



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

FERNANDA FLORES DUARTE

**“COMO PODEMOS NOS ARTICULAR MELHOR?”: A RELAÇÃO
GESTÃO/SERVIÇOS NA ESFERA MUNICIPAL DO SUS**

Vitória

2020

FERNANDA FLORES DUARTE

**“COMO PODEMOS NOS ARTICULAR MELHOR?”: A RELAÇÃO
GESTÃO/SERVIÇOS NA ESFERA MUNICIPAL DO SUS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

**Orientadora: Professora Doutora Luziane Zacché
Avellar.**

**Coorientadora: Professora Doutora Alexandra
Iglesias.**

VITÓRIA

2020

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

D812" Duarte, Fernanda Flores, 1981-
"COMO PODEMOS NOS ARTICULAR MELHOR?" : A
Relação Gestão/Serviços na esfera municipal do SUS / Fernanda
Flores Duarte. - 2020.
116 f. : il.

Orientadora: Luziane Zacché Avellar.

Coorientadora: Alexandra Iglesias.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal
do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Políticas Públicas de Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3.
Cogestão em Saúde. I. Avellar, Luziane Zacché. II. Iglesias,
Alexandra. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro
de Ciências Humanas e Naturais. IV. Título.

CDU: 159.9

FERNANDA FLORES DUARTE

**“COMO PODEMOS NOS ARTICULAR MELHOR?”: A RELAÇÃO GESTÃO/SERVIÇOS
NA ESFERA MUNICIPAL DO SUS**

Dissertação submetida ao Programa da Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Professora Rosani Ramos Machado (UFSC)

Professora Teresinha Cid Constantinidis (UFES)

Professora Luziane Zacché Avellar (UFES)

Vitória, 26 de março de 2020

Agradecimentos

À Deus, por minha vida, por me dar condições para tocar os projetos e sonhar com outros tantos. Aos meus pais, por me apoiarem em cada projeto e pelo amparo nos momentos difíceis. Algumas vezes, foi a confiança que meu pai deposita em mim que me fez continuar. Já à minha mãe, agradeço pela companhia e pelo seu exemplo de força/coragem diante dos desafios da vida.

Ao Neilson, por me encorajar nos momentos difíceis, além de me acolher com escuta, atenção e auxílio durante o percurso do mestrado. Aprendo com ele que bom ânimo e bom humor podem ser mantidos em qualquer situação.

Às amigas e aos amigos, pela compreensão com minha ausência ou falta de dedicação nos dois últimos anos. Espero partilhar essa conquista com vocês!

Às minhas professoras, Luziane e Alexandra, pela dedicação e por todo empenho para que me tornasse uma aluna dedicada e receptiva às contribuições de todas(os). Elas me ensinam que o aprendizado é um processo contínuo de “boas trocas” e bons afetos.

Ao meu grupo de pesquisa, no qual encontrei acolhimento, parceria e generosidade. Seria muito difícil se não pudesse contar com vocês: Nadilu Drumond, Paloma Andreatta, Daniella Garcia, Gabriele Ortiz, Pedro Machado R. Neto, Meyrielle Belotti, Luciana Bicalho, Kelly Tristão, Bruna Quintanilha e Teresinha Cid.

Às minhas parceiras de orientação, Juliana Ronchi, Andrea Romanholi e Ivy C. Araújo, pela partilha do conhecimento. Pesquisadoras e atuantes em seus campos profissionais, são detentoras de muito conhecimento e, ao mesmo tempo, de tamanha simplicidade. Isto que é, na minha concepção, ter sabedoria!

Às(aos) professoras(res) da PPGP, por contribuírem com minha formação acadêmica e humana. O aprendizado não se limitou à sala de aula: muitos ensinaram-me com a dedicação e atenção dispensadas a nós, alunas e alunos.

Às(aos) colegas que fiz durante a jornada na pós-graduação, das(os) quais recebi motivação, ajuda e palavras de conforto. Com alguns foi possível compartilhar mais do que “conhecimento científico”, e esta vivência com as(os) colegas enriqueceu a minha jornada acadêmica.

Agradeço também o carinho e a atenção dos funcionários da Secretaria do PPGP, Antônio e Arim. Às(aos) participantes e colaboradoras(res) desta pesquisa, por tornarem possível a realização deste estudo.

Resumo

Duarte, F.F (2020). “*Como podemos nos articular melhor?*”: *A relação gestão/serviços na esfera municipal do SUS*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, Espírito Santo.

A gestão, no campo da saúde, tem permanecido como um dos desafios à operacionalização de práticas pautadas nos princípios do SUS que se referem principalmente, nesse estudo, ao compartilhamento do poder de gerir. A Política Nacional de Humanização propõe a ampliação da capacidade de análise e intervenção na realidade, a produção de autonomia e a corresponsabilização dos sujeitos. Sendo assim, espera-se que gestoras(es), profissionais dos serviços e usuárias(os) estabeleçam relações que primem pela proximidade e por práticas horizontais que incidam na abertura democrática das instituições de saúde. Este estudo se debruçou sobre a relação gestão/serviços, no âmbito municipal do SUS, no intuito de investigar as concepções de uma equipe gestora sobre sua relação com profissionais dos serviços. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cuja coleta de dados se deu por meio de grupos focais, nos quais participaram 36 representantes de uma das equipes gestoras em saúde de um município do Sudeste do Brasil. A análise foi realizada com o auxílio do Iramuteq, por meio do qual se efetivou a análise léxica. O material advindo da coleta originou um *corpus* textual submetido à Classificação Hierárquica Descendente. Após o processamento foi particionado em cinco classes: 1. “Gerência: identidade e cotidiano de trabalho”; 2. “Território: complexidade, articulação e possibilidades”; 3. “Conjecturas e Expectativas da Gestão quanto às(aos) Profissionais dos Serviços”; 4. “Potências e Desafios dos Dispositivos de Encontros entre Gestão e Serviços”; 5. “Metáforas sobre a Relação entre Profissionais da Gestão e Profissionais dos Serviços”. A partir do conteúdo das classes constatou-se o reconhecimento da equipe gestora sobre a interdependência entre gestão/serviços para a concretização da atenção municipal à saúde. Em contrapartida, verificou-se que ao caracterizar o trabalho realizado, as gestoras demarcam a diferenciação dos lugares que cada equipe ocupa. Isso foi ratificado pela alta ocorrência dos termos “nível central” e “ponta” que conotam distanciamento e até certa oposição hierárquica. Apesar disso, identificou-se a intenção da gestão em estabelecer a horizontalidade no que tange à relação. Mediante essa aposta comparecem as práticas de apoio institucional, matriciamento e articulação territorial, como possibilidades tanto de favorecer a integração entre profissionais, como do fortalecimento dos coletivos que visam à cogestão. Também se evidenciou que a existência desses

espaços/arranjos não garante a efetividade do encontro, da disponibilidade de construir em conjunto, do estabelecimento de relações de confiança, dentre outros elementos necessários para a constituição dos coletivos de profissionais. Pontuou-se como desafios quanto à integração o pouco aproveitamento e até a desvalorização dos espaços coletivos. Também como desafio compareceu a intensidade do cotidiano de trabalho da gerência em referência às demandas das equipes dos territórios, bem como ao tempo que as gestoras se dedicam ao planejamento. Assumindo este como se fosse, prioritariamente, realizado pela gestão em divergência da construção compartilhada. Destacou-se ainda a fragmentação como característica da equipe gestora, o que dificulta a compreensão de uma identidade enquanto gestão. Comparecem ainda como empecilhos à integração, o desconhecimento do trabalho realizado por ambas as equipes, assim como a pouca apropriação da realidade dos territórios.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde. Gestão em Saúde. Cogestão Administrativa.

