



MINISTÉRIO DA SAÚDE

HUMANIZA
SUS

Gestão Participativa e Cogestão



Brasília – DF
2010

Boehringer
Ingelheim

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS



Gestão Participativa e Cogestão

1ª edição
1ª reimpressão

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília – DF
2010

© 2009 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:
<http://www.saude.gov.br/editora>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 1.ª reimpressão – 2010 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS

SAF Sul, Trecho 2, Bloco F, 1º andar, sala 102, Ed. Premium, Torre II

CEP: 700058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 3306-8130

E-mail: humanizasus@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/humanizasus

Coordenador da Política Nacional de Humanização:

Dário Frederico Pasche

Projeto gráfico e diagramação:

Alisson Sbrana - Núcleo de Comunicação/SAS

Revisão:

Bruno Aragão

Fotos:

Radilson Carlos Gomes

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540 / 610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-2020 / 3233-1774

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:

Normalização: Maria Resende

Revisão: Khamila Christine Pereira Silva

Diagramação: Sérgio Ferreira

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

Gestão participativa e cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. ed. 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 978-85-334-1586-7

1. Humanização do atendimento. 2. Saúde Pública. 3. Gestão do SUS. I. Título. II. Série.

CDU 35:614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2010/0380

Titulos para indexação:

Em inglês: Participative administration and co-management

Em espanhol: Gestión participativa y cogestión

Sumário

Apresentação **04**

Cogestão: o fazer coletivo
de um SUS solidário **06**

A Política Nacional de Humanização e a
Gestão Participativa: definindo os termos **13**

Política de Humanização e gestão
democrática como reinvenção das
organizações para a emergência da diferença **26**

Arranjos e dispositivos
para o exercício da cogestão **32**

Referências **44**

Apêndice **46**

Apresentação

O Ministério da Saúde tem reafirmado o HumanizaSUS como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde, englobando os diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Tem por 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.

Operando com o princípio da transversalidade, o HumanizaSUS lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada.

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde.

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.

A Política Nacional de Humanização não é um mero conjunto de propostas abstratas que esperamos poder tornar concreto. Ao contrário, partimos do SUS que dá certo.

O HumanizaSUS apresenta-se como uma política construída a partir de possibilidades e experiências concretas que queremos aprimorar e multiplicar. Daí a importância de nosso investimento no aprimoramento e na disseminação das diferentes diretrizes e dispositivos com que operamos.

As Cartilhas HumanizaSUS têm função multiplicadora; com elas esperamos poder disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da Saúde.

Brasília, 2009.

Cogestão: o fazer coletivo de um SUS solidário

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus princípios definidos na Constituição Federal a participação social, na perspectiva de democratizar a gestão da saúde. Esta gestão, no entendimento da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), não é exercida apenas no âmbito do sistema e serviços de saúde, mas também diz respeito ao cuidado em saúde.



Para operacionalizar a participação social, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, orienta sobre a formação dos Conselhos de Saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal. Estes conselhos são compostos por trabalhadores e gestores de saúde (50% dos conselheiros, sendo 25% para cada segmento) e os restantes 50% são compostos por usuários do sistema.



As representações dos usuários e dos trabalhadores no Conselho Municipal, Estadual e Nacional de Saúde devem ter legitimidade e compromisso político com seus representados. Desta forma, para garantir esta legitimidade, sua atuação deveria ser precedida por consulta sobre os interesses de sua comunidade.

Ainda segundo a Lei nº 8.142, as Conferências Nacionais de Saúde são espaços estratégicos de participação social. Independente da convocação nacional, os municípios podem e devem realizar suas conferências visando avaliar a saúde no município e propor diretrizes para a organização do sistema e das práticas de saúde de sua população. Sugere-se que a convocação seja logo após o gestor assumir o cargo, subsidiando a construção do Plano Municipal de forma mais adequada aos anseios e necessidades da população.

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

A participação social não pode estar restrita às instâncias formalizadas. Ela deve ser valorizada e incentivada no dia-a-dia dos serviços do SUS.

estados as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), com representações dos municípios e do estado. Estas Comissões são também lugares importantes de exercício de gestão compartilhada e participativa, muito embora reúnam gestores, os quais então definem de forma mais corresponsabilizada os encargos sanitários.

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, no cotidiano das práticas de saúde, que envolvem as relações, os encontros entre usuários, sua família e rede social com trabalhadores e equipes de saúde, necessita alterações nos modos de organização do trabalho em saúde. Ou seja, que se alterem os processos de definição das tarefas, responsabilidades e encargos assumidos pelos trabalhadores.

Tradicionalmente, os serviços de saúde organizaram seu processo de trabalho baseando-se no saber das profissões e das categorias (as coordenações do corpo clínico ou

médico, da enfermagem, dos assistentes sociais, etc.) e não em objetivos comuns.

Na verdade esse tipo de organização não tem garantido que as práticas dos diversos trabalhadores se complementem, ou que haja solidariedade no cuidado, nem que as ações sejam eficazes no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Isso tem acarretado falta de motivação dos trabalhadores e pouco incentivo ao envolvimento dos usuários nos processos de produção de saúde (corresponsabilização no cuidado de si).

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.

Para a realização dos objetivos da saúde (produzir saúde; garantir a realização profissional e pessoal dos trabalhadores; reproduzir o SUS como política democrática e solidária) é necessário incluir trabalhadores, gestores e



usuários dos serviços de saúde em um pacto de corresponsabilidade.

A gestão participativa reconhece que não há combinação ideal prefixada desses três pontos, mas acredita que é no exercício do próprio fazer da cogestão que os contratos e



compromissos entre os sujeitos envolvidos com o sistema de saúde vão sendo construídos.

O modelo de gestão que a Política Nacional de Humanização propõe é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente.

Por exemplo, ao desempenharem seus papéis, os gestores orientam-se por metas que são apresentadas como propostas para os colegiados. Estas devem ser analisadas, reconstruídas e combinadas. Também os usuários e seus familiares, assim como os profissionais em suas equipes, têm propostas que serão apreciadas pelo colegiado e resolvidas de comum acordo.

Por isso, os colegiados são espaços coletivos tanto dos gestores e dos trabalhadores da saúde quanto dos usuários. Espaços em que há discussão e tomada de decisões no seu campo de ação de acordo com as diretrizes e contratos definidos.

A implementação das diretrizes do SUS deve, ao mesmo tempo, garantir motivação, estimular a reflexão e aumentar a autoestima dos profissionais, bem como o fortalecimento do empenho no trabalho, criatividade na busca de soluções e aumento da responsabilidade social. Pressupõe, também, interação com troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais, usuários e gestores.

Para promover a gestão participativa, ou seja, maior democratização nos processos de decisão, vários caminhos podem ser adotados. Para tanto, dispositivos/arranjos estão sendo implementados nos múltiplos espaços de gestão do SUS, Brasil afora, com bons resultados.

