadores da Política Nacional de Humanização**

Cogestão e Processo de Intervenção de Apoiadores da Política Nacional de Humanização¹

Co-management and Intervention Process of Supporters of the National Humanization

Co-gestión y Proceso de Intervención de los Partidarios de la Humanización Nacional

Daniela Baumgart de Liz Calderon: Discente do Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva – Departamento de Saúde Pública – Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Prefeitura de Florianópolis – SC. Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 725. Apto 611 A. Itacorubi. Florianópolis – SC – Brasil. 88034-000. E-mail: danielabliz@yahoo.com.br

Marta Inez Machado Verdi: Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: marverdi@hotmail.com

¹ Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Artigo inédito resultado de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

O projeto de pesquisa o qual deu origem a esse artigo, intitulado “**Cogestão e Processo de Intervenção de Apoiadores da Política Nacional de Humanização**”, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 161 475.

Cogestão e Processo de Intervenção de Apoiadores da Política Nacional de Humanização

RESUMO

O objetivo desse estudo foi analisar as mudanças nos modos de gestão geradas pelo processo de intervenção dos apoiadores institucionais formados no Curso de Apoiadores Institucionais para a Humanização da Atenção e Gestão do SUS em 2009, em Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa, com design exploratório-descritivo. Os sujeitos de pesquisa foram 7 apoiadores institucionais que trabalharam a diretriz “Cogestão” em seus planos de intervenção. A coleta de dados se deu através de pesquisa documental e entrevistas, sendo analisados por meio do método hermenêutico dialético. Estes foram categorizados e reagrupados em categorias temáticas: “Motivações para trabalhar cogestão”, “Experimentando a cogestão” e “Efeitos da Intervenção”. Os resultados indicam que os movimentos disparados pelas intervenções dos apoiadores nos serviços com relação à cogestão foram importantes para promover mudanças em processos anteriormente cristalizados, entretanto inúmeros desafios ainda permanecem.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Política Nacional de Humanização. Cogestão.

Co-management and Intervention Process of Supporters of the National Humanization

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the changes in management mode generated by the intervention process of institutional supporters formed the Course Institutional Supporters for the Humane Care and Management of the SUS in 2009, in Santa Catarina. This is a qualitative study, with descriptive exploratory design. The research subjects were 7 institutional supporters who worked the guideline "co-management" in their plans. Data collection was through documentary research and interviews. Data were analyzed using the hermeneutic dialectic method. These were categorized and grouped into thematic categories: "Motivation to work co-management", "Experiencing the co-management" and "Effects of Intervention." The results showed that the movements triggered by interventions from supporters in services with respect to co-management were important to promote changes in processes previously crystallized, though many challenges still remain.

Keywords: Health System. Health Management. National Humanization Policy. Comanagement.

Co-gestión y Proceso de Intervención de los Partidarios de la Humanización Nacional

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar los cambios en el modo de gestión generados por el proceso de intervención de los partidarios institucionales formado los partidarios institucionales del curso para el Cuidado Humano y Gestión del SUS en 2009, en Santa Catarina. Se trata de un estudio cualitativo, con un diseño exploratorio descriptivo. Los sujetos de la investigación fueron 7 los partidarios institucionales que trabajaban la directriz "cogestión" en sus planes. La recolección de datos fue a través de la investigación documental y entrevistas. Los datos fueron analizados utilizando el método dialéctico hermenéutico. Estos fueron clasificados y agrupados en categorías temáticas: "La motivación para trabajar co-gestión", "Experimentando la co-gestión" y "Efectos de la intervención." Los resultados mostraron que los movimientos provocados por las intervenciones de los partidarios de los servicios con respecto a la co-gestión eran importantes para promover cambios en los procesos previamente cristalizados, aunque aún quedan muchos desafíos.

Palabras clave: Sistema de Salud, Gestión de la Salud, Política Nacional de Humanización, Cogestión.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) é norteada por bases ético-políticas como a valorização das dimensões subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo o compromisso com os direitos dos cidadãos, o trabalho em equipe multiprofissional, a construção de redes cooperativas e de autonomia e protagonismo dos sujeitos individuais e coletivos (BRASIL, 2004).

Uma tríade de princípios articulados e indissociáveis fundamentam a PNH (BRASIL, 2004): a inseparabilidade entre modos de gestão e de atenção; a transversalização de saberes, poderes e afetos na ação cotidiana dos serviços e das práticas de saúde e a aposta na autonomia e protagonismo dos sujeitos.

A PNH atravessa as diferentes ações e instâncias do SUS e tem como objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder (BRASIL, 2009).

A humanização, entendida como estratégia de interferência nas práticas de saúde, tem na metodologia do Apoio Institucional (CAMPOS, 2007) sua principal estratégia de mobilização de diferentes atores (gestores, trabalhadores e usuários) em torno da tarefa de construção de projetos cogерidos que atendam às necessidades dos diferentes grupos de interesse.

A partir de 2006, a PNH apostou na sua capilarização via processos de formação com o objetivo de fortalecimento e efetivação do SUS. Esses processos são fundamentados na inseparabilidade entre formação e intervenção.

Foi a partir daí que surgiu a proposta do Curso de Formação de Apoiadores em Humanização da Atenção e Gestão do SUS como estratégia de implementação do eixo da PNH, produção e disseminação do conhecimento, que tem, como um de seus objetivos, incrementar a oferta de processos de formação, educação e conhecimentos sobre a PNH, buscando assim formar multiplicadores em gestão compartilhada do cuidado e apoiadores institucionais para processos de mudanças (BRASIL, 2006).

No território de Santa Catarina, a iniciativa de formação de apoiadores da PNH, com essa estrutura, foi pactuada e desenvolvida em 2009. A estratégia visou formar sujeitos com capacidade de propor intervenções nas práticas de atenção e de gestão nos serviços de saúde,

buscando fomentar e consolidar processos de mudanças com base no referencial da PNH.

Por isso, ao longo do curso de formação de apoiadores da PNH, como estratégia pedagógica, os participantes construíram e implementaram Planos de Intervenção, que consistiam em planos orientadores dos processos de reorganização de práticas/gestão nos serviços em seus respectivos locais de trabalho.