Abstract

Duarte, F.F (2020). *“How can we better connect?”:management/health care correlation at the municipal level of the Brazilian Health Service*. Master’s Dissertation, Dept of Psychology, Federal University of Espirito Santo, Vitória.

Uncertainties in health sector management have challenged the application of SUS-derived principles. The National Humanization Policy proposes the strengthening of real-life analytical and practical competence, the encouragement of autonomy and the co-responsibility of the subjects. Thus, it is expected that managers, service professionals and users may form collaborative relationships enhancing democracy within health institutions. This inquiry focuses on practice within a municipal sphere of SUS and how one management team viewed its relationship with service professionals. The research follows qualitative principles, in which data was collected from focus groups composed of thirty-six representatives from health management teams in a municipality in SE Brazil. Analysis was carried out through the licensed software Iramuteq, which provides users with statistical analysis on text corpus and tables composed by individuals/words. Material from the collection produced a textual corpus submitted to the Descending Hierarchical Classification. After processing, five lines of inquiry were defined: 1. “Management: identity and daily tasks”; 2. “Territory, complexity, articulation and opportunities”; 3. “Conjectures and Expectation of management regarding Service Professionals”; 4. “Powers and Challenges of Meetings as Devices between Management and Services”; 5. “Metaphors on the Relationship between Management and Service Professionals”. Drawing on the content of the classes shown above, it was found that the management group recognised the interdependence between themselves and the services team for the betterment of municipal health care. However, when characterising performance, managers are keen to mark the variation in task location. Terms such as “central” or “front-line” were frequently used to denote distance from service-delivery and even hierarchical opposition. Nevertheless, managers’ inclination towards a more horizontal structure was identified. Proceeding thus, institutional support, in-service training and linkage appears aids both in favouring professional integration, and in strengthening the spirit of co-management. It was also shown that the existence of such space / arrangement does not guarantee the effectiveness of encounters, ability to collaborate, and the foundation of trust, among other elements necessary for professional cohesion. Weak

distribution and poor upkeep of collective space were seen as challenges to integration, similarly the intensity and timespan of daily team management planning. Such unshared tasks devolve upon management. Also highlighted was the fragmented nature of the management team, where membership was difficult to identify. Similar hindrances to integration, were teams' unfamiliarity with others' work, allied to a fragile appreciation of the actuality of a counterpart's sector.

Keywords: Public Health Policies. Health Management. Administrative Co-management.

Sumário

Apresentação	9
1 Introdução	12
2 Trabalho e Gestão em Saúde: Reflexões Teóricas	19
2.1 A Política Nacional de Humanização e a cogestão	25
3 Objetivos	37
3.1 Objetivo geral	37
3.2 Objetivos específicos	37
4 Método	38
4.1 Caracterização do campo da pesquisa	38
4.2 Participantes	39
4.3 Procedimentos de coleta	40
4.4 Procedimento de análise dos dados	43
4.5 Procedimentos éticos	44
5 Resultados: Apresentação das Classes	45
6 Discussão dos Resultados	62
7 Considerações Finais	80
Referências	86
Apêndice A – Orientações e Roteiro Norteador dos Grupos Focais	95
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	100
Anexo	104

Apresentação

O presente estudo se propõe a dissertar sobre um dos temas que interessam ao campo da Saúde Coletiva, a gestão no âmbito da política de saúde. O fato é que a gestão tem permanecido como um dos desafios à operacionalização de práticas pautadas nos princípios civilizatórios que sustentam a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). E este foi o mote para desenvolver a pesquisa sobre a relação entre profissionais da gestão e dos serviços. A investigação realizada se encontra interligada ao projeto “Cogestão como um modo de trabalho em Saúde¹”, em curso desde abril de 2018, coordenado pela Profª. Drª Alexandra Iglesias do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

A escolha pela temática deste estudo diz respeito a minha trajetória profissional e acadêmica, pois me graduei em Serviço Social pela UFES no ano de 2004 e, em meio à graduação, fui inserida em um projeto de iniciação científica que objetivou compreender as condições de vida e trabalho de mulheres provenientes de duas regiões distintas da cidade de Vitória, localizada no Espírito Santo. Em virtude disso, foi possível compreender um pouco da dinâmica da atenção à saúde no contexto municipal, assim como foi necessário aprender sobre o desenvolvimento histórico da política de saúde no país.

Depois de graduada, já atuando como Assistente Social em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), fui convidada a assumir a gerência desse serviço de saúde local. A experiência na gestão me possibilitou estabelecer relações de proximidade com as(os) profissionais da assistência direta às(aos) usuárias(os) dos serviços de saúde municipais, e, dessa forma, pude perceber queixas recorrentes quanto ao distanciamento entre as equipes – gestão e serviços. Os questionamentos expressavam descontentamento sobre a referida distância entre tais profissionais, assim como compareciam como desafiadoras as tentativas de incluir usuárias(os). Porém, ao mesmo tempo, as(os) profissionais pareciam considerar a necessidade do diálogo permanente na construção das práticas do cuidado em saúde.

Atuei em outro serviço de saúde, de maior complexidade, como gerente de um Pronto Atendimento (PA) municipal. Neste, também foi possível perceber que as(os) profissionais e a população participavam pouco das decisões institucionais, queixando-se das limitações quanto à construção de uma gestão democrática.

Após essas experiências, em outra cidade da região metropolitana, passei a compor a

¹A pesquisa “Cogestão como um modo de trabalho em Saúde” foi submetida em abril e aprovada pelo Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS) em julho de 2018. Processo FAPES nº 219/2018.

equipe da Área Técnica de Saúde Mental, na qual gerenciava, junto com outras profissionais, a Rede de Atenção Psicossocial Municipal (RAPS). Neste lugar, pertencendo à equipe gestora da RAPS, senti-me convocada, mais uma vez, a avaliar as estratégias ou dispositivos necessários para o desenvolvimento da gestão pautada na participação efetiva, tanto de profissionais como das(os) usuárias(os) dos serviços, com vistas a atender aos princípios da Política Nacional de Humanização do SUS (Brasil, 2009a).