A Política Nacional de Humanização e a Gestão Participativa: definindo os termos

Uma aposta radical do HumanizaSUS é a democratização da gestão, que implica na ampliação do grau de transversalização entre os sujeitos envolvidos na trama do cuidado em saúde. Ao serem implementadas, as diretrizes da Política Nacional de Humanização provocam uma alteração na correlação de forças na equipe e desta com os usuários e sua rede social, o que favorece a produção/ampliação da corresponsabilização no processo de cuidado.

O que é gestão? Uma primeira aproximação

Podemos conceituar a gestão em saúde como a capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos (modos de fazer), diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde. Além disso, a gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação,

articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins/metabolivos. Trata-se, portanto, de um campo de ação que tem por objeto o trabalho humano que, disposto sob o tempo e guiado por finalidades, deveria realizar tanto a missão das organizações como os interesses dos trabalhadores.

Por que é necessária a gestão?

A gestão se faz necessária, entre outros, por não haver previamente coincidência entre as finalidades da organização e interesses e desejos dos trabalhadores. Uma das tarefas da gestão é, portanto, construir coincidências entre os interesses e necessidades dos trabalhadores, a disposição de meios e os fins da organização. Não sendo necessária nem previamente estas coincidências, a gestão tem por objeto os conflitos derivados desta discrepância.

Assim, a gestão toma por objeto o trabalho humano e lida com uma multiplicidade e diversidade de interesses que nele se atravessam.

O trabalho humano é composto por contradições, apresentando-se, ao mesmo tempo, como espaço de criação e de repetição; espaço de exercício da vontade e ação pelo constrangimento de outrem; trabalho para si e trabalho demandado do outro, encarnado em sujeitos e coletivos que portam necessidades (sempre sócio-históricas). Assim, é ilusão pensar que se trabalharia sempre a favor dos inte-

resses e das necessidades dos agentes imediatos do trabalho. Trabalhar resulta, pois, da interação de elementos paradoxais, os quais determinam tanto a sua realização como sentido, quanto como alienação para seus agentes.

Uma nova gestão do trabalho nas organizações de saúde precisa reconhecer a indissociável relação entre trabalho livre e trabalho estranhado e apontar exatamente aí inovações que permitam – no caso da área da Saúde – ampliar a capacidade de produção de saúde e, ao mesmo tempo, ampliar a realização dos trabalhadores (trabalho dotado de sentido).

As organizações de saúde como espaço do exercício da gestão

Os estabelecimentos de saúde são organizações profissionais compostas por sujeitos que detêm coeficientes ampliados de autonomia (de ação, de agir deliberado), o que faz com que a gestão sofra constrangimentos para a sua ação. A grande diversidade de sujeitos na composição do trabalho em saúde é definida, entre outros, pelo objeto, objetivos estratégicos, missão e posição do serviço na rede de cuidados.

De outra parte, as organizações de saúde dependem, em alguma medida, da relação que estabelecem entre si para a obtenção de seus resultados, requisitando intercâmbios definidos e mediados pelos objetos de que se ocupam e

O modelo tradicional de organização do trabalho em saúde não tem garantido que as práticas se complementem, ou que haja solidariedade no cuidado.

pelas responsabilidades que contraem no sistema de saúde. Além disso, as organizações de saúde produzem distintos graus de vinculação com sua clientela, estabelecendo com ela processos de contratualização, os quais definem corresponsabilizações.

Por fim, as organizações de saúde têm distintas densidades e composições tecnológicas entendidas como saberes (na forma de conhecimento, práticas e/ou equipamentos), sendo que alguns deles predominam na execução de suas atividades.

Essas características das organizações de saúde determinam que elas se apresentem como realidades diversas e plurais, compondo com outras organizações um extenso mosaico de serviços e uma rede de múltiplas conexões. Além disso, as organizações de saúde são complexas, pois lidam com objetos complexos (riscos e doenças); são compostas por uma grande diversidade/variabilidade tecnológica; e constituídas por sujeitos que detêm autonomia (capacidade de agir com grau de liberdade ampliado), que é exercida de forma desigual, pois seus agentes internos

acumulam poder de forma desigual, fazendo com que coexistam distintas produções e experimentações subjetivas. Dessa forma, a gestão das organizações de saúde se apresenta como tarefa hipercomplexa.

Como tem sido realizada a gestão nas organizações de saúde?

Os processos tradicionais de gestão do trabalho – modos de organizar e realizar a gestão do trabalho humano – entenderam que o trabalhador se submete ao trabalho para realizar os interesses dos proprietários mediante, de um lado, a necessidade de trabalhar, como condição *sine qua non* de sua reprodutibilidade e, de outro, o exercício do controle de suas vontades.

Por muito tempo esta tradição tratou de produzir o entendimento (cultura, ideologia) de que os trabalhadores não tinham condição de conduzir seu próprio trabalho, pela simples falta de capacidade de gestão, ou seja, de condução da organização. É claro que esta produção (interessada) tratava de isolar os trabalhadores em postos de execução, cuja definição encontrava-se em níveis técnicos intermediários, responsáveis então pela formulação, planejamento, controle e avaliação.

Nessa lógica, o trabalho seria realizado mediante a ação não-espontânea dos trabalhadores, que necessitariam de supervisão, controle, estímulos (financeiros, morais, etc.)

para produzir, para realizar as tarefas. Esta lógica (taylorista, fordista) ainda permanece no cotidiano do trabalho contemporâneo, em que pese um conjunto de novas teorias e metodologias que surgiram no decorrer do século XX.

O que produz esta concepção de trabalho no trabalhador?

Em primeiro lugar, uma produção subjetiva, forjada sobre a incapacidade de realização, produz uma “infantilização” dos trabalhadores. A isto se agrega a renúncia em participar de processos de criação, transformando o trabalho em lugar de repetição, de produção em série, de realização daquilo que foi pensado em outro lugar.



A consequência imediata disto é a diminuição/destituição do sentido do trabalho, que tende, então, a ser realizado de forma mecânica, repetitiva e desconectada de um processo global de produção: produzem-se partes, cujas conexões não são sabidas. Assim, a fragmentação dos processos de trabalho tende a manter os trabalhadores em posição sempre defasada ao todo da tarefa, cujo sentido não é conhecido.

Alienação, renúncia, trabalho como repetição, não como espaço de criação. Trabalho como constrangimento à vontade humana. Trabalho destituído de sua potência instituinte. Trabalho mortífero!

A que se presta a gestão não-democrática?

Nesta tradição, a gestão, em tese, cumpre a função de manter a organização produzindo e em funcionamento. Espaço de acionamento dos meios, do trabalho humano (então chamados recursos humanos – RH) para os fins da organização. Espaço de controle, de submissão e de renúncia do trabalhador.