A construção do plano de intervenção de cada apoiador ancorou-se em três processos articulados: o mapeamento das demandas do serviço ao qual se vinculava, a definição de uma das diretrizes da PNH que nortearia a intervenção e a pactuação da intervenção com os sujeitos envolvidos.

Como questão relevante neste processo de formação de apoiadores da PNH em Santa Catarina, pode-se apontar a concentração da escolha dos apoiadores na diretriz da Cogestão para o desenvolvimento de seus Planos de Intervenção. Chamou a atenção o fato de 29 dos 60 dos apoiadores que estavam fazendo o curso pautarem a temática da gestão como demanda de intervenção, visando a transformação das práticas vigentes.

Segundo Campos (2005), não há como haver projeto de humanização sem que se leve em conta o tema da democratização das relações interpessoais e, em decorrência, da democracia em instituições. No SUS, a humanização depende, portanto, do aperfeiçoamento do sistema de cogestão, de sua extensão para cada serviço e para as relações cotidianas.

Considerando a importância de se aprofundar o conhecimento em torno desta questão, o presente estudo buscou analisar os novos modos de gestão experimentados pelos apoiadores institucionais formados no curso da Política Nacional de Humanização em Santa Catarina, no ano de 2009, a partir da implementação dos planos de intervenção.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo qualitativo, com *design* exploratório-descritivo, realizado junto aos apoiadores que participaram do Curso de Formação de Apoiadores da PNH do estado de Santa Catarina em 2009.

Ao longo de sete meses, totalizando 230 horas, o curso envolveu 60 profissionais oriundos de 28 diferentes municípios do estado. A organização do curso baseou-se em quatro eixos programáticos: O SUS e a PNH, princípios e estratégias; O Apoio Institucional e análise de

demanda em saúde; Dispositivos e ferramentas de intervenção e HumanizaSUS e as Redes Sociais.

O Curso formou 60 apoiadores, de diferentes formações e origem institucional como secretarias municipais de saúde, hospitais e gerências regionais de saúde. Como estratégia metodológica, os apoiadores organizaram-se em sete Unidades de Produção (UP's), que são grupos de, em média, dez apoiadores, de uma mesma região, que buscam, através deste arranjo, a produção de grupalidade com foco no fomento às redes macrorregionais.

Como sujeitos de pesquisa selecionaram-se aqueles apoiadores que optaram por trabalhar a diretriz cogestão no plano de intervenção elaborado ao longo do curso. Como critérios de inclusão no estudo foram utilizadas as condições de ter finalizado o curso, ter elaborado o plano de intervenção e aceitar participar do estudo. Além destes critérios, considerou-se importante diversificar as experiências de intervenção desenvolvidas no território de Santa Catarina, selecionando aleatoriamente um apoiador de cada UP para participar do estudo, totalizando assim sete apoiadores que foram efetivamente os sujeitos desta pesquisa. Os mesmos foram identificados com codinome de flores para garantir a confidencialidade de suas identidades.

A coleta de dados se deu em duas etapas: pesquisa documental e realização de entrevistas. A etapa documental contemplou a realização de um levantamento situacional dos sete planos de intervenção dos apoiadores, que na sequência foram entrevistados a partir de um roteiro prévio e semiestruturado com perguntas abertas visando aprofundar aspectos que os planos de intervenção não haviam contemplado. O fechamento amostral se deu por saturação teórica.

Os dados foram armazenados e organizados através do *software* de organização e análise de dados qualitativos Atlas.ti 7.1®. A análise foi realizada por meio do método hermenêutico dialético, de acordo com proposta de Minayo (2004). De acordo com este método, a interpretação qualitativa é operacionalizada seguindo as etapas de: categorização inicial, reordenação dos dados e análise final.

Para garantir os aspectos éticos no desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, as Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS) nortearam o desenvolvimento deste estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob o parecer número 161.475.

Da motivação para trabalhar cogestão aos efeitos no território

O processo analítico permitiu identificar três categorias temáticas, as quais foram discutidas a seguir à luz do referencial teórico de Gastão Wagner de Sousa Campos e da Bioética: (1) Motivações para trabalhar cogestão, (2) Experimentando a cogestão e (3) Avanços e desafios relacionados à cogestão.

Motivações para Trabalhar Cogestão

A distância entre a vivência de um modelo de gestão tradicional e a ideia de participação nas instâncias decisórias revelou-se um aspecto fundamental na problematização das práticas de gestão nos processos de trabalho dos apoiadores. A gestão tradicional vivenciada pelos trabalhadores no cotidiano dos serviços de saúde, revelada no modo de gerenciar o trabalho em saúde segundo regras tayloristas, normatização burocrática, supervisão direta e controle de horário, mostrou-se um elemento limitador da ideia de participação em espaços decisórios. Ao mesmo tempo a cogestão foi vislumbrada pelos trabalhadores como sendo a possibilidade de mudança dessa situação já instituída.

A ênfase do curso de formação de apoiadores se colocou na construção de fundamentos teóricos e metodológicos que permitissem aos profissionais de saúde intervir em problemas complexos presentes no contexto dos serviços de saúde e dos coletivos que nela se constituem e atravessam. Deste modo, o curso pautou o processo educativo na contextualização e problematização do local de trabalho nos quais os profissionais estavam inseridos. Esta estratégia viabilizou aos profissionais de saúde extraírem de suas vivências e experiências a proposta de trabalho do plano de intervenção, ao mesmo tempo em que poderiam intervir nessas “realidades”, tomando por referência a PNH e seus dispositivos.

