



Artigos Originais

## A cogestão e a inclusão na formação de apoiadores da Política Nacional de Humanização nos territórios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo

*Co-management and inclusion in the supporters' training of the National Humanization Policy in the territories of Rio Grande do Sul, Santa Catarina and São Paulo*

**Marta Verdi<sup>1</sup>**

**Tatiana Lucia Caetano<sup>2</sup>**

**Luísa Milano Navarro<sup>3</sup>**

**Renata Flores Trepte<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Professora Adjunta, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC – Brasil

<sup>2</sup>Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC – Brasil

<sup>3</sup>Graduanda em Psicologia, Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho (UNESP), Assis, SP – Brasil

<sup>4</sup>Psicóloga, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

**RESUMO** - A partir de um recorte da pesquisa Formação em Humanização do SUS: Avaliação dos efeitos dos processos de formação de apoiadores institucionais na produção de saúde nos territórios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo, o presente artigo visa mostrar uma análise acerca da temática da "Cogestão" e "Inclusão" em três cursos de formação para apoiadores da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), realizados entre os anos de 2008 e 2010. Trata-se de uma pesquisa avaliativa participativa de quarta geração, qualitativa e de caráter institucional multicêntrico, desenvolvida entre os anos 2011 e 2014. A coleta de dados deu-se em três etapas: análise documental dos Planos de Intervenção (PIs) produzidos pelos apoiadores ao final do curso; aplicação de questionários eletrônicos e entrevistas e grupos focais com os apoiadores. No processo de análise dos dados, evidenciou-se a categoria exercício da cogestão-inclusão experimentada no processo formativo da PNH cujo objetivo foi compreender o modo como ocorreram e foram percebidos os processos de Cogestão e Inclusão durante e após o processo de formação, para os apoiadores. Os resultados indicaram que os cursos propiciaram disparar reflexões sobre a importância da cogestão e da inclusão no cotidiano de trabalho, entretanto sem que os apoiadores conseguissem avançar para mudanças significativas nos modos de gestão, entendendo que a cogestão e a inclusão são modos de valorização dos sujeitos. A figura do gestor é citada, em diversos momentos, como importante ator no processo, sendo associado tanto ao avanço quanto ao retrocesso. Houve movimento interno das equipes, onde as reuniões de discussão de casos foram apontadas como momento de encontro e discussão. Conclui-se que não houve mudança significativa nos modos de gestão nos territórios dos apoiadores e que a inclusão foi realizada de forma frágil e ainda projetada para o futuro.

**Palavras-chave:** Humanização da assistência; Gestão em saúde; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT** - The study started from a research outline about *Humanization Training of SUS: Effects assessment of training processes of institutional supporters on health production in the territories of Rio Grande do Sul, Santa Catarina and São Paulo*. It presents an analysis on "Co-management" and "Inclusion", in three training courses, for supporters of the National Policy on Management and Care Humanization of SUS (PNH) performed between 2008 and 2010. Participatory and evaluative research of the fourth generation, with qualitative and multicentric institutional nature, developed between 2011 and 2014. Data collection was carried out in three steps: document analysis of Intervention Plans (PIs) produced by the supporters at the end of the course, application of electronic questionnaires-interviews and focus groups with the supporters. In the process of data analysis, the category exercise of co-management, experienced in the training process of PNH, became evident. The goal was to understand how the processes of Co-management and Inclusion occurred and were noticed, during and after the training process, for the supporters. Results indicated that the courses triggered reflections on co-management and inclusion importance, on daily work. However, supporters could not get significant changes in the management modes, understanding that co-management and inclusion are individuals' ways of valuing. The manager's figure is quoted several times as an important actor in the process and associated with both progress and backlash. There was an internal movement of teams, and meetings for cases discussion were pointed out as moments of encounter and discussion. It was possible to conclude there was no significant change on management modes in the supporters' territories, and inclusion was performed in a fragile way and still projected for the future.

**Keywords:** Assistance Humanization; Health Management; Health Policy; Unified Health System.

## 1. INTRODUÇÃO

A Cogestão, como diretriz da PNH, é entendida como um modo de administrar que se diferencia das formas tradicionais de gerir por incluir o pensar e o fazer coletivo, buscando, simultaneamente, evitar excesso de corporativismos e apresentar-se como forma de controlar estado e governo. Coloca-se assim como uma diretriz ético-política, que visa promover a educação e a motivação dos trabalhadores<sup>1</sup>.