Qual sentido de gestão tem sido adotado pela Política Nacional de Humanização?

A Política Nacional de Humanização entende que o trabalho é elemento substantivo da criação do homem, que cria

a si e ao mundo. A autoria do mundo é condição para a construção de si. Como então, no trabalho da saúde, avançar para uma outra gestão do trabalho – e, por consequência, das organizações?

Ampliando o conceito de gestão: cogestão

O trabalho sempre será uma mistura de espaço de criação com repetição; espaço de exercício da vontade com constrangimento; trabalho para si e trabalho demandado do outro, encarnado em sujeitos e coletivos que portam necessidades (sempre sócio-históricas). Assim, é ilusão pensar que se trabalharia sempre a favor dos interesses e necessidades dos agentes imediatos do trabalho.

Esta premissa, contudo, não pode ser justificadora do trabalho imposto como foi pela tradição taylorista-fordista, até porque nela a imperiosa questão da reprodução privada do capital é central: o trabalho é o elemento da produção de mais-valia, logo a gestão é instrumento essencial da reprodução do capital.

A gestão não é um lugar ou um espaço, campo de ação exclusiva de especialistas: todos fazem gestão.

Uma nova gestão do trabalho nas organizações precisa reconhecer a indissociável relação entre trabalho livre e trabalho estranhado e apontar, exatamente aí, inovações que permitam – no caso da área da Saúde – ampliar a capacidade de produção de saúde, ao mesmo tempo que ampliar a realização dos trabalhadores. Mas como fazer isto?

Experimentação da gestão no SUS

Estas questões não podem ser tratadas fora do contexto político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), que é um produto da Reforma Sanitária Brasileira. A experiência brasileira de reorganização do sistema público de saúde, na trajetória dos 20 anos do SUS (considerando como marco inicial a promulgação da Constituição Federal de 5 de outubro de 1988), acumulou uma série de avanços, tanto na reorganização do sistema de serviços e na introdução de novas políticas de saúde (PASCHE et al., 2006), como na produção de modificações no padrão de morbi-mortalidade da população brasileira.

Todavia, em que pesem os avanços, muitos são ainda os desafios que permanecem na agenda sanitária nacional, cujo enfrentamento requisita e impõe como condição a produção de um novo pacto sanitário nacional que permita a introdução de inovações nas formas de organização e de gestão do sistema de saúde brasileiro.

A produção de mudanças necessita da composição de uma agenda política, que deve dialogar com muitos interesses de vários setores sociais e, nesta medida, permitir o alargamento dos espaços de debate, a ampliação da participação da sociedade e a transparência no processo de discussão, que são condições essenciais para a consolidação de um sistema público e democrático.

Este novo pacto nacional, entre outros, deveria incluir como tema prioritário a reconstrução das práticas de saúde – o que remete, necessariamente, ao tema da recomposição e reorganização dos processos de trabalho. Isto, por sua vez, reclama que se coloque em tela o tema do trabalho em saúde reposicionando-se o campo e os instrumentos de gestão, de modo que se apresentem como método e espaço de intervenção (CAMPOS, 2003) dotado de capacidade de produzir sujeitos aptos a imprimir mudanças nos modos de cuidar e nos modos de gerir.

De outro lado, o desafio de mudança nas práticas de saúde requer a utilização de métodos que guiem e dêem suporte a este intento, sem o qual mudanças mais substantivas terão dificuldades de serem implementadas e sustentadas. A Política Nacional de Humanização, uma das inovações no SUS (PASCHE et al., 2006), propõe como método a inclusão, a qual se apresenta como uma “tríplice inclusão” (BRASIL, 2007a). Incluir sujeitos, coletivos e a perturbação que estas inclusões produzem nos processos de gestão. Assim, mudanças nos modos de cuidar e de se fazer gestão decorreriam da “produção de plano e ação comum” entre

sujeitos, guiados pelo pressuposto ético de produzir saúde com o outro.

Campos (2000) 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 geri-los, de conduzi-los, pois estão ocupados agora por sujeitos que portam distintos desejos, interesses e necessidades. Gastão Campos constrói, então, um método que pode ser apresentado como a criação de espaços coletivos para o exercício da cogestão considerando a análise de demandas multivariadas, oferta de quadros de referência para sua compreensão (produção de textos) e a construção e contratação de tarefas (corresponsabilização), considerando não só a função primária da organização de saúde (produzir saúde), mas também a produção de sujeitos (função secundária das organizações).

Assim, o espaço da gestão a partir da experiência brasileira passa a ser compreendido também como exercício de método, uma forma e um modo de fazer as mudanças na saúde, considerando a produção de sujeitos mais livres, autônomos e corresponsáveis pela coprodução de saúde.

Cogestão, ampliação das tarefas de gestão: ir além de manter as organizações funcionando

A gestão não é um lugar ou um espaço, campo de ação exclusiva de especialistas. Todos fazem gestão!

Tomar a gestão como um método implica também na adição de outras funções para a gestão, para além de ser um espaço substantivo que permite a organização de saúde operar no tempo. No Brasil tem sido comum a expressão cogestão, cujo prefixo “co” designa duas inclusões, as quais alargam conceitualmente o que se entende por gestão.

Em primeiro lugar, cogestão significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão). Assim, ela seria exercida não por poucos ou alguns (oligo-gestão), mas 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”.

De outra parte, a idéia de cogestão recompõe as funções da gestão que, além de manter a organização funcionando, teria por tarefas:

- Analisar a instituição, produzir analisadores sociais – efeitos da ação político-institucional que trazem em si a perturbação, germe necessário para a produção de mudanças nas organizações. Assim, a gestão é concebida como um importante espaço para a problematização dos modelos de operar e agir institucional;
- Formular projetos, que implica abrir-se à disputa entre sujeitos e grupos, os quais disputam os modos de operar

e os rumos da organização. Dessa forma, a gestão é também um espaço de criação;

- Constituir-se como espaço de tomada de decisão, portanto lugar substantivo de poder, entendido como capacidade de realização, força positiva, criadora;
- Ser um espaço pedagógico, lugar de aprender e de ensinar; espaço de aculturação, de produção e socialização de conhecimentos.

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.

Como introduzir novos sujeitos no processo decisório e quais benefícios isto traria para a produção de saúde?

A inclusão de novos sujeitos nos processos decisórios das organizações de saúde, para se concretizar como prática de gestão, necessita da construção de condições políticas e institucionais efetivas. Estas condições tomam expressão na forma de arranjos e dispositivos, os quais criam um sistema de cogestão, viabilizando a constituição de espaço-tempo para o exercício da gestão compartilhada, cogestão, cogoverno.

A inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão traria como efeito a ampliação da implicação e corresponsabilização cuidado, uma vez que as definições, na forma

da produção de tarefas, seriam coletivas, ou seja, derivadas de pactos entre os sujeitos, e não de imposições sobre eles. De outra parte, maior implicação e uma produção mais compartilhada de responsabilidades resultaria em mais e melhor produção de saúde, uma vez que a vontade de fazer estaria ampliada, reafirmando pressupostos éticos no fazer da saúde.

Política de Humanização e gestão democrática como reinvenção das organizações para a emergência da diferença

O trabalho nas sociedades contemporâneas, sob a égide do capital, instrumentalizou a ação do homem para a produção de mercadorias e realização de mais-valia. Isto foi possível, entre outros motivos, pelas disciplinarização e controle do trabalho e do trabalhador, tarefa que coube à gestão do trabalho. Este processo produziu forte alienação, fazendo com que o trabalho perdesse sentido, pois além de estritamente relacionado à produção de lucro (trabalhador como recurso humano), expropriou os trabalhadores da decisão sobre a organização dos processos de trabalho.

A história mostra que os trabalhadores não sofreram esta organização do trabalho sem resistências, as quais, ao

lado de outros fatores, impuseram mudanças sucessivas na lógica da organização do trabalho desde o final do século XIX. Contudo, resta sempre a questão de que o trabalho no regime do capital é sempre meio para a produção de mais-valia e, então, ajustes nos modos de gestão estarão sempre condicionados a esta que é uma marca irremovível deste regime.

No campo da saúde, a alienação no trabalho causa efeitos destrutivos, pois a produção de saúde depende da qualidade do encontro com o outro, encontro que é decorrente das formas de relação e dos processos de intercessão entre sujeitos. Esta questão tem apontado para a necessidade de reorganizar o trabalho em saúde na perspectiva de produzir sentido para quem o executa. Sem este sentido não se reduz a alienação, ou seja, não se consegue reposicionar os sujeitos na relação para a produção de contratos de corresponsabilização no cuidado.

De outra parte, o trabalho – em que pesem as discussões estabelecidas desde o final do século passado no contexto da globalização, do qual emergiram questões sobre a “crise do trabalho” no contemporâneo – se apresenta como uma importante linha de força na produção de sujeitos, na determinação dos modos de subjetivação. Isto quer dizer que a reinvenção da arquitetura de poder nas organizações e a reconstrução dos processos de trabalho interferem substancialmente nos modos de subjetivação. Talvez esta seja uma razão bastante forte para repensar as organizações de saúde.

Reinventar a gestão e os modos como se organizam a rede de atenção e as ofertas de cuidado implica, de um lado, a deflagração de um processo cultural, que por sua vez requer a produção de novas relações entre sujeitos e de novos processos institucionais. De outro lado, esta reinvenção requer a reestruturação das organizações, dos estabelecimentos de saúde, que necessitam de uma nova arquitetura capaz de propiciar e fomentar novos modos de circulação de poder e de produção de subjetividade, capazes então de fomentar a construção de inovações nas práticas de saúde (PASCHE, 2005).

Reinventar os modos de governar as instituições – portanto, de recriá-las para uma nova expressão da correlação de forças – é um exercício de aprimoramento da democracia institucional. Isto exige, entre outros, a formulação de arranjos e processos que permitam o partilhamento de interesses e a produção de novas contratualidades nas diferenças dos sujeitos. Para tanto, há de se lançar mão de conceitos ampliados de gestão, de sujeito, de subjetividade e de grupos, que permitam a compreensão e operação concreta de novos contratos (PASCHE, 2005).

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 Gastão Campos (2000) vai denominar de Função Paideia.

Reinventar a gestão requer novas relações entre sujeitos e novos processos institucionais.

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. É nesta perspectiva que a própria gestão se apresenta como um método, pois ela tanto pode se prestar ao exercício do controle dos sujeitos (processos de assujeitamento), como pode ser um importante espaço de reinvenção do trabalho, produzindo sentido desde pressupostos éticos – como, por exemplo, a base doutrinária do SUS (equidade, universalidade, integralidade e participação cidadã).

Reinventar as organizações pressupõe alterar o modo de produção e fluxos de poder. Em geral, as organizações de saúde (que são realidades hipercomplexas) 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 (chefes com chefes, médicos com médicos, enfermeiros com enfermeiros, e assim por diante), 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 deveria permitir a ampliação da superfície de contato entre as pessoas, possibilitando o encontro das diferenças. Esta orientação se sustenta pelo argumento de que os objetos com que os trabalhadores lidam são complexos (risco de adoecer e doenças), o que exige ação interdisciplinar. A ação interdisciplinar necessita da organização de espaços para o encontro e composição nas diferenças para arranjar formas de intervenção que articulem os diferentes territórios de saberes e práticas. Sem esta articulação o trabalho deixa de ter transversalidade, apresentando-se tão-somente como realidade multidisciplinar.

O fomento e a organização de rodas é uma diretriz da cogestão. Colocar a diferença em contato para que se produzam movimentos de desestabilização nos acúmulos até então obtidos (sempre insatisfatórios) e produzir mudanças nas práticas de gestão e de atenção. Instituições mais abertas aos movimentos de mudança são uma contraprodução no campo da gestão tradicional, sempre temerosa da emergência do conflito e das perturbações, porque produzem ruídos. Todavia, instituições mais permeáveis e porosas têm maior capacidade de lidar com as instabilidades e com a emergência de contextos de crise, pois estão preparadas e dispostas a acionar a inteligência coletiva de seus integrantes. E isto requer e exige o exercício ampliado de gestão, que deixaria de ser uma

“oligo-gestão” (gestão de poucos) para uma cogestão (que inclui novos sujeitos).

A Política Nacional de Humanização denomina este movimento metodológico como “método da tríplice inclusão”. Assim, o contato com a diferença vai exigir que as instituições passem a lidar e não a evitar os conflitos; aliás, as organizações e seu processo de gestão ampliado passam a produzir perturbações, pois o encontro entre as diferenças propicia a emergência de tensões advindas da relação entre sujeitos que portam diferentes desejos, interesses e necessidades. Isto requer, além de método, a introdução de estratégias de suporte para as equipes como, por exemplo, a oferta de apoio institucional.

A reorganização da arquitetura das organizações deveria produzir unidades de produção (UP), onde equipes de referência se constituiriam para lidar com seus objetos complexos. Estas unidades de produção e equipes de referência são conceitos e ferramentas basilares para a reorganização das práticas de gestão e de saúde porque, a partir do estabelecimento de contratos internos (nas equipes e nas organizações a que pertencem), estabeleceriam acordos com outras equipes e serviços – fundando, assim, possibilidades concretas de reorganizar a rede de atenção à saúde, sem o qual não se garante o cuidado longitudinal. Assim, a produção de contratos entre equipes e serviços é uma das funções da gestão, tarefa sem a qual não se ampliam as estratégias de responsabilização.