O SUS ainda convive com uma série de limitações com relação às condições concretas de trabalho que levam à precarização, à exploração e à desvalorização do trabalho, e com relação aos modos de organização do processo de trabalho, em geral tendentes à expropriação dos trabalhadores dos processos decisórios (PASCHE, 2009). Os apoiadores entrevistados revelaram que esses problemas foram manifestados pelos trabalhadores ao se reportarem sobre seu cotidiano:

Mas os funcionários sim, a gente escutava muito isso: A direção vai e toma uma decisão, põe em prática e diz o que a gente tem que fazer e pronto e a gente não tem o direito nem de opinar. (Orquídea)

Ainda há poucos espaços de reflexão nas instituições de saúde que possibilitem pensar, fazer e discutir no coletivo os processos de trabalho. (Lírio)

A não participação dos trabalhadores em processos decisórios revela-se como reflexo do modelo tradicional de gestão, ou seja, da racionalidade gerencial hegemônica que ao reduzir os espaços de reflexão e participação dificulta a autonomia dos sujeitos.

Essas limitações parecem revelar que os “Princípios da Administração Científica”, obra clássica do pensamento administrativo, fundadora de um estilo de governar ainda não foi superada. Ainda que a gestão tenha se ampliado desde 1911, a disciplina e o controle continuam sendo o eixo central dos métodos de gestão. Este eixo conformador do taylorismo que busca regular o trabalho do ser humano, Campos (2007) denominou de "racionalidade gerencial hegemônica". Essa racionalidade gerencial hegemônica molda a força de trabalho a padrões mecânicos de funcionamento. E esses modelos de gestão pretendem de modo sistemático, reduzir a autonomia do ser humano.

Há justificativas políticas, econômicas e científicas que sustentam essa racionalidade. Há elementos fundamentais que a constituem e justificam as pretensões de controle sobre o trabalhador, como a tendência a subordinar o trabalho a modos de funcionamento padronizados a priori reduzindo o espaço para reflexão e decisão autônoma durante a execução das tarefas (CAMPOS, 2010).

Portanto, pode-se observar que nos serviços de saúde ainda convive-se com reflexos da Teoria Geral da Administração, o taylorismo em particular, que preconiza a administração de pessoas como se elas fossem instrumentos, coisas ou recursos destituídos de vontade ou de projeto próprio. Faz parte da cultura tradicional da administração o objetivo explícito de disciplinar o trabalhador, quebrar-lhe o orgulho, a autonomia e a iniciativa crítica, delegando a padrões, normas e programas a função de operar o trabalho cotidiano daqueles encarregados de executar ações.

Comando e controle pressupõe concentração de poder. A democratização do poder nas instituições seria uma diretriz operacional anti-Taylor. Dentre os princípios da teoria taylorista destaca-se a

separação entre o trabalho intelectual e o trabalho de execução e também a centralização do poder de planejar e de decidir ao “chefe” buscando assim, limitar a autonomia e a iniciativa do trabalhador (TAYLOR, 1960). Esta retirada do poder do trabalhador é um dado concreto evidenciado nas manifestações dos apoiadores:

Porque as reuniões, eram assim, não era roda de conversa, a coordenação vinha, com uma série de papéis, informes, e era assim, tum tum tum, era isso, terminava a reunião, todo mundo ia embora. Ninguém conversou sobre nada, sobre o que acontece no dia a dia, sobre as relações de trabalho, nada era feito. (Lírio)

E você sabe que quando o chefe manda, né, a equipe, a maioria dela, por mais que esteja contrariada, eles acabam aceitando o processo. (Cravo)

Ainda assim, a metodologia tradicional verticalizada é o que predomina no fazer profissional. (Rosa)

As equipes não paravam no dia, não fechavam assim, as unidades de saúde, pra conversar, é... não tinha isso. Na época, não existia, tinha se acabado as reuniões de equipe. (Jasmim)

Estes modos de gerir e se relacionar não favorecem o estabelecimento de relações democráticas ou de convivência solidária e retira dos profissionais a capacidade de decidir sobre o seu processo de trabalho. Ao contrário, exacerba a alienação do trabalhador, pois todo o poder é passado aos gerentes, que através de vários mecanismos, controlam e determinam o trabalho cotidiano dos trabalhadores. Assim, a gestão nos moldes tayloristas assenta-se, portanto, sobre as necessidades de conservar alienada a maioria dos trabalhadores. A organização vertical produz sujeitos desestimulados até de desejar participar da gestão de seu processo de trabalho, do espaço onde trabalham.

Esses depoimentos sugerem que os trabalhadores vivenciam dificuldades no cotidiano do seu trabalho no que se refere aos processos decisórios. Acerca da autonomia, Campos (2010) alerta que a maioria

dos métodos de gestão tende a reduzir a autonomia do ser humano em suas produções, incluindo a produção de saúde, ao utilizarem estratégias tanto diretas quanto indiretas para o controle do trabalho humano. Assim, a decisão autônoma dos trabalhadores é exigida no exercício do trabalho em saúde – trabalho vivo em ato – por ser uma práxis. A atividade humana em que o saber prévio requer, do agente da ação, reflexão, deliberação ou escolha em ato, marca a práxis. Ou seja, na práxis, o agente da ação “deverá considerar o contexto singular em que a ação se realiza: outros sujeitos envolvidos, valores, circunstâncias históricas, etc” (Campos, 2010, p.760). Esse é o modo como deve ser exercido o trabalho em saúde e, por isso, dependente de trabalhadores com significativo grau de autonomia.

Entretanto, os apoiadores, apesar de conviverem e mesmo se submeterem a esse modelo tradicional de gestão que exclui o trabalhador dos processos decisórios, reconhecem outra possibilidade de gestão do trabalho, a cogestão.

Cogestão significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão. Assim, ela é exercida por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização, assumindo-se o predicado de que todos são gestores de seus processos de trabalho. O prefixo “co”, nesta perspectiva, indica para o conceito e a experimentação da gestão um duplo movimento: a adição de novas funções e adição de novos sujeitos (CAMPOS, 2007).

Campos (1998) descreve um novo método para cogovernar organizações de saúde, considerando-se tanto os objetivos primários destas instituições, a própria produção de saúde, quanto outros, secundários, ligados à função de assegurar sobrevivência e realização profissional aos seus trabalhadores permitindo e estimulando os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, de cogestão.