Na gestão participativa, acredita-se que é no exercício do próprio fazer da cogestão que os contratos e compromissos entre os diferentes sujeitos envolvidos com o sistema de saúde vão se construindo<sup>1</sup>. Para Campos<sup>2</sup>, a gestão democrática e participativa, que se concretiza nos sistemas de cogestão, se constitui numa nova lógica para a distribuição de poder. Deste modo, um sistema de cogestão depende da construção ampliada da “capacidade de direção” entre o conjunto das pessoas de um coletivo, e não somente entre sua cúpula.

Os modelos de gestão centralizados e verticais, que expropriam o trabalhador de seu próprio processo de trabalho, impedindo ou dificultando o protagonismo e a autonomia dos sujeitos envolvidos na execução das políticas e na produção de saúde, ainda são um entrave para esse processo. Assim, dificultam a melhoria da atenção, já que isso requer mudanças do paradigma de gestão, de modo que os sujeitos envolvidos – gestores, trabalhadores e usuários – assumam papéis de relevância, potencializando a construção de práticas humanizadas, bem como a eficiência e efetividade do sistema de saúde<sup>3</sup>.

Em suma, a diretriz Cogestão consiste, portanto, na democratização dos serviços de saúde, na qual todos os sujeitos participam dos processos de decisão, criação de espaços comuns e construção de uma corresponsabilidade na gestão e nos modos de cuidado<sup>4</sup>.

A ideia de inclusão enfatizada pela PNH nos remete às experiências de um “SUS que dá certo”, ou seja, aponta a criação de estratégias para a inclusão de sujeitos nos processos de mudanças dos serviços e redes nos quais estão inseridos. A PNH toma este princípio ampliando-o e qualificando-o como método da tríplice inclusão. Trata-se da inclusão de todos os sujeitos nos arranjos, processos e dispositivos de gestão, na clínica e na saúde coletiva. Tríplice,

**Autor correspondente**

**Marta Verdi**

Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Campus Universitário - Trindade  
CEP: 88040-900. Florianópolis, SC – Brasil  
Email: [marta.verdi@ufsc.br](mailto:marta.verdi@ufsc.br)  
Tel.: (48) 9972-1499

Artigo encaminhado 05/10/2014

Aceito para publicação em 13/11/2014

porque há um desdobramento em três planos que se atravessam: a inclusão dos diferentes atores (gestores, trabalhadores e usuários) objetivando a produção de autonomia; a inclusão dos analisadores institucionais e sociais que tencionam os modelos tradicionais de atenção e gestão; e o plano de inclusão dos coletivos: movimentos sociais, redes e grupos, destacando-se, neste caso, a importância dos espaços coletivos para o não aprisionamento de forças em um modelo instituído de saúde<sup>5</sup>. Incluir, aqui, implica a construção de espaços comuns, visando pôr em contato, em relação, diferentes sujeitos para que, no encontro, produzam entendimentos e ações comuns. Em outras palavras: a inclusão, neste contexto, significa promover o cotejamento de diferenças entre sujeitos para a construção de processos de corresponsabilização na gestão e no cuidado, e pelos encargos que daí derivam<sup>4</sup>.

Com base neste contexto, duas questões se mostraram centrais no presente estudo: “Como o método de inclusão emerge e comparece no processo de gestão participativa?” e “Quais interferências observadas nos processos de Gestão?”. A partir de tais questionamentos, este artigo teve por objetivo “Compreender de que modo ocorreram e foram percebidos os processos de Cogestão e Inclusão, durante e após o curso de formação de apoiadores da PNH”.

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa participativa, de caráter interinstitucional e multicêntrico, envolvendo o Ministério da Saúde brasileiro e três universidades públicas parceiras<sup>1</sup>, desenvolvida entre 2011 e 2014. Tal estudo<sup>11</sup> se propôs a investigar a Política de Formação de Apoiadores da PNH a partir dos efeitos produzidos por três processos de formação de apoiadores institucionais promovidos pela política entre os anos 2008 e 2010. O estudo fundamenta-se nas análises elaboradas pelo Comitê

Nacional de Pesquisa a partir dos relatórios analíticos dos Planos de Intervenção (PI) construídos à época dos cursos, dos questionários respondidos via plataforma Form-SUS e dos dados e análises produzidos pelos apoiadores em grupos focais, bem como em algumas entrevistas, com apoio do software para análise qualitativa Atlas.ti®. Compuseram o corpus de análise os PIs de 319 trabalhadores e gestores do SUS formados apoiadores que estiveram distribuídos em 111 municípios brasileiros: 52 no Rio Grande do Sul, 35 em São Paulo e 24 em Santa Catarina. A pesquisa organizou os dados colhidos em 8 eixos analíticos, a saber: ampliação da capacidade de análise dos apoiadores; dimensão ético-estético-política; conceito sintoma da humanização; função apoio; redes e produção de saúde; sentidos e estratégias pedagógicas utilizadas nos cursos avaliados; uso dos dispositivos de humanização e intervenção disparada; assim como o exercício da cogestão-inclusão experimentada no processo formativo da PNH, foco deste artigo.