As vivências nos campos de atuação profissional me provocaram a buscar respostas às questões que surgiram na prática, e, por esse motivo, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da UFES, em abril de 2018. Atendendo ao meu interesse pelo tema, interessei-me pela linha de pesquisa “Psicologia Social e Saúde”, devido ao desenvolvimento de estudos relacionados aos processos de intervenção em saúde, bem como a formação e a prática profissional nesta área.

Mediante a escolha pela referida linha de pesquisa, encontro-me inserida no Laboratório de Estudos e Intervenção em Trabalho, Assistência e Saúde (LEITRAS), sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª Luziane Zacché Avellar. Assim que cheguei ao LEITRAS, passei a integrar a equipe e desenvolver os meus estudos de mestrado como um subprojeto, em uma lógica “guarda-chuva”, da pesquisa “Cogestão como um modo de trabalho em Saúde”. E, partindo das experiências vividas nos campos de atuação, nos quais atuei ora como gestora, ora como profissional de alguns serviços de saúde, inquietei-me em compreender como se estabelece a relação entre gestão e serviços no cotidiano institucional do SUS.

Atualmente, encontro-me em atuação profissional em uma Unidade Básica de Saúde de um dos municípios da região metropolitana. Disso, também, decorre meu anseio em desenvolver estudos que, de alguma forma, impactem em melhorias e/ou em possibilidades de desenvolver ações mais condizentes com o propósito de abertura democrática que se iniciou desde o movimento da Reforma Sanitária Brasileira. A proposta é produzir conhecimento que auxilie a todas e todos, usuárias(os) e profissionais que almejam a continuidade das políticas públicas capazes de atender e garantir o necessário ao desenvolvimento da cidadania.

Ressalta-se que vivemos, na atualidade, um processo explícito de desmonte das políticas públicas, mediante diversos fatores, tais como as reformas constitucionais, os cortes de gastos, os ataques ideológicos à democracia, dentre outros. Dado ao contexto, é válido desenvolver estudos que legitimem a consolidação da participação democrática na construção/acompanhamento das políticas sociais, em contraposição à práticas autoritárias.

Além disso, que legitimem, também, a ampliação da cobertura e a preservação dos valores democráticos, em detrimento ao conservadorismo que apoia práticas excludentes. Busquei na pesquisa a legitimidade científica para afirmar a defesa da democracia, em todas as esferas do cotidiano das políticas de saúde e, encontrei o encorajamento necessário para continuar pelo “SUS que dá certo”.

1 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), fruto do reconhecimento da saúde pública e do direito a ela no país, foi criado após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e, contou com a mobilização social – usuárias(os) e trabalhadoras(es) – para que fosse legitimado. A compreensão sistêmica da necessidade de atenção à saúde fez com que o SUS fosse constituído por um conjunto articulado de programas, serviços e ações que visam garantir a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (Brasil, 1990).

Estudar as estratégias de atenção e gestão do SUS, segundo Campos, Cunha e Figueiredo (2013), requer refletir sobre como as relações nas instituições de saúde refletem a ordem social vigente, suas contradições, seus embates e, também, suas possibilidades de superação quanto à ampliação da cidadania. Com base nessa afirmativa, a proposta central deste estudo consiste em compreender as relações institucionais tendo-se em vista as diretrizes da política de saúde quanto ao estabelecimento da gestão democrática. Desta forma, fez-se um “recorte” específico, tratando-se, então, da relação entre profissionais – gestão/serviços –, considerando-se apenas uma das dimensões para o estabelecimento da democracia institucional, pois a investigação não abrangeu usuárias(os).

Partindo dos princípios norteadores do SUS, em especial o da participação, trabalhadoras(es) e usuárias(os) são convocados a pensar em um modelo de atenção e gestão de saúde pública alicerçado em um método que potencializa a capacidade dos sujeitos – individuais e coletivos – de compreender e intervir na realidade, bem como nas instituições sociais. A partir da trajetória da sociedade brasileira, é possível afirmar que a garantia legal do direito à saúde adveio do tensionamento das classes populares por melhor assistência estatal nesse âmbito.

O movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), liderado por trabalhadores da saúde, foi fundamental para a constituição dessa frente que buscou o reconhecimento da saúde pública e do direito à saúde no país. Vale pontuar a amplitude do projeto da RSB, como se observa no trecho abaixo:

Todavia, se a compreensão da RSB for além de uma reforma parcial, ou seja, uma reforma geral ou revolução no modo de vida tal como se expressa no seu projeto, não há porque confiná-la ao âmbito setorial nem estatal, mas pensá-la como uma reforma intelectual e moral na perspectiva gramsciana e um conjunto articulado de mudanças capazes de incidir sobre a vida social. (Paim, 2008)

A ocupação estratégica de movimentos sociais organizados, nas instâncias deliberativas, contribuiu para a criação do aparato regulamentar do sistema de proteção social brasileiro. E, dentro desse contexto de ampliação dos direitos sociais, em um cenário de disputa política, a saúde foi concebida como direito universal e de responsabilidade do Estado.

A dimensão institucional da Reforma Sanitária foi, segundo Paim (2008), a promulgação da lei 8080/90. Ela instituiu o SUS como um conjunto articulado de programas, serviços e ações que pudessem garantir e efetivar a universalidade do acesso à saúde, a integralidade da atenção aos sujeitos e coletivos, a preservação da autonomia, a equidade na busca de atender à complexidade e às singularidades, a descentralização político-administrativa, a participação e o controle social (Brasil, 1990).

Em virtude da necessidade de um novo arranjo, no que tange à garantia da participação e controle social, outra legislação, a lei n 8.142/90, dispôs sobre como e por quais espaços seria promovida a gestão democrática desse sistema. De acordo com a lei, foram instituídos os conselhos e as conferências de saúde como espaços vitais para o exercício do controle social do SUS. Desse modo, a participação popular na formulação, acompanhamento, monitoramento e avaliação é uma diretriz organizativa do Sistema Único de Saúde. Assim, é legalmente garantida a participação das(os) usuárias(os) e trabalhadoras(res) na construção dos serviços, programas e projetos que operacionalizam a política de saúde, e isso deveria ter repercutido na abertura democrática das instituições deste campo (Brasil, 1990).