A ideia de que gestão é uma tarefa coletiva, sistemas de cogestão, e não somente uma atribuição de minorias poderosas e especialistas, portanto consiste numa crítica a maneira dominante sobre os modos de analisar e gerir o trabalho. O exercício do co-governo depende da produção simultânea de espaços coletivos que cumpririam três funções básicas: uma clássica de planejar o processo de trabalho, outra política tendo a cogestão como uma forma de alterar as relações de poder e a terceira seria a função pedagógica e terapêutica, que é a capacidade que os processos de gestão têm de influir sobre a constituição de sujeitos (CAMPOS, 2007).

A cogestão é uma crítica ao taylorismo. É também uma análise sócio-histórica das implicações dessa dominância, e ao mesmo tempo,

uma demonstração da possibilidade de superação dessa lógica de governar instituições.

Os trabalhadores reconhecem a diretriz cogestão como sendo essencial para provocar e promover mudanças, de forma a gerar democratização nas instituições.

Nesse espaço, é importante possuir um ambiente estruturado fisicamente como uma sala de reuniões que possibilite o trabalho em roda, mas também ou mais importante é haver um espaço que estimule o desenvolvimento da capacidade de reflexão e autonomia de ação do sujeito enquanto corresponsável pela viabilização da gestão e atenção à saúde. (Cravo)

A diretriz da cogestão importante para a democratização das relações, que é imprescindível para as mudanças. (Margarida)

Todos estes problemas apontados pelos trabalhadores que estão no exercício de atividades fins e, também, os que ocupam lugares na gestão são complexas. Para o enfrentamento destas realidades hipercomplexas, a PNH aponta para a necessidade do exercício de método, cuja experimentação coloca sujeitos em contato e em relação para que, de forma coletiva e tomando por referências princípios ético-políticos e acúmulos do SUS que dá certo, construam soluções singulares (PASCHE, 2009).

Percebe-se, a partir das falas dos sujeitos, que um dos desafios enfrentados no cotidiano das práticas de saúde reside exatamente nos modos verticalizados de gestão e na dissociação entre modelos de atenção e modelos de gestão. Tal separação tem reafirmado práticas que concebem a gestão como reduzida à administração e centrada na figura do gestor. Desse modo, há aqueles que planejam e pensam a ordenação do sistema de saúde, os gestores, e aqueles que executam e operacionalizam os planejamentos, os trabalhadores. De um lado, os que planejam e pensam e, de outro, os que executam.

Diante de todas as fragilidades levantadas, do modo de gestão tradicional vivido pelos trabalhadores que lhes exclui a possibilidade de participação e de exercer autonomia no dia a dia de trabalho, os apoiadores após discussão com a equipe optaram trabalhar a diretriz cogestão, por ser a oferta disponível no serviço onde estavam inseridos

no momento do curso, como maneira de proteger o serviço de saúde contra instabilidades externas, como a troca de gestão, por exemplo, e por acreditarem que trabalhando com a cogestão seu processo e trabalho e gestão seriam facilitados.

Foi preciso ver na roda quais as necessidades do serviço. O grupo trouxe três possibilidades de intervenção, a primeira delas foi Cogestão, o que já vinha aparecendo desde a primeira roda. Os próprios trabalhadores trazem em suas falas e ações este dispositivo como possível intervenção. (Lírio)

Porque eu me sentia sozinha. Porque é complicado, uma pessoa de uma equipe que ta na gestão, fazer um curso de formação com toda aquela bagagem, aquele conteúdo, aquela coisara que a política te traz e tu chegar, voltar pro teu município e tu te vê sozinha pra botar as coisas em prática. Então a minha proposta foi pensando assim, se eu montar um grupo de trabalho. (Gloriosa)

Lembrando que as escolhas e decisões de um trabalhador conformam suas ações para uma práxis que, a depender de como o trabalho e o contexto onde é desenvolvido são compreendidos, poderá ser consciente, reflexiva, crítica, criativa, emancipadora, ou subordinada somente a padrões e normas, não criadora, tendente à desvalorização da subjetividade dos envolvidos, ou seja, uma práxis alienada, acerca da produção de saúde. Em outras palavras, o fato de os trabalhadores não terem domínio quanto ao seu processo de trabalho, pode estar contribuindo para que esses estejam exercendo uma práxis cotidiana-conservadora. A partir de um olhar bioético, não sentir-se como parte de algo, como dos espaços decisórios e reconhecer outra possibilidade caracteriza um conflito vivenciado pelos trabalhadores, mas que felizmente refletiu em proposição de mudanças (RAMOS, 1999).

A partir daí, com os problemas levantados e discutidos com a equipe, com conhecimento adquirido no curso e a vontade de promover mudanças, iniciou-se a experimentação da cogestão, conforme será discutido na categoria temática apresentada a seguir.

Experimentando a Cogestão

Esta categoria refere-se aos dispositivos utilizados para exercício da cogestão e às facilidades e dificuldades encontradas pelos apoiadores durante o processo de construção desses espaços de cogestão.

A diversidade dos locais nos quais se desenvolveram as intervenções mostrou-se relevante para a ampliação da interlocução entre os apoiadores. Os sujeitos entrevistados eram vinculados a instituições diversas como hospitais de grande porte, escola de formação em saúde, centros de saúde, além de secretarias municipais de saúde.

Dentre os dispositivos escolhidos para efetivar a diretriz da cogestão o Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) foi proposto por quatro dos sete apoiadores entrevistados, conforme exemplificado no relato a seguir.

Formar um GTH como forma de incluir os três grupos de atores (gestão, trabalhadores e usuários), de abordar a corresponsabilização, cogestão e gestão participativa, talvez seja uma possibilidade. (Jasmim)

O GTH é um dispositivo sugerido pela PNH para o SUS, com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. Tem como atribuições além de difundir os princípios norteadores da PNH, levantar os pontos críticos do funcionamento de cada serviço e sua rede de referência, promover o trabalho em equipes multiprofissionais, estimulando a transversalidade e a grupalidade; propor uma agenda de mudanças e incentivar a democratização da gestão (BRASIL, 2008).