O processo de construção dos eixos de análise, a estruturação do comitê nacional de pesquisadores reunindo 3 centros de pesquisa com formações e territórios diversos, incluindo, ainda, participantes não acadêmicos, e, finalmente, as estratégias utilizadas para compor conhecimentos novos acerca do tema-foco da pesquisa que contemplasse a riqueza dessa diversidade são alguns dos desafios trabalhados nessa experiência investigativa. Por tratar-se de um modelo de pesquisa contra-hegemônico, inovador, tal perspectiva teórico-metodológica exigiu que fossem construídas diferentes estratégias para dar conta da metodologia: constituição de comitês ampliados de pesquisa (CAP) e de um Grupo de Interesse de Pesquisa (GIP), grupos interinstitucionais, oficinas de pesquisa avaliativa e seminários com os apoiadores. O desafio metodológico encontrado diz respeito ao esforço de compatibilizar a aposta na humanização das práticas de saúde e as formas de produção de conhecimento na pesquisa qualitativa que dela resultem.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 A experimentação da cogestão e da inclusão

A cogestão foi a diretriz escolhida por 28% dos apoiadores que responderam ao questionário para basear seus Planos de Intervenção (PIs). Somando-se a esse dado, 24% dos apoiadores responderam

terem optado pelo Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) para sua intervenção. O GTH é um dispositivo da diretriz Cogestão que tem como objetivo intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. O GTH pode ser implantado em qualquer instância do SUS e é composto por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários dos equipamentos de saúde<sup>6</sup>.

A opção pela cogestão surge a partir das reflexões dos apoiadores sobre o seu local de trabalho, entendendo que a forma de gestão tem impacto sobre como são conduzidos os processos de trabalho. Em sua maioria, as reflexões apontam para modos tradicionais de gestão, verticalizados e centralizados na figura do gestor, entendendo que aí reside um importante nó crítico do sistema de saúde. A cogestão então se mostra como possibilidade de transformação, abrindo caminho para a valorização e participação dos profissionais. Desta forma, há um importante esforço dos apoiadores em formação para demonstrar e caracterizar o cenário da gestão em seus territórios.

As técnicas de gestão no campo da saúde ainda estão pouco desenvolvidas, ocupando uma posição subordinada à política hegemônica de um dado período. Desenvolver uma maneira adequada de administração dos serviços de saúde vai além de adaptar procedimentos de organização e método para o campo sanitário. Para que a gestão tenha um papel estratégico na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), deve-se cuidar daquelas características consideradas negativas aos objetivos do SUS, em especial, a questão da privatização. Há que se romper com a estrutura tradicional do sistema, ainda baseada na escola da Administração Científica, cuidando de se assegurar uma produtividade e eficácia razoáveis<sup>7</sup>.

A clássica obra de Taylor *Princípios de Administração Científica*, fundadora de um estilo de governar que ainda não foi superado, se mantém presente nos diferentes espaços e instâncias da gestão do SUS. Tem como eixo central a disciplina e o controle, produzindo sistemas que exige dos trabalhadores a renúncia de seus desejos e vontades.

Esse controle pressupõe a concentração de poder, ressaltado em dois princípios da teoria taylorista: a separação do trabalho intelectual do

trabalho manual (de execução) e a centralização do poder de planejar e de decidir na direção da empresa<sup>2</sup>.

Tal distanciamento entre o pensar e o fazer, característico dos modos de gestão mais tradicionais, foi percebido e apontado pelos apoiadores como uma fragilidade no tocante à participação dos trabalhadores, enfatizando, deste modo, a importância de trabalhar o princípio da indissociabilidade entre Atenção e Gestão. O método da roda se apresenta como possibilidade para a discussão da cogestão e da identificação do papel do apoiador como facilitador no processo, como mais um saber somando-se aos demais, e não como reproduzidor de lógica vertical e de único detentor do saber sobre o processo de gestão.