Entretanto, mesmo diante do aparato legal que prioriza a participação social e a gestão compartilhada, dentre outras diretrizes que fundamentam a saúde pública, ainda, nos dias atuais, percebem-se alguns desafios à implementação do que foi instituído formalmente. Isto ocorre de maneira que o conjunto de normativas e regras institucionais parece não garantir a efetividade da gestão democrática, tão pouco da participação social pretendida desde o movimento de redemocratização brasileira.

A compreensão de que a política de saúde necessita ser constantemente avaliada, revista e atualizada faz com que a Reforma Sanitária seja um processo contínuo e em constante transformação. Pasche, Passos e Hennington (2011) listaram três motivos para a atualização do SUS proposta no início dos anos 2000:

[...] (1) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; (2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e (3) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em

saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores. (Pasche *et al.*, 2011, p. 4542)

Os autores pontuam que foi, principalmente, a partir desses motivos que emergiu a Política Nacional de Humanização (PNH). Ela foi proposta pelo Ministério da Saúde em 2003 e se ocupou em orientar/recomendar que os princípios do SUS fossem operacionalizados no cotidiano dos serviços de saúde. Essa política adotou a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS (Brasília, 2003). Sendo assim, espera-se que gestoras(es), profissionais dos serviços e usuárias(os) estabeleçam relações que primem pela proximidade e por práticas horizontais na tomada de decisão.

Contudo, indaga-se como vêm-se estabelecendo as relações entre esses sujeitos no cotidiano dos serviços e se, de fato, existem espaços nos quais os processos de trabalho são pensados e avaliados contínua e coletivamente. Mediante essa questão, este estudo se debruçou sobre a relação gestão/serviços no âmbito municipal do SUS, visto que é nele que se desenvolve a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da qual se realiza, preferencialmente, o contato com usuárias(os). A APS é considerada a porta de entrada preferencial e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS (<http://www.saude.gov.br/atencao-primaria>, recuperado em dezembro, 2019).

Por esse motivo a APS agrega vários programas, serviços e ações, devendo garantir que o que é prestado atenda aos princípios de universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, corresponsabilização, humanização e equidade. E seria pouco provável desenvolver esse trabalho sem articulação entre profissionais. Questiona-se sobre como se dá essa relação: ela se daria com base em preceitos democráticos? E, ainda, pautaria-se na lógica apregoada pela política de humanização?

Em contraposição ao gerencialismo e às ações verticalizadoras, existe a recomendação da PNH em direção à cogestão em saúde. Existem estudos, referenciados logo abaixo, que comprovam uma das estratégias que auxiliam o estabelecimento da gestão compartilhada, o apoio institucional. Foi Campos (2000, 2007, 2013) que apresentou a sistematização de um método, o “Método Paideia ou da Roda”, que já estava sendo experimentado no SUS, por meio do qual se incentivou a constituição de coletivos organizados em auxílio à gestão democrática das instituições de saúde. O método também propõe a composição de práticas, dispositivos e estratégias com o objetivo de aproximar os sujeitos. A partir disso, ressalta-se a

importância do apoio institucional na medida em que:

O objetivo do trabalho do apoiador institucional seria aumentar a capacidade dos sujeitos de refletirem e intervirem na realidade enquanto produzem bens ou serviços para outros. Busca-se alcançar maior grau de satisfação pessoal e profissional, maior envolvimento dos sujeitos no trabalho, aumento da responsabilidade diante das tarefas assumidas e a coprodução de modos de subjetivação mais solidários e comprometidos com a finalidade das instituições de saúde. O Apoio visa interferir na formação integral dos sujeitos, de modo a fazê-los repensar e recolocar-se nos planos das emoções e sentimentos, das ideias e do saber, promovendo maior capacidade nas pessoas para reconhecer e lidar com questões singulares, que muitas vezes não estão claras ou conscientes. (Fernandes & Figueiredo, 2015, p. 288)

O apoio institucional foi estudado por Fernandes e Figueiredo (2015), Almeida e Aciole (2014), Cadorin *et al.* (2014), Pereira Júnior e Campos (2014), Borjaille *et al.* (2014), Lermen *et al.* (2014) e Guizardi e Cavalcanti (2010b). Os primeiros autores citados, Fernandes e Figueiredo (2015), constataram que a metodologia utilizada pelo apoio contribui com o estabelecimento de práticas dialógicas entre os profissionais de saúde, com a construção coletiva dos processos de trabalho, bem como na indivisibilidade da equipe entre formuladores e executores.

Na investigação realizada por Almeida e Aciole (2014), compreendeu-se que o apoio se utiliza de um método que pode ser visto como uma ferramenta gerencial, na medida em que se propõe a intermediar relações entre os diferentes sujeitos. Nessa perspectiva, a função gerencial estaria voltada a incentivar/propor a discussão e avaliação contínua dos processos de trabalho, com vistas à produção colegiada do cuidado. Cadorin *et al.* (2014) identificaram a função de militância dessa prática do apoio, destacando que a aproximação cotidiana entre as dimensões da gestão e atenção implicou na produção ideológica de reafirmação dos princípios do SUS quanto à democracia. Ressaltaram ainda que se trata de um dispositivo que colabora com a superação de práticas e/ou ações fragmentadas.

A análise documental realizada por Pereira Júnior e Campos (2014) verificou uma disputa político-ideológica em torno dos modelos de atenção e gestão do SUS. Os autores perceberam a coexistência de propostas antagônicas. De um lado, há uma aposta em efetivar melhorias no modelo tradicional, e, de outro, a pretensão em instaurar um novo modelo de atenção e gestão, baseado na cogestão e na humanização. A partir dessa constatação, pode-se inferir que o método da Roda e o apoio institucional são dispositivos que ainda não conseguiram romper com o modelo hegemônico de gestão e atenção à saúde.

Borjaille *et al.* (2014) narraram uma experiência exitosa, do município de Vitória/ES, acerca da utilização das Rodas e da função do apoio. Os autores destacaram o estabelecimento de espaços qualificados para que os coletivos de profissionais pudessem exercitar a cogestão. Outra vivência positiva do método foi narrada por Lermen *et al.* (2014), que descreveram alguns efeitos da utilização do apoio, tais como: aumento da integração entre profissionais, aumento da participação nos espaços coletivos, valorização dos espaços de trocas, desenvolvimento de empatia e da solidariedade.

Apesar de reconhecer as Rodas e o apoio como dispositivos que auxiliam à cogestão, Guizardi e Cavalcanti (2010b) fazem uma ressalva quanto a alguns espaços serem privilegiados às(aos) profissionais, como os colegiados gestores. Em sua maioria, estes não são abertos à participação de usuárias(os) e, por isso, os autores acreditam que se trata de uma limitação à publicização das instituições de saúde.