A reinvenção organizacional, tanto no sentido da instauração de espaços coletivos para a concertação e pactuação de interesses como da reconstrução das linhas de poder, que implica o redesenho organizacional, é condição necessária para o intento de fazer com que as organizações de saúde se aproximem o mais possível da realização do objetivo de produzir saúde (função e tarefa primária) e sujeitos mais autônomos e livres, condição para a construção mais partilhada de processos de corresponsabilização.

Arranjos e dispositivos para o exercício da cogestão

Para fins didáticos, a Política Nacional de Humanização distingue arranjos/dispositivos de cogestão em dois grupos:

O primeiro grupo diz respeito à organização do espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre desejos e interesses tanto dos usuários quanto dos trabalhadores e gestores.

O segundo grupo refere-se aos mecanismos que garantam a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde. Estes devem propiciar tanto a manutenção dos laços sociais dos usuários internados quanto a sua inserção e a de seus familiares nos projetos terapêuticos e acompanhamento do tratamento.

Almejam, portanto, a participação do usuário, sua família e rede social, na perspectiva de garantir os direitos que lhes são assegurados e também o avanço no compartilhamento e corresponsabilização do tratamento e cuidados em geral.

Organização de espaços coletivos de gestão para a produção de acordos e pactos entre usuários, trabalhadores e gestores

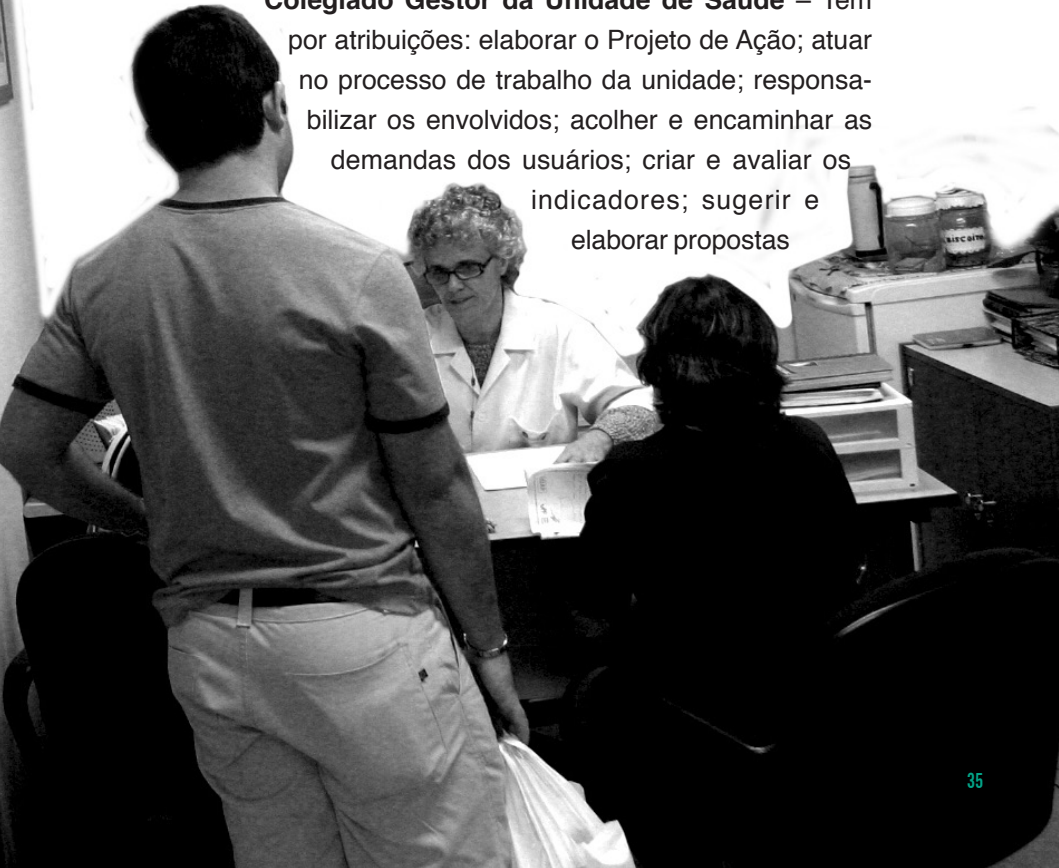
Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) – Coletivos organizados, participativos e democráticos que se destinam a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade e aumento da equidade na assistência e democratização da gestão, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde. Constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais em cada equipamento de saúde, tem como atribuições: difundir os princípios norteadores da humanização; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento do serviço; promover o trabalho em equipe multi e interprofissional; propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; estabelecer fluxo de propostas entre os diversos setores das instituições de saúde, a gestão, os usuários e a comunidade; melhorar a comunicação e a integração do serviço com a comunidade.

Ouvidoria

"O que queres
que os homens façam por ti,
fazeis igualmente por eles".

Colegiados Gestores de Hospital, de Distritos Sanitários e Secretarias de Saúde – Compostos por coordenadores de áreas/setores, gerentes (dos diferentes níveis da atenção), secretário de saúde, diretores e, no caso do hospital, todos os coordenadores das unidades de produção. Dentre outras, tem como atribuições: elaborar o Projeto Diretor do Distrito/Secretaria/Hospital; constituir-se como espaço de negociação e definição de prioridades, definir os investimentos, organizar os projetos das várias unidades, construir a sistemática de avaliação, prestar contas aos Conselhos Gestores e administrar imprevistos.

Colegiado Gestor da Unidade de Saúde – Tem por atribuições: elaborar o Projeto de Ação; atuar no processo de trabalho da unidade; responsabilizar os envolvidos; acolher e encaminhar as demandas dos usuários; criar e avaliar os indicadores; sugerir e elaborar propostas



e criar estratégias para o envolvimento de todos os membros e equipes do serviço. Na atenção básica, o Colegiado é composto por representantes das Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, contemplando trabalhadores dos níveis superior, médio e elementar. No caso das unidades de saúde com mais de uma Equipe de Saúde da Família, orienta-se que todas elas estejam representadas no Colegiado da Unidade, por meio de um profissional de nível superior, um Agente Comunitário de Saúde e um representante dos trabalhadores com formação técnica/auxiliar (enfermagem, odontologia ou outro). Ressalta-se que a Equipe de Saúde da Família, por si só é um “coletivo organizado de trabalhadores”. De configuração multiprofissional, comporta-se como uma instância colegiada, exercitando a sua potencialidade de se fazer integrada e participativa em seu cotidiano de trabalho. Em hospitais e serviços especializados conformam-se os Colegiados de Unidades de Produção, entendidos como unidades/serviços que reúnem equipes multiprofissionais em torno de um objeto específico e comum de trabalho, levando em conta os diferentes eixos dos cuidados, como, por exemplo, a Unidade de Produção de Saúde da Criança (voltada para esse público).