O Método da Roda aposta na democracia institucional não apenas como uma forma de alavancar mudanças sociais, mas como um fim em si mesmo. Busca a superação da visão instrumental que as escolas de administração têm sobre os chamados “recursos humanos” (*grifo do autor*). O Método da Roda pensa novos modos de analisar e operar Coletivos Organizados para a Produção, reconstruindo os arranjos estruturais, as linhas de produção de subjetividade e os métodos de gestão. Coletivo Organizado designa aqueles agrupamentos que têm como objetivo e como tarefa a produção de algum bem ou serviço. Coletivos Organizados para a Produção são todos os agrupamentos humanos articulados com alguma finalidade produtiva, com objetivos a serem cumpridos e com tarefas mais ou menos explícitas<sup>2</sup>.

A Gestão Democrática e participativa, que se concretiza por meio da construção de sistemas de cogestão, é um dos eixos de conformação do Método da Roda. É uma nova lógica de distribuição do poder<sup>2</sup>.

Surgem, assim, os primeiros movimentos de inclusão, pois, além de apontarem a gestão tradicional como importante analisador, iniciam-se algumas tentativas de aproximação com as equipes nos locais de trabalho. Essa aproximação apresenta-se de forma frágil, com maiores possibilidades nos locais onde os gestores demonstram flexibilidade e interesse no diálogo.

O coordenador de saúde, infelizmente, tem a visão de poder, suas ideias e decisões são ainda verticais, mas com as rodas de conversa criadas pela PNH e apoiadores, a sua presença está sendo contínua, e sinto

que vai haver mudança, pois alguns passos já foram dados e o gestor já está ouvindo os trabalhadores e os usuários em coletividade, deixando a democracia acontecer (PI SP).

Uma possibilidade apontada pelos apoiadores foi a coletivização da gestão das ações referentes à PNH, com a participação dos demais trabalhadores, sendo que 86% dos apoiadores que responderam ao questionário indicam ter contado com a ajuda de alguém para a execução de seu plano de intervenção. Conforme a PNH opera com a inclusão dos diferentes atores e olhares que atravessam a instituição, para apostar no relacionamento, fortalecer as redes e envolver os trabalhadores nas ações e reflexões sobre o processo de intervenção, os apoiadores procuraram, durante os PI's, envolver outros profissionais de outras instituições nas discussões, num sentido de ampliar a inclusão. Houve também o entendimento, por parte dos trabalhadores, da necessidade de inclusão de outros atores no processo de decisão e conhecimento de ações:

Assim, foi possível perceber que as oficinas estariam servindo para gerar o movimento de ampliação da roda entre os dois serviços, onde além de aprofundar o entendimento sobre a Política e correlacioná-lo às suas vivências do cotidiano. Para melhor ilustrar esta questão é que vou pontuar uma das reflexões apontadas pelos grupos, no qual questionam a exclusão da equipe que atua no Laboratório Municipal de Análises deste processo, assim como os usuários. Esta ponderação gerou uma acalorada discussão entre o grupo, pois puderam identificar as fragilidades e necessidades de articular e fortalecer a rede de serviços do próprio programa (PI SC).

O Grupo (...) defende a ideia de que as discussões em torno da PNH mantenham-se aquecidas entre os municípios, por isso em vários momentos o assunto foi tratado nas reuniões ordinárias da CIES (Comissão de Integração de Ensino e Serviço) (...), inclusive com a possibilidade da criação de um Comitê Regional de Humanização (PI SC).

Esse apoio parece ter refletido na execução das

ações propostas, pois 58% dos apoiadores que responderam ao questionário dizem ter conseguido executar seu plano de intervenção conforme haviam planejado durante o curso. E 54% informam que a diretriz executada foi a mesma planejada.

### 3.2 A figura do gestor

A figura do gestor emergiu em diversos momentos da colheita de dados, reforçando a importância desse sujeito no processo de produção de saúde, reforçando a recomendação da Política Nacional de Humanização, que enfatiza a inseparabilidade da gestão e da atenção.

Os dados revelaram certa tendência dos apoiadores a culpabilizar o gestor pela impossibilidade ou dificuldade de se produzir mudanças nos modos de gestão, tanto à época do curso quanto atualmente. Tal culpabilização, porém, parece sempre estar relacionada ao outro, ao gestor imediatamente acima na hierarquia institucional, uma vez que 55% dos apoiadores declararam no questionário que desenvolviam função de chefia/coordenação na época do curso, sendo que 52% estão nesses cargos atualmente.