No que se refere ao tema gestão em saúde, destacam-se outros estudos, tais como o de Galavote e Cols (2016), Sá e Azevedo (2010), Melo, Alchieri e Araújo Neto (2012), Kleba, Zampirom e Comerlatto (2015) e Conh e Bujdoso (2015). Na pesquisa desenvolvida por Galavote e Cols (2016), com 72 gestores municipais do Espírito Santo, buscou-se refletir sobre a potencialidade do agir dialógico no âmbito da gestão em saúde. A análise apontou que os espaços coletivos de tomada de decisão são capazes de disparar novas formas de vida, tanto na equipe gestora como nos profissionais que atuam diretamente nos serviços. Constatações como essa nos instigaram a compreender como se efetivam os espaços de construções coletivas entre as(os) trabalhadoras(es) do SUS, além de tentar conhecer as estratégias em direção da proximidade, do diálogo e da abertura ao compartilhamento do poder de gerir.

Sá e Azevedo (2010) reconheceram, a partir de uma investigação, que as questões pertinentes à gestão dos serviços afetam diretamente a qualidade do cuidado. As autoras salientaram a importância da função gerencial e a construção de projetos coletivos que primam pelo cuidado. Chamam atenção ao projeto mais amplo e complexo da Reforma Sanitária que seria a mobilização de sujeitos aos princípios civilizatórios – de democracia, de cidadania, de solidariedade – ou seja, no empenho à construção de uma sociedade justa e igualitária.

O estudo desenvolvido por Melo, Alchieri e Araújo Neto (2012) sobre gestores do SUS se voltou a analisar as crenças compartilhadas acerca deste, sob a hipótese de que tais

crenças interferem nas tomadas de decisões da equipe gestora. Os dados retratam a percepção desta acerca do SUS, descrevendo por meio de suas análises as potencialidades e os desafios desse sistema. Apesar de considerarem a importância da participação da população nos conselhos, ao tratar da necessidade da gestão compartilhada, pouco foi mencionado sobre a relação entre gestores e profissionais da saúde, o que ressalta a importância da presente pesquisa. O único apontamento foi o de mencionar os Conselhos Municipais de Saúde como instância de democratização das relações, em convergência com a constatação de Kleba, Zampirom e Comerlatto (2015).

Outra investigação que reconheceu a importância da gestão compartilhada e das instâncias de representação instituídas por lei, como espaços privilegiados de gestão do SUS, foi o estudo de Conh e Bujdoso (2015). Os autores focaram na relação Estado-sociedade com base na atuação dos atores – gestores, profissionais e sociedade civil organizada – que atuaram no Conselho Nacional de Saúde. Os espaços instituídos legalmente, como os conselhos e as conferências, não esgotam a necessidade da gestão democrática nas instituições que prestam os serviços de saúde, como recomenda a PNH. Nesse sentido, o estudo reforçou a pertinência em dar continuidade às pesquisas que se preocupam com a democratização do SUS.

O estudo realizado por Quintanilha, Sodré e Dalbello-Araujo (2013) discorre sobre uma outra forma de participação social, não instituída legalmente. As autoras ressaltam que a democratização do SUS deve ser oportunizada, também, por meio de outras estratégias de vocalização dos grupos sociais que podem ser operacionalizadas no cotidiano dos serviços de saúde. Revelam, ainda, que, mediante cerceamento ou por outros motivos, muitas vezes as(os) usuárias(os) tensionam e se expressam como forma de resistência, buscando espaços de participação. Essa foi denominada de participação rizomática, pela qual se expressam as estratégias de resistir ao que está posto. Tal configuração, dessa forma de participar, deve ser considerada como válida devido ao pressuposto que todas as relações impactam na produção do cuidado e na sustentação dos princípios e diretrizes preconizados pelo SUS e pela PNH.

Diante da diversidade de questões que emergem da necessidade de garantir a abertura democrática das instituições de saúde, o presente estudo se interessa pela gestão do trabalho neste campo. Trata-se, portanto, da temática central da investigação a ser apresentada, motivo pelo qual foram desenvolvidas, no primeiro capítulo, as reflexões teóricas acerca da trajetória da política de saúde no contexto brasileiro, os preceitos e diretrizes da Política Nacional de

Humanização que incluem a cogestão, assim como as discussões teóricas sobre o tema.

Segue após o primeiro capítulo, a seção que apresenta os objetivos da pesquisa realizada e, em sequência, o método utilizado. Na referida seção, constam-se informações sobre a caracterização do campo e das participantes, sobre a coleta (instrumento, técnica realizada) e análise de dados, além dos procedimentos éticos que nortearam a realização da pesquisa. Logo após se expôs a apresentação e análise dos dados – apresentação dos resultados por meio das classes e a discussão dos resultados, constituindo-se como o terceiro capítulo.

Desse modo, o capítulo terceiro expõe, separadamente, os resultados. A sua primeira parte consiste-se na análise léxica realizada com o auxílio do Iramuteq, *software* utilizado para o tratamento dos dados. Em seguida, foi realizada a discussão dos resultados, proveniente da articulação da análise léxica com o conteúdo teórico advindo da revisão de literatura. Como finalização da dissertação, na última seção, apresentam-se as considerações finais que ressaltam as impressões e interpretações da pesquisadora mediante os resultados da pesquisa.

2 Trabalho e Gestão em Saúde: Reflexões Teóricas

Foi a partir da apropriação do mundo por meio do trabalho que o homem se fez humano, essa é a tese principal sobre a categoria trabalho da teoria marxista. Diante dessa compreensão, firma-se a dimensão ontológica do trabalho, uma vez que é por intermédio dele que o homem se apropria da natureza e se humaniza (Nascimento & Sbardelotto, 2008). Ideia da qual se complementa que “O trabalho que ultrapassa a mera atividade instintiva é assim a força que criou a espécie humana e a força pela qual a humanidade criou o mundo como conhecemos” (Braverman, 1974, p. 53).

O marxismo afirma que é exclusivo da atividade humana o recurso de submeter a natureza conforme as suas necessidades. Além disso, na perspectiva de Schwartz (2010), tal atividade também é recriadora, característica que fundamenta as modificações tanto nas micro-relações como na dimensão societária. Parte ainda desse entendimento, o conceito de coprodução dos sujeitos, sob o qual se explica que o homem, ao trabalhar, produz mais que produtos, pois dessa atividade também se obtém a produção de subjetividade e as interações sociais. Em síntese, afirma-se que o trabalho produz modificações no meio, nos sujeitos e nas suas relações sociais (Campos, 2007).

De onde ainda se conclui que todas as modificações no “mundo do trabalho”, no percurso da história, editaram as relações sociais atuais. Em especial, o modo como se organizou a sociedade com base no modelo capitalista de produção. Daí decorrem as metamorfoses na organização do trabalho com repercussões na vida societária, como ressalta Ricardo Antunes (França, 2018).