Outros dispositivos, como fluxograma descritor e cogestão no processo avaliativo de um curso, foram utilizados pelos apoiadores:

Entendendo que o fluxograma descritor é uma forma clara e visível da descrição do processo de trabalho que se revela em um mundo extremamente complexo e que norteia as ações de saúde para um rumo previamente submetido a análises de um coletivo de profissionais e gestores, se observou a necessidade de iniciar os trabalhos de cogestão e coparticipação reorganizando os fluxos do processo de trabalho em saúde. (Cravo)

Fazendo algumas reflexões referente a

importância da gestão para organização do trabalho e as formas como acontecem as relações no mundo do trabalho ou seja, hierárquica, vertical, sem um processo de comunicação horizontal, nos propusemos a discutir a cogestão enquanto diretriz e o Acompanhamento Avaliativo enquanto método de avaliação como importantes instrumentos para o desenvolvimento da intervenção na formação aos cuidadores de pessoas idosas. (Rosa)

Os apoiadores utilizaram o método da roda para colocar em prática suas propostas de cogestão. O método da roda se propõe a trabalhar objetivando a constituição de coletivos organizados, o que implica em construir capacidade de análise e de cogestão para que os agrupamentos lidem tanto com a produção de bens ou serviços, quanto com sua própria constituição.

O método da roda proposto por Campos (2007) é entendido como um espaço democrático, um modo de operacionalizar a cogestão, onde de fato se analisem problemas e se tomem deliberações.

Entretanto a grande demanda de serviços, tanto na atenção básica quanto em emergências, foi um dificultador levantado pelos apoiadores que lá implementaram a cogestão, como fator impeditivo à parada para a realização da roda:

O fato de estar inserida em uma emergência também deve ser considerado como um desafio para o desenvolvimento da função apoio, pois as coisas nesse setor acontecem de modo muito rápido e imprevisível. Portanto, tornam-se difícil fazer programações como as pausas necessárias para a análise e discussões das situações vivenciadas, ou seja, as rodas. (Margarida)

Foi assim, a gente acaba sendo engolido pelo sistema. Então isso é uma limitação, pois mesmo que ele (gestor) apoie, ele é engolido também pelas questões né. (Gloriosa)

Mesmo assim os apoiadores conseguiram envolver muitos trabalhadores no processo de cogestão, ou seja, nas rodas, por eles

organizadas conforme observa-se nas citações:

A Roda é um espaço coletivo de gestão, onde pactuações, deliberações e contratos acontecem. Desta forma, ela deve ser vista como parte do processo de Humanização. (Jasmim)

O GTH da SMS é composto por: gestores, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, motoristas e agente administrativo. Sabe-se que o GTH é um Grupo aberto e que a qualquer momento as pessoas podem participar ou deixar de participar. (Gloriosa)

O método da roda objetiva aumentar a capacidade de compreensão e de intervenção dos sujeitos sobre o mundo e sobre si mesmo, contribuindo para instituir processos de construção de sociedades com grau crescente de democracia e de bem-estar social.

Criar espaços de democracia ampliada, processos produtores de sujeitos-cidadãos, grupos capazes de impor resistência às determinações adversas do meio em uma sociedade injusta e contraditória é um desafio. E a partir do momento em que os apoiadores experimentaram na prática a cogestão tanto facilidades como dificuldades foram encontradas por eles.

A maior parte dos apoiadores relatou a resistência da equipe, num primeiro momento, como uma das dificuldades encontradas possivelmente pela construção do Plano de Intervenção não ter sido coletiva, pela maioria dos apoiadores. Observa-se que se repetiu mais uma vez a dicotomia existente entre quem planeja e quem executa:

Cabe ressaltar que a intervenção, por ainda ser uma proposta inicial e, portanto inacabada, não foi construída coletivamente. (Margarida)

A construção de um plano de Intervenção para o município é um tanto delicada para um único Apoiador. (Gloriosa)

Inicialmente, houve resistências por parte de colegas em formar as grupalidades, desse deslocar de sua zona de conforto e colocar na roda situações que transformaria aquela rotina que eram acostumados. (Cravo)

Percebe-se aí um desafio significativo e ainda não superado: a dicotomia entre o planejar e o executar. Tal situação pode ter sido provocada pelas diferenças entre o apoiador e os demais trabalhadores, uma vez que a vivência e motivação adquiridas ao longo do curso provocaram mudanças subjetivas ainda não conhecidas dos outros trabalhadores. Ainda que a PNH tenha em sua concepção a inseparabilidade entre teoria e prática, planejar e executar, pensar e fazer, e trabalhasse com o objetivo de integrar e compartilhar os diversos saberes, os apoiadores vivenciaram relações de poder que se instalaram entre o apoiador e os demais membros da equipe. Mas mesmo assim, a maioria dos apoiadores percebeu e enfrentou esta dificuldade, criando estratégias e reformulações com o objetivo de envolver todos os trabalhadores de maneira que esta fragmentação não permanecesse.

A gestão no serviço público, em geral, condicionada pela articulação político-partidária contribui para o trabalho centralizado na figura do gestor principal. E assim as equipes continuam vivenciando formas burocráticas e autoritárias, com baixa participação dos trabalhadores na gestão. Com a rotatividade político-administrativa que ocorre continuamente, torna-se imprescindível que o trabalhador assuma o protagonismo de seus processos de trabalho, para que não seja capturado a cada mudança de gestor (MORI e OLIVEIRA, 2009).

A resistência do gestor para a efetivação da cogestão gerou grandes dificuldades e conflitos.