Há uma insatisfação com a situação da gestão de algumas instituições, porém acomodado com a função empregatícia e incomodado com a falta de reconhecimento e com o processo de trabalho (sem construção de redes, gestão não participativa, falta de valorização profissional, falta de atenção adequada). **“Todo problema é a gestão!”** (grifo nosso) (Narrativa de Grupo Focal SC).

Vimos que a questão da gestão apareceu como fora-foco nesse grupo, à medida que não se tratou diretamente dessa temática, mas ela atravessou a conversa em diversos momentos, sob a forma de certa atribuição de responsabilidades ao gestor governamental pelas mazelas enfrentadas no cotidiano de trabalho das apoiadoras. Pareceu estar muito mais presente a ideia de heterogestão, em que se atribui ao outro a responsabilidade pela tarefa de gerir a rede e os serviços de saúde, do que uma postura de corresponsabilização pela gestão desses processos.” (Narrativa de Grupo Focal RS).

Outro ponto que surge das reflexões e falas dos apoiadores é o apoio do gestor em relação às ações e

intervenções pensadas durante o curso. Em alguns momentos, este apoio aparece como imprescindível e sua ausência pode ser observada como motivo de certa frustração para o apoiador. Para este, a presença e o envolvimento dos gestores mostram-se necessários, como garantia para que as intervenções pudessem ser iniciadas e tivessem continuidade. Outros grupos, porém, citaram como importante apenas a expressão do apoio por parte da gestão, seja da unidade de saúde ou do município, sustentando os processos desencadeados pela equipe, com eventual participação e envolvimento dos usuários. Para tais apoiadores a ausência do gestor nas reuniões ou nas discussões não gera impedimento, desde que seja garantido um espaço, mesmo que informal, para o diálogo. O mais importante aqui é a sensação de respaldo, que pode ser um sinalizador de certa postura marcada na lógica verticalizada de gestão que necessita de aprovação, em que as deliberações cogestivas são frágeis perante a totalidade e poder da figura do Gestor.

Com o passar do tempo, vendo como as coisas fluíam dentro do hospital, perdi a empolgação, até porque sai do curso muito animada, mas quando tentei fazer alguma coisa, fui barrada na hora, como sempre as chefias não têm interesse em mudar, ou seja, mexer no que já está pronto (PI SC).

Várias ações que foram levantadas como propostas de intervenção no momento do curso continuam em andamento e/ou tiveram desdobramentos que ressoam até o presente momento, e as **participantes atribuem essa conquista à sustentabilidade ofertada pelos gestores dos territórios em questão**, que solicitaram e possibilitaram que os apoiadores presentes no curso disseminassem o conhecimento aprendido para os demais colegas de trabalho. Novamente, a gestão como facilitadora, que possibilita e dá suporte (apoio) para as ações dos trabalhadores aparece de forma positiva e essencial, como um respaldo e incentivo para as ações a serem realizadas no serviço. (negrito nosso) (Narrativa de Grupo Focal SP).

Santos Filho; Figueiredo<sup>8</sup> nos lembram que cogestão não se refere apenas à gestão compartilhada do serviço, mas, também, à possibilidade de os trabalhadores poderem gerir

seu(s) processo(s) de trabalho. A concepção de cogestão pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Configura-se como um modelo que inclui os diferentes sujeitos no processo de análise e tomada de decisão. Podemos dizer então que ainda existe uma visão ingênua do papel do gestor e dos demais sujeitos envolvidos no processo, e de como se dão as relações num sistema que se pretende cogerido.

A transitoriedade da gestão e, com isso, as mudanças frequentes de gestor, também foi apontada como desafio ao processo de cogestão, pois esse quadro refletia a possibilidade de descontinuidade nas ações e no planejamento, indicando que o processo de descentralização, em muitos casos, dependia do desejo ou motivação pessoal de quem estivesse na posição de gestor.

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 (PI SC).

Ainda que os apoiadores tenham apontado dificuldades na relação com os gestores, 49% dos apoiadores enfatizaram que seus gestores/coordenadores, embora possuíssem pouco conhecimento sobre a PNH, tinham o interesse de ampliá-lo. Isso pode demonstrar certo contágio pela ação dos apoiadores, tanto durante o curso, quanto após ele, indicam que há possibilidade para a mudança do modo de gestão.

### **3.3 A cogestão e a inclusão como caminho para a valorização dos sujeitos**

A cogestão foi apontada como forma de democratização do cuidado e das ações desenvolvidas localmente, mais especificamente no cotidiano do local de trabalho. Essa perspectiva é trazida como uma forma de valorização do trabalhador de saúde e também como forma de corresponsabilização.