Mesa de Negociação Permanente – As Mesas de Negociação Permanente são fóruns paritários que reúnem gestores e trabalhadores a fim de tratar dos conflitos inerentes às relações de trabalho. A criação destes mecanismos se insere no contexto de democratização das relações de trabalho, nas quais a participação do trabalhador é entendida como fundamental para o exercício dos direitos de cidadania visando à melhoria da qualidade dos serviços de

saúde e ao fortalecimento do SUS. As mesas possibilitam a construção conjunta de um plano de trabalho e de uma agenda de prioridades das questões a serem debatidas e pactuadas entre gestores públicos, prestadores e trabalhadores da Saúde.

Contratos de Gestão – Firmados entre as unidades de saúde e as instâncias hierárquicas de gestão como, por exemplo, unidades de saúde ambulatoriais e hospitais, com o distrito sanitário e/ou com o nível central da Secretaria de Saúde. A pactuação de metas se dá em três grandes eixos: a) ampliação do acesso, qualificação e humanização da atenção; b) valorização dos trabalhadores, implementação de gestão participativa; c) garantia de sustentabilidade da unidade. Esses contratos devem ter acompanhamento e avaliação sistemática em comissões de trabalhadores, usuários e gestores.

Contratos Internos de Gestão – Contrato pode ser entendido como um pacto, um acordo entre duas ou mais partes que se comprometem a cumprir o que foi decidido. Contratos Internos de Gestão são acordos técnico-políticos entre unidades/equipes que compõem um serviço de saúde, estimulando as interfaces e a corresponsabilização por meio da constituição de redes de trabalho e de compromisso. Eles representam a reorganização nos processos de trabalho nas unidades – que, a partir de diretrizes e objetivos claros, se materializam em metas, planos de ação e indicadores, voltados para mudanças nas práticas de atenção e fortalecimento da gestão compartilhada e participativa.

Os Contratos Internos de Gestão representam acordos e pactos entre unidades e equipes de saúde derivados de movimentos intensivos e extensivos de análise e discussão coletiva, sendo potentes mecanismos para garantir a sustentabilidade de mudanças na lógica da organização do trabalho e da gestão. Além disto, os Contratos Internos de Gestão rompem com os modos fragmentados de pensar e agir nas organizações, construindo e fomentando redes de conversação, de troca e cooperação.

Câmara Técnica de Humanização – Fórum proposto para agregar instâncias/serviços/sujeitos com o objetivo de compartilhar experiências do/no campo de políticas/ações de humanização, compondo redes e movimentos de cogestão. Pode-se constituir por intermédio de representações institucionais formalizadas ou com sujeitos interessados nas discussões e encaminhamentos acerca de planos de trabalho e avaliação de experiências. Seu método de funcionamento é pautado no mapeamento e ajustes contínuos das iniciativas à luz dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização. Seu caráter pedagógico-formativo é conferido pelas análises coletivas e destaque

Uma nova arquitetura
de gestão deve permitir o
aumento do contato entre
as pessoas, possibilitando
o encontro das diferenças.

de indicadores do processo de implementação e seus alcances, podendo servir como referência para outros serviços.

Dispositivos para fomento da participação ativa de usuários, familiares e redes sociais no cotidiano de serviços de saúde

- Equipe de Referência;
- Projeto Terapêutico Singular;
- Direito a acompanhante em consultas, realização de exames e em internações;
- Visita aberta;
- Espaços de escuta qualificada de usuários e trabalhadores: ouvidoria, gerência de agenda aberta, etc.

Equipe de Referência – Organização do trabalho em equipe na qual um conjunto de trabalhadores que comungam do mesmo espaço de trabalho/atuação interagem para a definição de encargos sanitários considerando núcleos e campos de competências e responsabilidades.

Direito a acompanhante nas consultas, realização de exames e internações – O direito do usuário a acompanhante nos serviços de saúde garante, de um lado, o exercício de um direito fundamental da pessoa que é o de contar, em uma situação de fragilidade, com alguém de sua rede social e afetiva que pode “negociar” com trabalhadores e equipes processos de cuidado e proteger o usuário contra práticas indevidas (derivadas do preconceito, de discrimina-

ções, etc.) que levam ao descuidado, ao descompromisso e à baixa produção de saúde. De outro lado, o acompanhante, quando efetivamente envolvido pela equipe, pode vir a ser aliado importante nos processos terapêuticos, ampliando a eficácia e a extensão da rede social no processo de corresponsabilização no cuidado.

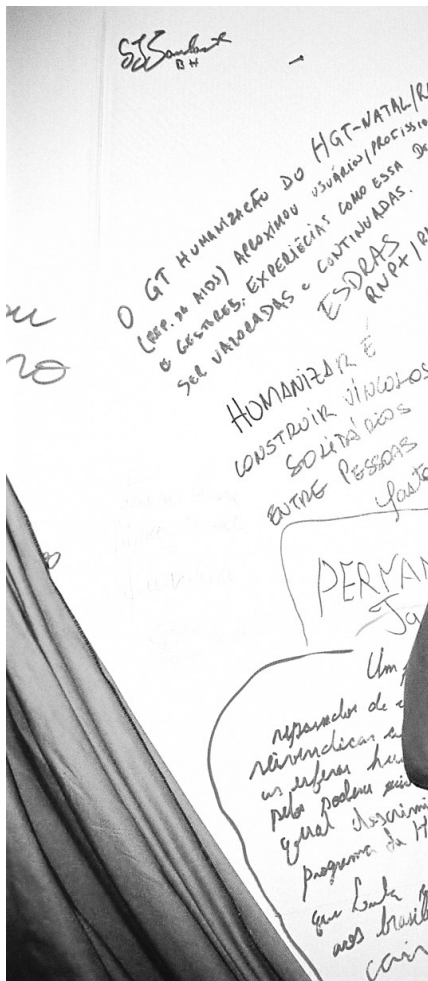
Visita aberta – É um dispositivo que garante, no maior tempo possível, a presença da rede sociofamiliar dos usuários internados, de forma a assegurar o elo entre o usuário do hospital, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde. A visita aberta amplia o grau de corresponsabilização no cuidado, possibilita a participação do familiar na construção de projetos terapêuticos; amplia o grau de comunicação entre os envolvidos no cuidado; ressignifica o lugar do hospital como estratégia e espaço de produção de saúde, que não se fecha sobre si mesmo, mas inclui outras dinâmicas e agentes no cuidado de saúde.

Gerência com agenda aberta – Estratégia para interação com a rede sociofamiliar do usuário e com trabalhadores e equipes de saúde. Mecanismo sistemático de “atendimento” do usuário e de sua rede sociofamiliar e dos trabalhadores, destinando “espaço” e tempo da agenda de gestores (trabalhadores em cargos de gestão) para interagir com estes sujeitos, buscando construir em tempo oportuno soluções coletivas para necessidades de saúde e de trabalho.