Teve um enfrentamento com a gestão. Então isso começou a ter um choque de ideias muito grande, então foi onde a gente começou a perceber que a gestão, a nova, essa nova gestão central, tornou-se um dificultador do trabalho. (Margarida)

O fato de os gestores municipais de saúde em geral não possuírem conhecimentos sobre gestão e

atenção na área de saúde e reforçando quando vivenciamos a transição de cinco gestores nos últimos três anos, na instituição, a existência da descontinuidade do processo de gestão, torna-se clara e reflete no processo de trabalho da equipe multiprofissional eliminando qualquer tentativa exitosa de desenvolvimento de autonomia e protagonismo dos profissionais e usuários. (Cravo)

Entretanto, nos casos em que havia apoio por parte dos gestores imediatos ou chefia, facilidades foram levantadas, como se exemplifica na citação do apoiador:

Eu acho que inicialmente teve bastante facilidade, porque era uma coisa que vinha da própria, do próprio governo querer implantar a humanização, no município. O gestor, isso. Ele queria e a proposta era implantar, então teve facilidade. Tanto facilidade pra fazer o curso. Conhecendo a realidade local podemos promover processos de mudança. (Jasmim)

Espaço de democracia, criado com reuniões periódicas, onde o grupo seria a instância de deliberação como um colegiado que cumpre uma função integradora, tentando articular aquilo que a descentralização do poder tende a opor ou a fragmentar é um desafio. Entretanto, para que esses espaços sejam criados espera-se que o gestor da instituição esteja motivado para esta mudança, caso contrário, toda e qualquer tentativa será frustrada (CAMPOS, 2007).

O vínculo dos apoiadores com a equipe na qual estavam inseridos foi uma facilidade apontada pelos mesmos que favoreceu o envolvimento da equipe de trabalhar a cogestão, de desenvolver e participar das rodas.

Eu acho que a facilidade que eu tive em relação a toda uma formação e experiência que eu já tinha na atenção básica de conhecer aquelas equipes, aqueles profissionais. Ou porque eu já tinha sido coordenadora de algumas daquelas unidades, ou porque eu era enfermeira da estratégia de saúde da família e eu já

tinha contato com alguns daqueles profissionais. Então, eu acho que essa foi uma facilidade. (Margarida)

Porque a gente, eu tenho uma relação muito boa com os profissionais, então isso ajudou. (Gloriosa)

Em contrapartida, a fragilidade do vínculo empregatício que gera a rotatividade dos profissionais e, conseqüentemente, a quebra no vínculo entre a equipe e da mesma forma a continuidade do espaço coletivo criado foram condicionantes desfavoráveis levantados. Dois apoiadores não conseguiram implementar a proposta de cogestão devido à transferência do local de trabalho.

A grande maioria (dos trabalhadores) não é concursada. A gente teve um processo seletivo, entraram por um processo seletivo, outros por contratação direta, mas concursado na atenção básica são a minoria. (Gloriosa)

É um dificultador sim, porque, por exemplo, os trabalhadores que são contratados, alguns ficam 2 anos no mesmo lugar, mas alguns não, ficam 1 mês, 6 meses, enfim, ficam rodando, né, e isso é muito difícil... Eles até costumam dizer assim, quando a pessoa tá pegando o jeitinho, aí tem que sair. (Lírio)

Todavia, mesmo com a certeza de continuar inserida no SUS, não me sentia segura para dar continuidade nas atividades propostas pelo curso como, por exemplo, a roda com os demais trabalhadores no novo local de trabalho. Acredito que tal fato se deu devido à falta de vínculo com os recém colegas de trabalho. (Margarida)

A fixação do profissional, através de um vínculo empregatício estável, pode favorecer a emancipação e a participação em espaços decisórios. Se o profissional não se sente sujeito ativo no seu processo de trabalho, ele perderá contato com elementos potencialmente

estimuladores de sua criatividade, como tenderá a não se responsabilizar pelo objeto final de sua própria intervenção.

Apesar de o desafio central de qualquer governo que se pretenda eficiente e democrático seja administrar as diferenças e choques entre distintos desejos e interesses e não ignorá-los, negá-los e reprimí-los em nome de uma suposta objetividade, não foi o desfecho encontrado por dois dos apoiadores entrevistados, mas sim o contrário. Percebeu-se que os trabalhadores que se posicionavam mais firmemente, encontravam sérios problemas. Por isso, muitos tensionamentos e conflitos foram vivenciados pelos apoiadores.

Ao colocar em prática. Aí pegou. Porque a gente desvendava né... Todos os problemas, tudo o que faltava... Então, tudo isso começou a aparecer e começou a ter muito atrito, muito atrito. Assim ó, o secretário chegou um momento que ele se absteve de conversar comigo. Então eu não tinha chefe mais. E aí a minha chefe na época disse que não queria mais ser chefe, que ela não queria mais, porque eu era a pessoa que levava os problemas entendeu? Bem na época que eu fui mandada embora. (Jasmim)

É importante considerar que sempre haverá antagonismos e conflitos entre diretores, coordenadores, trabalhadores e usuários. Na verdade a cogestão não se propõe a eliminar estes conflitos e contradições. Ao contrário, tratar-se-ia de, ao admitir a inevitável existência destas polaridades, de se criar espaços onde pudessem ser explicitadas e trabalhadas, considerando-se, sempre, os vários interesses e, portanto, as várias racionalidades envolvidas.

A cogestão é uma diretriz estruturante da PNH e sua experimentação revela disputas de saber, de poder e tensionamentos interpessoais e intergrupais. Entretanto, o exercício da coanálise, da codecisão e da coresponsabilização é base do trabalho em saúde, portanto é imprescindível para a reformulação dos modos de gestão tradicional (MORI e OLIVEIRA, 2009).

Percebe-se que construir esses coletivos de cogestão tem sido um desafio constante, processo por vezes difícil e desencadeador de tensionamentos; mas, por outro lado, proporciona um olhar crítico, formado a partir das questões e demandas apresentadas, mais que a

soma dos olhares entre gestores, trabalhadores e usuários (MORI e OLIVEIRA, 2009).

O importante é experimentar o que propõe a cogestão com todos os riscos inerentes ao processo, por considerá-los fontes de criação para o fortalecimento de suas ofertas. Uma maneira que assegure tanto possibilidades de participação e que, portanto, produza distribuições mais equilibradas de poder, como também discussão, negociação e explicitação de diferenças.

Avanços e desafios relacionados à cogestão

Essa categoria discute os efeitos da intervenção no território resgatando os avanços e desafios da cogestão. A intervenção contribuiu para alguns avanços, como a criação de espaços coletivos para a gestão, entretanto, desafios como a concentração de poder e a limitação da participação do trabalhador dos espaços decisórios ainda permanecem.