Fazer com que o profissional de saúde

esteja engajado nas decisões do cotidiano da unidade, buscando a responsabilização pelas ações desenvolvidas, faz com que o profissional sintam-se valorizado e participante do processo de construção de um atendimento cada vez mais adequado (PI SC).

A valorização do trabalhador implica, pelo menos, três grandes movimentos, segundo Pasche<sup>4</sup>: (1) inclusão do trabalhador nas definições sobre o funcionamento da organização de saúde; (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 intervir sobre os elementos e fatores que interferem na produção da saúde do trabalhador, incluindo os trabalhadores no mapeamento e controle de riscos.

Já a participação dos usuários e coletivos organizados nos processos de cogestão e corresponsabilização apareceu atrelada a questões restritas ao âmbito dos cuidados e ações em saúde. Porém, entendemos que o curso sensibilizou estes profissionais para a participação social, uma vez que a participação popular não era tomada como parte do processo antes da realização do curso.

Observa-se, como um dos pontos críticos desse processo em nosso município, o pouco estímulo à inclusão e valorização dos trabalhadores da saúde, assim como do usuário, tornando-se importante aprofundar a reflexão e produzir conhecimento a respeito do papel desses profissionais nos processos de cogestão, poderes, saberes e afetos, que tanto comentamos ser necessários para a de humanização dos processos de saúde (PI SC).

A participação cidadã em saúde é o espaço de abertura para a construção, com o conjunto da sociedade, de processos de corresponsabilização na gestão da política de saúde, sem, com isto, desresponsabilizar o Estado de suas funções essenciais. A criação de espaços coletivos e arenas decisórias para o processamento de interesses na formulação e gestão de políticas públicas é uma estratégia importante de democratização do Estado e do acesso aos serviços de saúde<sup>4</sup>. Embora os usuários não tenham sido incluídos nos processos

decisórios, houve uma aproximação e a reflexão da importância do compartilhamento com tais sujeitos. Essa inclusão aparece, inclusive, como algo projetado para o futuro, sem sinais de um exercício efetivo de cogestão. Contudo, a reflexão sobre a importância dos diferentes olhares se mantém.

Através do método da PNH, da Trílice Inclusão, pretende-se, no primeiro momento, realizar rodas de conversa com todos os trabalhadores dos setores que fazem parte da Vigilância em Saúde com a gestão, e após, ampliar a participação dos usuários do SUS garantindo a escuta, análise e retorno de suas demandas (PI SC).

### 3.4 As reuniões de equipe como movimento inclusivo

O fomento a reuniões de equipe, especialmente nas equipes da atenção básica através das discussões de casos, apareceu como um movimento relevante e, neste espaço, algumas questões e relatos importantes surgiram, sobretudo em relação à inclusão. No geral, apenas a equipe de trabalhadores de saúde se reúne, porém, outros atores que, tradicionalmente não participariam dessas discussões, foram incluídos.

Em primeiro lugar, acho importante salientar que para esta roda foram convidadas duas zeladoras que estavam trabalhando naquele dia, a vigilante e uma estudante de terapia ocupacional que realiza trabalho voluntário uma vez por semana no CAPS. Este fato ocorreu pela primeira vez, já que as nossas rodas sempre foram realizadas somente com os técnicos. Principalmente as zeladoras ficaram preocupadas e desconfiadas, achando que iam levar alguma “bronca” ou algo parecido, mas depois que viram que estavam ali porque achávamos importante ouvi-las (PI SC).

Para Cruz; Franco *et al*<sup>9</sup>, reunir-se é uma ação estratégica, visto que propicia o pensamento e a tomada de decisões, em conjunto, além da elaboração de estratégias de intervenção, pensadas conforme os recursos disponíveis. Desse modo, as reuniões de equipe podem ser importantes dispositivos para o redelineamento do trabalho, por meio de discussão de casos em uma perspectiva

interdisciplinar, desenvolvimento de atividades em educação permanente e avaliação sistemática do cotidiano da equipe<sup>10</sup>.

Alguns fatores podem determinar o êxito nas ações empreendidas e os efeitos nas comunidades, tais como a grupalidade da equipe, a horizontalidade da reunião e das relações, a confiança estabelecida entre os membros da equipe, se a informação deve ser “policiada” (grifo nosso) e a possibilidade de discussão dos nós do grupo. Entende-se aqui que reuniões mais horizontalizadas fortalecem a equipe, transformam o trabalho, modificam os integrantes, criam suportes para enfrentar os desafios, geram motivações para o trabalho, além de propiciarem a criação de espaços para dividir angústias e sofrimentos<sup>9</sup>.