A economia, como base no sistema capitalista, mantém-se pela compra e venda da força de trabalho. Esta relação entre quem vende e quem compra é a origem, segundo a teoria marxista, de toda a desigualdade social que se estabelece na sociedade capitalista. A partir dessa perspectiva, toda mudança na organização do trabalho impacta nas relações sociais. À luz dessa teoria, percebeu-se que esse modo de produção é constantemente reconfigurado, uma vez que criam-se (re)arranjos que podem se tornar modelos de organização produtiva, com vistas em atender aos anseios da ordem do capital.

Contextualizar o trabalho na sociedade capitalista interessa na medida em que esse estudo se debruça sobre a gestão do trabalho em saúde. E, em busca de apresentar parte de sua historicidade, tentou-se resgatar sucintamente o surgimento da gestão, sua funcionalidade e

como em um dos modelos de organização da produção – o taylorismo – foi reforçada a divisão sócio-técnica do trabalho, reconfigurando as relações subjetivas e sociais do trabalhador.

Braverman (1974) explica que surgiu, nos primórdios do capitalismo industrial, a necessidade de organizar o processo de trabalho dos profissionais que desenvolviam ofícios diversos – artesãos, tecelões, fiandeiros, dentre outros – reunidos nas fábricas. O autor nos conta que o próprio dono dos meios de produção foi quem assumiu essa função de gerência. Destaca-se que os gerentes controlavam o trabalhador para extrair o máximo da sua força de trabalho, conforme se verifica no trecho:

O verbo *to manage* (administrar, gerenciar) vem de *manus*, do latim, que significa mão. Antigamente significava adestrar um cavalo nas suas andaduras, para fazê-lo praticar o *manège*. Como um cavaleiro que utiliza rédeas, bridão, esporas, cenoura, chicote e adestramento desde o nascimento para impor sua vontade ao animal, o capitalista empenha-se, através da gerência (*management*), em *controlar*. (Braverman, 1974, p. 68)

Essa foi uma das primeiras e mais rudimentares formas de separar o que planejava e administrava dos que executavam, ou seja, o gerente dos demais trabalhadores. Mediante a necessidade de aumentar a produtividade, ou seja, de produzir cada vez mais com um menor gasto de tempo, intensificou-se a divisão das tarefas. Assim, cada indivíduo executava sua tarefa e se distanciava do conhecimento de todo o processo de produção, o que se configurou como a principal diferença do trabalho executado pelo artesão (Braverman, 1974).

De acordo com Campos (1998), foi com o advento da Administração Científica que se desenvolveu o taylorismo, modelo de organização da produção em que se acentuou a especialização e a divisão social do trabalho, contexto no qual surgiu a concepção da gerência científica. A esta foi atribuída a função do controle dos processos de trabalho, na busca de eficiência e eficácia para aumentar a produtividade. Braverman contesta o atributo científico desse tipo de gestão, uma vez que “Investiga não o trabalho em geral, mas a adaptação do trabalho às necessidades do capital. Entra na oficina [...] como representante de uma caricatura de gerência nas armadilhas da gerência.” (Braverman, 1974, p. 83).

Ainda segundo Campos (1998), o taylorismo ansiou por subtrair qualquer poder de decisão por parte do trabalhador, e, assim pretendeu “desumanizar” o trabalho. O gerencialismo desse modelo se desenvolveu nas sociedades industriais e, com o decorrer do tempo, ocupou os mais diversificados lugares, das fábricas aos aparelhos estatais. Essa lógica,

legitimada pelo controle, pela busca da eficiência/eficácia e pelo distanciamento das dimensões humanas e sociais do trabalho, ainda resiste ao tempo. Perpetua-se sob diversos rearranjos e em vários setores, incluindo as instituições que prestam serviços públicos no Brasil.

A partir desse entendimento, Guizardi e Cavalcanti (2010a) pontuam que o modelo taylorista influenciou a gestão desenvolvida no SUS e isto impactou nas relações que se estabelecem no cotidiano do trabalho, uma vez que ele prevê o afastamento entre os que planejam – os gestores – e as(os) profissionais e usuárias(os), em se tratando dos serviços de atenção à saúde. Sob essa influência, como seria possível garantir o princípio da gestão democrática, que foi alvo de investimento dos movimentos sociais e conquista institucional garantida da Constituição Cidadã?

Diante dessa questão, retomamos o que afirmou Bobbio (2004), sobre a sociedade democrática ser condição *sine qua non* para o reconhecimento, implementação e proteção dos direitos humanos. A cidadania, por sua vez, não se efetiva com plenitude sem a participação ampliada dos sujeitos e, por isso, torna-se fundamental reconhecer:

[...] que os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas. (Bobbio, 2004, p. 09)

A compreensão, portanto, desse percurso dentro da sociedade brasileira é imprescindível para se contribuir com a consolidação das garantias legais e, também, com a tentativa de inviabilizar o retorno ao conservadorismo e às práticas ultrapassadas nesse campo. Passaram-se trinta anos após o marco legal, a Constituição Cidadã, pela qual se reivindica a intervenção estatal na garantia da seguridade social e a participação popular na gestão das políticas públicas. Assim, foram instituídos os mecanismos e/ou dispositivos legais que garantem a participação popular no que se refere às políticas de atenção aos direitos sociais.

O movimento pela Reforma Sanitária Brasileira desenvolveu-se nesse cenário, como um fenômeno sócio-histórico, atrelado a uma conjuntura de reformas políticas, econômicas e sociais, integrando, assim, a agenda dos movimentos sociais no que se refere à ampliação do direito à saúde. Diante do antagonismo de interesses verificado nesse contexto, as representações populares muniram-se de uma leitura crítica da realidade e os movimentos

sociais contaram com o aporte teórico do referencial marxista que influenciou, principalmente, as esferas política e social durante o processo de redemocratização brasileira (Paim, 2008).

A Reforma Sanitária fez parte do pleito à ampliação dos direitos sociais e, sobretudo, no que diz respeito à cidadania. Dessa forma, foi na década de 1980 que se evidenciou a reivindicação popular quanto ao redirecionamento das políticas sociais, tanto nas formas de concebê-las como no âmbito da gestão. Passou-se a requerer a participação de trabalhadores e usuários na formulação, no acompanhamento e na gestão, em todos os níveis, da governabilidade de tais políticas.

Pode-se afirmar, por intermédio de Paim (2008), que a influência marxista fundamenta a crítica às desigualdades impostas pelo capitalismo e, por outro lado, amplia a compreensão sobre a dimensão do agir político do trabalhador. Como expõe o autor, “A política e suas questões [...] não está à margem ou adjetivada ao agir profissional: está nele. Em outros termos, todo profissional, conceba-o ou não, é ator-autor, sujeito de um projeto a que processa em seu cotidiano laboral.” (Paim, 2008, p. 14).