Para viabilizar esse novo modo de gestão, foram criados horários para encontros periódicos do coletivo com tempo para reuniões ordinárias dentro do período normal de trabalho, ou seja, o planejamento e a reflexão fazendo parte do processo habitual de trabalho. Nesses espaços, a equipe discute necessidades de saúde, divisão de tarefas, elaboração de planos e faz reflexão acerca de seu processo de trabalho de maneira que mudanças possam ser sugeridas. E este é um efeito emancipatório, a ampliação da autonomia de uma pessoa depende sempre da ampliação de sua capacidade de compreender e de agir sobre o mundo e sobre si mesma.

A maior conquista que percebo, e que faz com que a instituição se aproxime mais das propostas da PNH, é a inclusão dos trabalhadores em algumas decisões no processo de gestão e atenção da saúde através da roda. (Cravo)

O processo de construção da gestão participativa e cogestão estão em constante evolução e amadurecimento. Em alguns aspectos evoluímos muito, como é o caso da reestruturação dos fluxos de funcionamento da instituição, o que já possibilitou reordenação dos serviços reduzindo as filas de esperas para atendimento. (Cravo)

Estes espaços coletivos são entendidos como a construção de lugares e de tempos por meio dos quais as equipes, de fato, tem interferido nos processos produtivos. A cogestão realizada em espaços coletivos é um caminho para a democratização. Aposta-se na possibilidade de se instituírem sistemas de cogestão que produzam tanto compromisso e solidariedade com o interesse público, quanto capacidade reflexiva e autonomia dos agentes da produção (CAMPOS, 2007).

Realizar o percurso sugerido, da cogestão, não é uma tarefa simples. Ao contrário, depende de apoio externo e do estabelecimento de uma série de condições objetivas, entre elas a possibilidade de se organizarem espaços protegidos para a reflexão como as rodas; depende ainda da substituição da repressão como método para resolver conflitos, por processos de negociação entre interesses e perspectivas distintas. O método da roda se propõe a contribuir para a democratização das instituições, mas, paradoxalmente, depende bastante da instituição de espaços democráticos.

Avanços podem ser vistos conforme as falas dos apoiadores:

Algumas conquistas/transformação que se concretizou já andam em patamares avançados, como é o caso do espaço para as rodas, e os níveis de discussão que ocorre nelas vem melhorando a cada encontro. (Cravo)

Na época, foi criado o conselho de saúde, porque não tinha aqui. (Lírio)

Então, o GTH foi incluído em um núcleo que trabalha educação permanente e humanização. E ta bem legal... (Gloriosa)

Um sistema de cogestão depende da construção ampliada de “capacidade de direção” entre o conjunto das pessoas de um coletivo e não somente entre sua cúpula. Capacidade de direção é a habilidade e a potência para compor consensos, alianças e implementar projetos. É também uma aptidão a ser socialmente construída, já que co-governar é uma tarefa inerente a todos os membros de uma equipe de trabalho.

Entretanto, ainda observa-se a concentração de poder, ou seja, permanecem ainda espaços onde os trabalhadores não participam. Ou ainda, em espaços coletivos os trabalhadores ainda sentem medo de participar.

O Colegiado Gestor: colocamos este em prática através da cogestão da Secretaria de Saúde. O Secretário e os Diretores de cada setor reúnem-se em Colegiado continuamente. (Cravo)

Tinha liberdade, mas aí dentro dessa liberdade tinha uma dificuldade também que era assim ó, a gente tava sentado em roda discutindo e eu sentia que tinha alguns profissionais que tinham medo ou receio de falar. (Gloriosa)

Campos (2006) afirma que o interesse particular de grupos ou de pessoas em concentrar poder tem predominado sobre o interesse coletivo de se ter governos com capacidade para assegurar o bem-estar. Algumas organizações conseguiram democratizar-se. E em todas elas constatou-se uma combinação de concentração de poder e, portanto, certo grau exacerbado de controle sobre o sentido de trabalho em saúde, com reforma de organogramas e das relações de poder, objetivando dotá-las de maior horizontalidade. Em diversas experiências houve poder concentrado de governo empurrando, estimulando, quebrando resistências, em um movimento de cima para baixo, de maneira assegurar o prosseguimento da democratização para que com o tempo, haja uma inversão de tendência, ou seja, a base de trabalhadores e de cidadãos ligados aos serviços pudesse auto-estimular o prolongamento dessas experiências.

Portanto, haveria de fato, entre essas duas diretrizes, certo paradoxo, pois para se democratizar exige-se concentração de poder. Alguém como governo, movimento, grupo de trabalhadores que banque o processo (CAMPOS, 2006b).

A construção de sociedades e de instituições democráticas depende da política em seu sentido mais amplo. Movimentos sociais, amplas coalizões, blocos históricos, alianças entre classes, lutas entre interesses econômicos e ideológicos. Ou seja, alterar a relação entre dominantes e dominados. O poder como resultado e como relação (CAMPOS, 2007).

Observe-se que o exercício do trabalho, segundo a lógica da práxis, depende de sujeitos trabalhadores com importante grau de autonomia e de responsabilidade com o outro e com as instituições. A racionalidade gerencial dominante aposta em outra direção, buscando, em suas várias vertentes, restringir as situações em que o processo de trabalho depende de decisão autônoma dos trabalhadores (CAMPOS, 2010).

Conforme Beauchamp e Childress (2002, p.141), a autonomia é entendida como a capacidade de deliberar e escolher livremente. Para os autores a ação autônoma depende das seguintes condições: primeiro, agir com intencionalidade (ser agente); segundo, agir com conhecimento de causa (entendimento); e por último, sem influências controladoras que determinem sua ação (com liberdade). A primeira condição, a intencionalidade, não permite graduação, ou seja, em uma ação autônoma, há intencionalidade ou não; entretanto, as outras duas condições podem estar presentes em maior ou em menor grau, sem a exigência de “um entendimento pleno ou uma completa ausência de influência”.

Portanto, a autonomia também depende de “condições externas ao sujeito”, mesmo que esse tenha contribuído na produção de tais circunstâncias. Ou seja: “Depende da existência de leis mais ou menos democráticas. Depende do funcionamento da economia, da existência de políticas públicas, de valores veiculados por instituições e organizações. Depende da cultura em que está imerso” (ONOCKO, CAMPOS, 2006, p.2-3).