Ouvidoria – Instrumento de ausculta da avaliação que fazem os usuários e sua rede sociofamiliar da experiência que tiveram com serviços e trabalhadores da saúde. Além disto, ouvidorias captam também manifestações dos trabalhadores da saúde acolhendo questões referentes às condições e processos de trabalho, garantindo o retorno e encaminhamento em tempo acordado dos problemas identificados. A ouvidoria é um dispositivo de humanização da saúde porque permite a discussão de processos de trabalho, dos quais emergem os problemas e situações conflitivas que são sintomas, manifestações dos modos de organização do trabalho nos serviços de saúde. Não se trata, desta forma, de um mecanismo de culpabilização ou punição de trabalhadores e gestores, mas de construção de medidas coletivas para o enfrentamento de problemas e situações apontados por usuários e trabalhadores. As ouvidorias devem promover ações para assegurar a preservação dos aspectos éticos, de privacidade e confidencialidade em todas as etapas do processamento das informações decorrentes; assegurar aos cidadãos o acesso às informações sobre o direito à saúde e às relativas ao exercício desse direito; acionar os órgãos competentes para ações pertinentes frente a atos ilegais ou indevidos e omissões, no âmbito da saúde. Por fim, as informações das ouvidorias permitem a realização de estudos e pesquisas visando à produção do conhecimento e subsidiam a formulação de políticas de gestão do SUS.

Projeto Terapêutico Singular (PTS) – O Projeto Terapêutico Singular é um instrumento de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e usuário, considerando singularidades do sujeito e a

complexidade de cada caso. No Projeto Terapêutico Singular, a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a contratação do cuidado são compartilhados, o que leva a um aumento da eficácia dos tratamentos, pois a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de responsabilização. A construção de contratos terapêuticos entre sujeitos não pode ser entendida, por outro lado, como ação que não deriva de embate produzido na tensa relação que se estabelece entre sujeitos que ocupam distintas posições nas relações de saúde, ou seja, usuários e trabalhadores da saúde. Projetos terapêuticos são, pois, resultantes de acordos possíveis e necessários entre ofertas e demandas, tomados tanto como as experiências da vida prática dos usuários como dos saberes e experiência clínica dos trabalhadores e equipes de saúde.



Família Participante, Grupo de Pais, Grupo Focal – Estratégias de inclusão de usuários e trabalhadores nos vários espaços dos serviços de saúde. Destinam-se tanto para



a captação de percepções e avaliações em face das ações de gestão e cuidado em saúde como para constituição em espaços de circulação de informações de saúde, com vistas à produção de autonomia, protagonismo e emancipação dos sujeitos.

Referências

BRASIL. *Política Nacional de Humanização*: Documento Base. 3. ed. Brasília, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Paidéia. In: _____ . *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v14n4/0080.pdf>>.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciênc. saúde coletiva*, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 301-306, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a02v12n2.pdf>>.

_____. Subjetividade e Administração de Pessoal. In: ONOCKO, R & MERHY, E. *Agir em Saúde*: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

PASCHE, Dário Frederico. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, [S.l.], v.12, n. 2, p. 312-314, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a05v12n2.pdf>>.

_____. Gestão e subjetividade em saúde: elementos para uma reforma da saúde. In: PASCHE, Dário Frederico; CRUZ, Ivana Beatrice Mânica da. (Org.). *Saúde Coletiva: diálogos contemporâneos*. Ijuí: Unijui, 2005.

PASCHE, Dário Frederico et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*, [S.l.], v. 20, n. 6, p. 416-422, 2006.

PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina (Org.). Gestão participativa e co-gestão. In: FORMAÇÃO de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 80-83. 2 v. Disponível em: <<http://www.ead.fiocruz.br/humanizausus/>>.

Apêndice

Alguns conceitos de referência tomados pela Política Nacional de Humanização para a produção de novos modos de gestão do trabalho e dos processos de cuidado em saúde:

Coletivo organizado para a produção

- Toda organização é um coletivo que se organiza para produzir bens e/ou serviços;
- Assim, todo serviço, equipe, unidade de saúde, etc. é um coletivo que se organiza para produzir saúde;
- Conceitos subjacentes: coletivo; produção e finalidades da organização e do trabalho em saúde.

Sistema de cogestão – Ampliação da democracia nas organizações de saúde: Trabalho como espaço de produção de sujeitos mais livres, autônomos e capazes de contrair responsabilidades.

- Nova arquitetura, novo arranjo da organização que permite o exercício do cogoverno;
- Partilhamento do processo decisório e de responsabilidades sem renúncia de interesses e desejos;
- Aproximação entre política (gestão) e clínica, ou da gestão da saúde com a produção de saúde;
- Todo sistema de saúde, cada um de seus componentes, podem ser cogovernados.

Espaços coletivos – Exercício partilhado do poder como mecanismo de corresponsabilização.

- Arranjos promotores de encontros das pessoas nos coletivos, nas organizações;
- Produção de lugar e tempo nas organizações (com existência formal);
- Conselhos, colegiados de gestão, rodas e mesmo encontros informais (estímulo à comunicação lateral e horizontal).

Unidade de Produção (UP) – Desfragmentação das organizações e dos processos de trabalho; objeto e objetivos comuns definem processos de corresponsabilização.

- Nova concepção para a organização do trabalho nos coletivos organizados para a produção;
- Objetos e objetivos definem unidades de produção;
- Articulação do processo de trabalho e de cada trabalhador a partir de objetivos comuns;
- Horizontalização da organização: diminuição do distanciamento entre governantes e governados;
- Agilidade no processo de trabalho: espaços de análise e contratação de tarefas e responsabilidades.

Equipes de Referência

- Reorganização do processo e da gestão do trabalho;
- Enfrentamento da lógica de que todos cuidam de todos quando, de fato, ninguém é responsável por ninguém;

- Composição e articulação do trabalho a partir de núcleos de competências e responsabilidades, considerando uma série de princípios e diretrizes da atenção à saúde.

Apoio Matricial Especializado – Integração em rede de serviços e práticas de saúde, tomando por referência uma equipe/profissional de referência.

- Unidades de produção, equipes de referência, etc. necessitam de apoio técnico especializado para aumentar sua capacidade de resolver problemas (apoio, retaguarda, referências, etc.);
- Localização: pode se localizar diretamente nos serviços ou compor serviços com esta finalidade;
- Natureza: dimensão técnica (ligada às atividades clínicas e de saúde pública); dimensão política (ligada às atividades de gestão, bem como comunicação e educação em saúde).