Gramsci, um dos filósofos da tradição marxista, realizou importantes reflexões e deixou um legado de conhecimento e experiências que sustentam a defesa da transformação da realidade excludente por meio da “*práxis*”, que se trata da reflexão-ação, como de acordo com o trecho:

Tal função exercida pela hegemonia desdobra-se num projeto de transformação da crítica, pois se efetiva no instante em que a filosofia deixa de ser algo deslocado da realidade para tornar-se parte de uma engrenagem político-prática que viabiliza a superação do conservadorismo, em nome do fortalecimento de novas concepções culturais e sociais. (Soler, 2018, p. 549)

A perspectiva gramsciana, na medida em que concebe o conhecimento comprometido com a transformação social, auxilia na compreensão da realidade e também foi utilizada como teoria de base para as reformas que objetivaram o estabelecimento de uma nova ordem social. Observou-se, nesse sentido, que no contexto de redemocratização e mediante a complexidade das questões sociais, os movimentos sociais organizados em torno das reformas recorreram a uma lente teórica capaz de interpretar a realidade e propor modificações.

Nesse sentido, almejou-se a construção de um projeto ético-político comprometido com o fomento de um sistema de proteção social, em oposição às mazelas sociais advindas da desigualdade e da exclusão às quais estava submetida uma grande parcela da população

brasileira. A reforma social que se pretendia contribuiu para a promulgação da Constituição Cidadã, que se deu em um processo de diálogo e disputa entre vários atores e movimentos sociais. No entanto, apesar de ser um marco legal, a Carta Magna ainda se constituiu em um desafio a ser implementado, visto que:

[...] a Constituição de 1988 é não apenas um conjunto de regras neutras que devem ser seguidas, não é só um pacto de procedimentos. Ela é um conjunto de valores, objetivos e obrigações do Estado. O seu papel é programático, ou seja, ela indica o tipo de país que queremos [...]. (Castro & Ribeiro, 2008, p. 19)

Fruto de uma correlação de forças, muitas vezes antagônicas, o que se constata desde o estabelecimento da constituição é uma trajetória marcada por avanços e retrocessos, além de ser um processo ainda inconcluso. A esse respeito, vale considerar a afirmação de Bobbio (2004):

O campo dos direitos do homem – ou, mais precisamente, das normas que declaram, reconhecem, definem, atribuem direitos ao homem – aparece, certamente, como aquele onde é maior a defasagem entre a posição da norma e sua efetiva aplicação. E essa defasagem é ainda mais intensa precisamente no campo dos direitos sociais (Bobbio, 2004, p. 37).

O movimento que se fez por meio da Reforma Sanitária Brasileira compôs uma agenda, como já foi mencionado, de reformas voltadas à composição de uma nova organização social pautada em uma concepção ampliada de cidadania (Paim, 2008). Pontua-se, sob essa perspectiva, a concepção da gestão democrática das políticas sociais, especialmente pelo advento das instâncias de consulta e deliberação, como as conferências e os conselhos de políticas públicas, instituídos nos três níveis do poder executivo – federal, estadual e municipal.

Compete aos conselhos de tais políticas setoriais – saúde, educação, assistência social, dentre outros – deliberar e aprovar planos de execução, alocação de recursos, além de monitorar/fiscalizar as ações e aprovar ou rejeitar a prestação de contas feitas pelo poder público. Além disso, vale pontuar que os conselhos são garantidos legalmente, são espaços de participação instituídos formalmente para que se desenvolvam suas funções.

No entanto, o controle e a participação social não são exclusivos dos conselhos, pois existem outros mecanismos e/ou estratégias que objetivam a construção coletiva de políticas públicas. Em concordância com essa proposta, a política de saúde prevê que nas instituições de atenção à população, a gestão possa ser construída coletivamente. Essa é a lógica da

cogestão: democratizar as instituições de saúde por meio da participação efetiva de trabalhadoras(res) e usuárias(os) nas instâncias de gestão, temática central a ser desenvolvida e aprofundada neste estudo.

Disso decorre a importância do estabelecimento dos coletivos, seja por meio dos encontros, seja por meio de outras estratégias que oportunizem o diálogo e a construção de práticas que primem pela democratização da gestão. Em virtude da relevância, retomamos o conceito de cogestão exposto no trecho:

[...] a cogestão é um recurso de publicização das instituições, que tem como principal horizonte a construção de valores democráticos, de uma postura ética que atue como força de negação das estratégias de dominação e dos dispositivos de controle tão presentes nas práticas administrativas. O conceito aponta para o reconhecimento da possibilidade de instituir compromissos coletivos e para a necessidade de democratizar o poder em todas as dimensões da vida institucional e social [...]. (Guizardi & Cavalcanti, 2010b, p. 1249)

No entanto, a construção e a efetivação dos valores democráticos permanecem como um desafio no contexto da sociedade brasileira. Diante da afirmação, inclui-se o que ressalta Paim (2008):

Compreendendo a questão saúde como objeto de ação política das classes dirigentes que controlam o Estado e seus aparelhos, há que se observar como se apresenta o processo político em saúde em uma dada conjuntura, o que vale dizer, como se enfrentam as forças sociais diante dessa questão. (Paim, 2008, p. 44)

O autor considera a correlação de forças que atuam sobre uma das questões sociais por ele denominada “questão saúde”, e, por isso, destaca que há enfrentamentos devido à divergências de interesses. Portanto, deve-se considerar que a abertura à gestão compartilhada é fruto de um esforço para legitimar a democracia e, por conseguinte, ampliar a cidadania. Na trajetória brasileira a “questão saúde” deve ser percebida como uma construção sócio-histórica, marcada por disputas de interesses, especialmente quanto à inclusão dos atores sociais – usuárias(os) e trabalhadoras(res).

Na medida em que se descortinam os processos, torna-se possível conhecer as várias dimensões do fenômeno a ser estudado. Por isso, ainda neste capítulo – no tópico seguinte, discorreremos sobre a Política Nacional de Humanização, dando ênfase a sua contribuição para o redirecionamento da gestão em saúde.

2.1 A Política Nacional de Humanização e a cogestão

De acordo com Benevides e Passos (2005), o debate sobre a humanização na saúde se inicia desde a XI Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano 2000. Nesta, ele aproximou-se das questões relativas a busca por melhorias na qualidade da atenção aos usuários, como por exemplo:

[...] destacamos a instauração do procedimento de Carta ao Usuário (1999), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), dentre outros. (Benevides & Passos, 2005, p. 390)

Os autores destacam que as experiências de programas/ações, com base na qualidade da atenção, estavam sob influência da racionalidade gerencial hegemônica e se aproximavam de uma visão mercadológica, cujo foco seria a satisfação das(os) usuárias(os). Benevides e Passos (2005) pontuam que a Política Nacional de Humanização (PNH) emerge com a funcionalidade de romper com a perspectiva gerencialista e de introduzir conceitos, propostas e metodologia compatíveis com a democratização da saúde.