Assim, pode-se dizer que os trabalhadores enfrentam muitas limitações no exercício da autonomia no seu processo de trabalho. Em resumo, o tripé de sustentação da autonomia – ser agente, agir com entendimento e com liberdade, destacado por Beauchamp e Childress (2002), encontra-se desestabilizado no processo de trabalho dos apoiadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou conhecer os motivos que levaram os apoiadores da PNH a trabalhar a diretriz cogestão nas intervenções planejadas. Procurou discutir também os avanços alcançados e os desafios ainda a serem enfrentados, contribuindo, assim, para a reflexão acerca das limitações e das suas potencialidades para qualificar o processo de gestão.

Os movimentos disparados pelas intervenções dos apoiadores nos serviços com relação à cogestão foram importantes para promover mudanças em processos anteriormente cristalizados. Os processos de intervenção possibilitaram criar estratégias para enfrentar desafios, tais como: articulação de iniciativas de humanização do SUS, até então isoladas; mapeamento do processo de trabalho nos serviços de saúde, identificando pontos críticos e elaborando estratégias de superação; criação de rodas de conversa incluindo trabalhadores, gestores e usuários para reflexão acerca do processo de trabalho e da assistência nos serviços de saúde; organização de fluxos de atendimento, melhorando acessibilidade e identificando ações a serem implementadas, no sentido de possibilitar atendimento em saúde com resolutividade. Os planos de intervenção dispararam rodas de conversa nos serviços, interferindo nos modos de gestão e atenção instituídos. Os apoiadores indicam que o curso lhes permitiu ampliar suas caixas de ferramentas, qualificando ações já disparadas, ampliando a capacidade de análise dos profissionais da saúde.

Pode-se dizer, a partir dos discursos feitos pelos apoiadores formados no curso, que essa ação se constituiu como oportunidade de problematização da experiência de trabalho vivenciada enquanto profissionais da saúde, uma vez que privilegiou o compartilhamento de experiências entre esses atores, e destes com os profissionais de saúde atuantes nos serviços em que as intervenções se deram, e os usuários do SUS.

Desse modo, o plano de intervenção foi um dispositivo que provocou mudanças, fomentou grupalidade e redes esfriadas em função de isolamentos das ações no campo da Saúde, permitiu construção de redes novas e colocou a humanização das ações de saúde em pauta.

Pode-se observar que a cogestão de coletivos organizados para a produção depende de vontade política e de condições objetivas. A proposta é trabalhar sujeitos e instituições. Um movimento interferindo e modificando o outro.

Pensar novos valores e uma nova ética é organizar de uma vida material que estimule a lógica da cogestão e não a outra, da dominação. Pensar não em dispositivos de controle, mas pensar na capacidade de instituir compartilhamento, pois a base da cogestão é ninguém governar sozinho. Tomar o compromisso e a autonomia do Sujeito como uma relação dialética, uma relação indissociável do modo como se opera a relação entre democracia e instituição.

Movimentos inovadores e criativos por parte dos trabalhadores já estão em curso, em princípio não precisando ser estimulados, mas

fortalecidos enquanto potência. Entretanto, há que ressaltar que no trabalho atual em saúde vivem-se pressões e controle que têm oprimido, desvalorizado e desestimulado os movimentos e a potência dos coletivos.

Considerando que os conflitos éticos são inerentes às relações humanas, na delimitação deste estudo, eles estão presentes nas relações estabelecidas entre os trabalhadores e gestores. A existência dos conflitos éticos nessas relações não pode ser ignorada, pois eles podem eclodir sob as mais variadas formas, algumas inclusive, comprometendo os princípios do SUS. Para Berlinguer (2004, p.128), os conflitos éticos dizem respeito a “interesses materiais e argumentos morais diversos” e, o único modo de superar ou compor os conflitos é reconhecê-los. Compreender a gênese dos diferentes valores e interesses que permeiam as situações de atenção e gestão à saúde e as suas implicações constitui-se em um desafio a ser suplantado. Por isso, a importância de se revelar os conflitos éticos no processo de trabalho, pois abre a possibilidade dos apoiadores e gestores refletirem sobre os mesmos e assim, adotarem ações frente a esses capazes de mudar comportamentos cristalizados e estimular a busca de resultados melhores.

A reflexão até aqui desenvolvida indica que a construção de espaços coletivos é um modelo de gestão que possibilita e favorece, mas não garante a autonomia dos sujeitos. Acredita-se que ambas as pretensões dependem de trabalhadores que reflitam e tomem decisões, ou seja, depende de sujeitos éticos e políticos.

REFERÊNCIAS

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios da Ética Biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Prefácio: uma (in) esperada avaliação. In: SANTOS FILHO, S. B. **Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas**. Ijuí: Unijuí, 2009.

BERLINGUER, G. **Bioética Códitiana**. Brasília: UnB, 2004.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Projeto do Curso de Formação de Apoiadores Institucionais para a Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, G. W. D. S. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, Outubro 1998.

_____. Efeito Paidéia e o Campo da Saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 19-31, 2006. ISSN 1.

_____. Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006b. p. 229-266.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. p.301-6, 2007.

_____. **Um Método para Análise de Coletivos**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

_____. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Agosto 2010.

MINAYO, M. C. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 3a Edição. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 20-70 p.

MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface**, Botucatu, 2009. 627-640.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S., et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006. p. 669-87.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como Aposta na Produção Coletiva de Mudanças nos Modos de Gerir e Cuidar. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, 2009.

_____. **Princípios do SUS e a Humanização das Práticas de Saúde**. Seminário: a humanização do SUS em debate. Vitória, 2008.

RAMOS, F. R. S. O processo de trabalho de educação em saúde. In: RAMOS, F. R. S.; VERDI, M. I. M.; KLEBA, M. E. **Para pensar o cotidiano**: educação em saúde e a práxis da enfermagem. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. p. 16-61.

TAYLOR, W. F. **Princípios da administração científica**. São Paulo: Atlas, 1960.