Embora os resultados não demonstrem a presença dos usuários nas discussões de caso, um dos fragmentos chamou muito a atenção por sua ação política, pela inclusão do usuário em um espaço de conversa, culminando na “construção de uma desconstrução” do modelo de saúde assistencialista - e do uso que fazemos dele - desde a percepção de um modelo de saúde como bem de consumo associado a consultas, remédios e espaços coletivos segregacionistas, rumo à (re)construção desse modelo de saúde, que preconiza o bem-estar, a prevenção, o uso de espaços para conversas e debates, além de possibilitar outra maneira de pensar os diversos tipos de “tratamento”, inclusive, para a loucura.

No acolhimento realizado, fizemos uma abordagem voltada para a saúde, buscamos o repertório de cada indivíduo no que entendem sobre a saúde mental e sobre seu encaminhamento para o NAPS. [pergunta disparadora:]“ O que vem na mente quando se fala em NAPS”. Comentários: “lugar de louco”, “de tomar remédios”...Unanimidades de respostas com ideias arraigadas à doença. [Um dos participantes] fala sobre a necessidade de “fazer tratamento” e no decorrer da conversa cita uma atividade física que começou a realizar como algo não vinculado à saúde (prevenção). Utilizamos este comentário (atividade física) para disparar uma roda de conversa em que o grupo refletisse que o tratamento não se dá apenas com o uso de medicamentos e de consulta médica. Demos ênfase à prevenção e à visão (nova, para todos) de que o NAPS é também um local de

promoção de saúde. Houve feedback, com abertura para a proposta do atendimento psicossocial, e a adesão de alguns usuários aos grupos/atividades realizadas na unidade e na comunidade (PI SP).

Na atualidade, podemos perceber, dentre as muitas correntes teóricas que contribuem para o trabalho em saúde, pelo menos três grandes enfoques: o biomédico, o social e o psicológico. Cada uma destas três abordagens é composta de várias facetas; no entanto, pode-se dizer que existe em cada uma delas uma tendência para valorizar mais um tipo de problema e alguns tipos de solução, muitas vezes de uma forma excludente<sup>11</sup>.

Neste contexto, a PNH traz a proposta da Clínica Ampliada, buscando se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. A Clínica Ampliada reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância de um enfoque, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação. Outro aspecto diz respeito à urgente necessidade de compartilhamento com os usuários dos diagnósticos e condutas em saúde, tanto individual quanto coletivamente. No plano da saúde coletiva, ampliar e compartilhar a clínica é construir processos de saúde nas relações entre serviços e a comunidade de forma conjunta, participativa, negociada<sup>11</sup>.

A Clínica Ampliada mostra-se como dispositivo resolutivo quer seja no âmbito da atenção, quer no âmbito da gestão de serviços e redes de saúde. Impulsiona mudanças nos instrumentos de trabalho, que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial) e técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada. Torna-se necessário ampliar a capacidade de escuta do outro e de si mesmo, a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com comunidade. Destarte, a Clínica Ampliada exige dos profissionais de saúde um exercício permanente de exame dos seus valores e dos valores em jogo na sociedade. O compromisso ético com o usuário deve levar o serviço a ajudá-lo a enfrentar, ou ao menos perceber, um pouco deste processo de permanente construção social em que todos influenciam e são influenciados<sup>11</sup>.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao olharmos para os resultados, podemos perceber que houve certa dificuldade em interferir nos modos de gestão instituídos dos serviços de saúde, porém ocorreram ações pontuais nos locais de trabalho, referentes, em especial, às mudanças nos modos de gestão do cuidado.

A reflexão sobre a importância da cogestão e a análise do panorama da gestão no território ocorreu, levando o apoiador a ter uma nova postura em seu local de trabalho, buscando incluir os demais trabalhadores e usuários nos momentos de discussão sobre o processo de trabalho e sobre o cuidado. Porém, no que concerne a transformações na coordenação das instituições e gestão dos municípios, os dados apontam para dificuldades, barreiras e motivos de frustração e angústia para alguns apoiadores.