Adscrição flexível de clientela: território – responsabilização e vínculo

- Todo/toda cidadão/cidadã tem direito a uma equipe que cuide dele/dela;
- Atuação da equipe/unidade de produção a partir de recorte (construção) territorial, concomitante ao compromisso pelo cuidado efetivado por meio de contrato de gestão (com usuários e gestores).

Vínculo – Responsabilização sanitária; ampliação da capacidade de contrair responsabilidade.

- Elemento estruturante da clínica, pois permite a produção de contrato de cuidado;
- Transferência positiva que resulta na produção de confiança e cumplicidade.

Ampliação da Clínica – Clínica Ampliada **– Clínica do Sujeito**

- Ampliada em quê? Considera a complexidade do sujeito e do processo de adoecimento (nas conexões, muitas vezes ocultas, entre o biológico, o subjetivo e o social);
- Pressupõe trabalho em equipe: clínica interdisciplinar;
- Em oposição à clínica degradada, reduzida à tecnologia da queixa-conduta.

Acolhimento

- Capacidade/coeficiente de acolhida/acatamento das demandas e necessidades como pressuposto básico do contrato entre unidade de saúde/equipes e usuário e sua rede sociofamiliar;
- Pressuposto – rede básica (complexa) é a porta de entrada preferencial do sistema: sistema de porta aberta + aumento da capilaridade pelo aumento das ofertas terapêuticas (consultas, atividades de grupos, procedimentos de ambulatório, visitas, atividades comunitárias e intersetoriais etc.).

Responsabilidade Sanitária – Responsabilização: quem faz o quê e sob quê condições.

- Responsabilização exige que se visualize com clareza quem é o cuidador / responsável pelo caso (não é necessariamente o médico);
- Atenção básica – entrada preferencial do usuário na rede – constitui-se no plano substantivo da responsabilização;
- Mesmo no esgotamento do núcleo de competências da equipe de atenção básica, sua responsabilidade, não cessa (integralidade, corresponsabilização e gestão clínica compartilhada na rede).

Resolubilidade

- Capacidade de resolver problemas;
- Para o sistema ser equânime e universal, é imprescindível uma rede básica com alta performance. Isto implica, entre outros, que se ofertem de forma articulada ações referentes às três tarefas substantivas da rede básica:
 - Clínica ampliada (demanda programada e vínculo);
 - Vigilância da saúde (saúde pública);
 - Acolhimento (pronto atendimento de demanda não programada).

Projeto Terapêutico Singular

- Adscrição de clientela exige processos de discriminação positiva de clientela;
- Projeto Terapêutico Singular ajuda a equipe interdisciplinar a priorizar o trabalho, organizando-o a partir do acionamento dos diversos núcleos de competência;

- O caso é da equipe, e na equipe há corresponsabilização e compartilhamentos;
- Elemento singular de produção de vínculo, responsabilização e aumento da resolutividade.

Trabalho em equipe – Núcleo e Campo de Responsabilização e Competências (NCRC)

- Ação interdisciplinar é uma exigência se o objetivo é qualificar o trabalho em saúde. Contudo, como se definem as tarefas de responsabilidade de cada um?
- NCRC: conceito-ferramenta que permite à equipe enfrentar e potencializar as diferenças entre seus membros;
- Campo: define responsabilidades e competências comuns à maioria dos membros da equipe;
- Núcleo: práticas/ações privativas de cada ambiente, organização e nível de percepção e interação de cada equipe;
- Resultam de definições do processo de construção de uma grupalidade. Assim, não são estáticas, mas mutantes às produções coletivas.

Autonomia (relativa) do sujeito

- Autonomia como capacidade de agir deliberado, produzido pelas capacidades de cada um, de seus desejos, interesses e necessidades;
- Relativa porque toda autonomia resulta também da confluência de elementos e definições de outros planos, desde o inconsciente, passando pelo acaso, indo até o plano das determinações socioeconômicas, políticas e culturais;

- Resulta, assim, de um plano singular entre a vontade do sujeito e as forças que sobre ele agem no plano da História.

Reformulação da saúde pública – Ação intersetorial e afirmação do sujeito.

- A saúde pública tradicional se firmou como resultante do positivismo, espelhado na bacteriologia e nas práticas de controle sobre o sujeito e ambientes;
- A nova saúde pública deve, sem relegar os conhecimentos da ciência, atuar considerando os sujeitos e não sobre eles. Isto implica, entre outros, na utilização da ciência e do poder do Estado para uma atuação mais pedagógica e afirmativa da condição de sujeito.

Lidando com as contradições constitutivas da gestão ou sobre a dialética entre oferta e demanda

- A gestão lida com contradições insolúveis, entre as quais: autonomia e controle; liberdade de ação profissional e necessidades sociais; interesses dos trabalhadores e interesses dos gestores, das organizações de saúde, da sociedade; especialização do trabalhador e generalista;
- Contradições constitutivas: não se resolve, lida-se com elas;
- Ofertas de gestão como suporte (conceitos, ferramentas, projetos, etc.) deveriam ser contrabalançadas pelo processamento/inclusão na agenda de demandas a quem estas ofertas se destinam;
- Demandas se produzem em qualquer relação: gestor x trabalhador; governo x sociedade; usuário x equipe, etc.;

- Espaços coletivos: criam ambiente para manifestação e tratamento de demandas.

Espaços de fala e escuta protegida

- Lidar com as contradições e diferenças e a partir delas produzir compromissos e novos contratos: isto requer arranjos e dispositivos;
- Discutir e processar temas temidos, não-ditos, e a partir daí contratar tarefas, sem com isto indispor-se com o outro, requer a instituição de espaços protegidos, ou seja, lugar/tempo – com ou sem apoio institucional – cujas regras/contratos permitem realizar críticas, identificar insuficiências e apontar contradições sem que isto signifique um “crime mortal” e a exposição a represálias.

Arranjos e dispositivos

- Reorganizar as instituições para que delas seja possível a construção de novas relações, mais democráticas, mais representativas do conjunto dos sujeitos, requer a obra de reinventar/recriar as organizações;
- Arranjos: estruturas – perenidade, mais cristalizadas, estáveis;
- Dispositivos: instrumentos, processos, etc. capazes de dar início ou de disparar processos. Por isto são eventuais, muitas vezes efêmeros.

Apoio Institucional - Articular a produção da tarefa com o exercício analítico de pertencer a uma grupalidade que produz tarefas.

- A gestão dos espaços coletivos requer, muitas vezes, a mediação de um terceiro, um agente externo capaz de prestar apoio ao grupo, combinando suporte com manejo;
- Não é o mesmo que supervisão, que em geral atua de forma verticalizada e se vincula ao exercício do poder normativo (que ensina a fazer, pois sabe como “fazer certo” *versus* fazer junto a partir das especificidades locais).



ISBN 978-85-334-1586-7



Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério
da Saúde