Quanto ao método da inclusão, ele comparece no processo em diferentes dimensões. Por hora de forma exitosa, dada a possibilidade de incluir na roda diferentes atores que até aquele momento não tinham a possibilidade do encontro. Todavia, é preciso problematizar como essa inclusão se deu, qual o sentido atribuído a ela, o sentido de disponibilizar informações aos diferentes sujeitos, possibilitando que o conhecimento transite por diferentes espaços (entretanto, um trânsito ainda de “mão única”: dos trabalhadores para o usuário, por exemplo, o que, portanto, dificulta a troca de saberes) ou se ocorreu de forma ética, com reconhecimento legítimo do outro, de suas singularidades e saberes. Entendemos que aqui reside uma diferença importante entre disponibilizar informação e/ou ofertar conhecimento e, efetivamente, garantir acesso aos espaços de discussão. O conhecimento, ainda que devidamente bem informado, só é útil se gera mudanças.

A inclusão apareceu também como uma perspectiva para o futuro, acreditando num SUS ideal ou, conforme relatado em vários PI's, num SUS que dá certo.

Um aspecto que ficou muito nítido ao ler os documentos foi o impacto que o método da PNH, e do próprio curso, causou nos participantes. Uma proposta que aposta nas discussões, nas trocas de experiências, na busca de novas possibilidades a partir da problematização da realidade de cada território e que, portanto, se propõe mais ativa e participativa.

Percebeu-se que o apoiador teve a preocupação de compartilhar o conhecimento e a experiência vivenciada no curso, ampliando as discussões e ensaiando estratégias de cogestão e inclusão. Parece haver ainda a aposta em que as pessoas transmitam para seus pares o conhecimento aprendido, e que os espaços para tal multipliquem-se facilitando cada vez mais a troca de saberes, de experiências e de vivências.

Para Campos<sup>12</sup>, a discussão da gestão do SUS é obrigatória, principalmente por aqueles que fazem a defesa do nosso sistema de saúde e que estão interessados em seu avanço. Ao revisarmos os modelos de gestão empregados no SUS, temos que considerar os limites de qualquer reforma gerencial ou do modelo de gestão; em geral, o desempenho das organizações depende de um complexo de fatores, entre eles, o contexto político, econômico e cultural e não somente de alterações tecnogerenciais, ainda que estas interfiram no desempenho dos serviços.

Assim, mostra-se a importância de estudos sobre a possibilidade de trabalharmos com a cogestão e a tríplice inclusão, em especial, nos movimentos necessários para a superação das fragilidades dos modelos hegemônicos, tanto no modo de gestão quanto dos modelos de atenção. Essa foi uma limitação do presente estudo, uma vez que não foi possível analisar muito além das reflexões dos apoiadores.

## NOTAS

- I. Pesquisa realizada por meio de um convênio entre três universidades públicas brasileiras – UFRGS, UFSC e UNESP - e o Ministério da Saúde, no âmbito do Projeto Desenvolvimento de Técnicas de Operação e Gestão de Serviços de Saúde em uma Região Intramunicipal de Porto Alegre – Distritos da Restinga e Extremo-Sul, de acordo com o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), firmado entre o Ministério da Saúde e a Associação Hospitalar Moinhos de Vento, por meio do termo de ajuste de número 05/2011, assinado em 31 de dezembro de 2011. Financiada também pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (processos nº 454758/2012-0 e 476289/2013-0).
- II. O projeto de pesquisa levou em consideração todos os aspectos éticos determinados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, tendo sido aprovado sob o número 152.518 em 8/11/2012

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Grupo de Trabalho de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Brasil. HumanizaSUS: gestão participativa e co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
3. Brasil. Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. Campos, GWS. A saúde pública e a defesa da vida. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2006.
5. Brasil. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2007.
6. Brasil. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciênc Saúde Coletiva 2007; 12(2): 301-6.
7. Cruz MLS, et al. Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). Psicol Rev 2008; 17(1/2): 161-83.
8. Escóssia L. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. Revista Interface Comun Saúde Educ 2009; 13: 689-94.
9. Grando MK, Dall'agnol CM. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde da família. Esc Anna Nery Rev Enferm 2010; 14(3): 504-10. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000300011&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300011&lng=pt). Acesso em 23.07.2014.
10. Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. Rev Saúde Pública 2008; 42(3): 555-61.
11. Pasche DF. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. Revista Interface Comun Saúde Educ 2009; 13(Suppl. 1): 701-8.
12. Santos Filho SB, Figueiredo VON. Contratos internos de gestão no contexto da Política. Interface Comun Saúde Educ 2009; 13(Suppl. 1): 615-26.