Proposta pelo Ministério da Saúde em 2003, a PNH vislumbra a operacionalização dos princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, constituindo-se, portanto, como um marco teórico-político no campo da política de saúde pública brasileira, uma vez que adotou a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS (Brasil, 2009a). Tal política não foi regulamentada ou normatizada por meio de portarias ou outras legislações, e sim foi instituída por meio de documentos orientadores e cartilhas. Conforme Pasche, Passos e Hennington (2011), por isto, foi constituída como uma oferta metodológica.

Becchi et al. (2013) reforçam que a PNH emergiu da necessidade de fortalecer as práticas sustentadas pelos princípios do SUS, em contraposição às práticas verticalizadas, tanto no cuidado quanto na gestão. De acordo com as autoras, esta política expressa a tentativa de reorganizar a atenção e a gestão em busca de implicar os sujeitos envolvidos, trabalhadoras(es) e usuárias(os). Esta implicação diz respeito à apropriação dos processos de trabalho, do cuidado à gestão, no fomento da práxis transformadora, ou seja, da tomada de consciência que se tem ao fazer saúde por meio da ação-reflexão-ação (Campos, 2013).

Tal redimensionamento assumiu metodologicamente a coparticipação e a corresponsabilização para resolver desafios que despontavam no SUS quanto à qualidade na atenção, a garantia da integralidade, o cuidado em redes, a implicação do trabalhador com a produção do cuidado, a democracia institucional, dentre outros (Brasil, 2009b). Esta política se pauta no princípio da inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde. Dessa forma, concebeu-se como uma das estratégias a ampliação e o fortalecimento dos espaços de negociação e pactuação de profissionais, gestoras(es) e usuárias(os) (Brasil, 2009a).

À PNH, foi incorporado o conceito da transversalidade, ou seja, ela deve atravessar as relações que se estabelecem no cuidado, na gestão e nas relações institucionais e/ou comunitárias, em todos os níveis, redes, programas e ações do SUS. Por reconhecer a importância e o significado das relações, a política busca direcionar e fortalecer o marco teórico-político que defende a ideia de que os processos de humanização do sistema interferem positivamente no modo de produção da saúde (Brasil, 2009a).

Desse reconhecimento surgiu o anseio de pesquisar sobre a relação entre trabalhadoras(res) – gestão/serviços. O aspecto da humanização também se refere a reconhecer que profissionais do SUS ocupam diferentes funções e que devem estabelecer relações pautadas em princípios democráticos. Assim, as relações entre trabalhadores, profissionais e gestoras(res) devem primar pela participação, autonomia, protagonismo, diálogo, distribuição equitativa de poder, socialização das informações e do conhecimento, dentre outros. A esse respeito “[...] a PNH sugere a construção e a ativação de espaços coletivos, espaços públicos – e em alguma medida protegidos – para a análise da experiência singular de ser trabalhador da saúde” (Pasche *et al.*, 2011, p. 4544).

Retomando o percurso histórico, em 2013, após dez anos da constituição da Política de Humanização do SUS, o Ministério da Saúde (MS) lançou documentos – cartilhas e orientações – que reafirmaram a prevalência do conceito de humanização para se fazer saúde. Assim, esses documentos de orientação foram elaborados com base em experiências exitosas, em valores sócio-humanitários, reafirmando as práticas que favorecem a democracia institucional. O conteúdo do material produzido pelo MS expressou que o método da PNH é o da inclusão dos três atores – usuárias(os), trabalhadoras(es) e gestoras(es) – em prol da construção democrática da gestão do cuidado e dos processos de trabalho.

As diretrizes da PNH – que são o acolhimento, a cogestão, a clínica ampliada, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos das(os) usuárias(os) – requerem relações mais horizontalizadas entre os atores supramencionados (Brasília, 2013). Em se tratando de acolhimento, Franco, Bueno e Merhy (1999) descrevem que se trata de uma diretriz operacional, um rearranjo no modelo tecno-assistencial cuja proposta volta-se à organização dos serviços de saúde centrada nas necessidades e nas singularidades da(o) usuária(o). Essa organização consiste-se em garantir a acessibilidade e reorganizar a equipe de profissionais com vistas a assegurar a escuta e o atendimento às demandas apresentadas, além de facilitar a construção de vínculos mediante a dimensão relacional do trabalho em saúde.

Em relação à clínica ampliada, Bedrikow e Campos (2017) explicam que a proposta se contrapõe ao enfoque biologicista, em virtude da constatação das fragilidades do modelo tradicional. A clínica ampliada respeita a singularidade dos sujeitos e, também, leva em consideração o contexto no qual eles estão inseridos e suas redes sócio-comunitárias. Além de defender a lógica de que a(o) usuária(o) é partícipe do seu processo de saúde/doença, sendo protagonista da atenção realizada. Os autores reforçam que essa clínica convoca o sujeito à corresponsabilização, uma vez que busca que a(o) usuária(o) participe ativamente do processo decisório em relação ao próprio cuidado.

Ainda sobre esse tema, Bedrikow e Campos (2017) revelam que o uso de dispositivos em relação à amplitude da clínica, tais como a intervenção multiprofissional, o trabalho em equipes, o apoio matricial, a elaboração dos projetos terapêuticos singulares, dentre outros, consiste-se no arcabouço metodológico dessa concepção ampliada. Atendendo à perspectiva de que as(os) usuárias(os) dos serviços são sujeitos dotados de vontade e escolhas, e que são parte principal no que se refere à própria vida. As diretrizes da gestão participativa, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos das(os) usuárias(os) são temáticas centrais neste estudo, uma vez que a efetividade da cogestão dá-se a partir da operacionalização dessas diretrizes.

A partir da afirmativa de que se faz necessário rearranjar os processos de trabalho, o modelo de gestão e, principalmente, o modelo de atenção no SUS, a PNH pode ser considerada como um dos dispositivos que contribuem com práticas intencionais de mudança de paradigma no campo da saúde. Segundo Belotti (2019), vale explicar que paradigma se trata de um conjunto de pressupostos, conceitos e valores compartilhados em uma determinada disciplina, capazes de gerar um modelo.

Ainda de acordo com Belotti (2019), o paradigma se constitui como uma rede de compromissos firmados por meio do compartilhamento e das adesões conceituais, metodológicas e instrumentais. Pode-se inferir que a gestão democrática atende à perspectiva de um paradigma que se desenvolveu no país por meio do movimento da Reforma Sanitária a partir do conhecimento adquirido nas experiências com a saúde coletiva, da compreensão sistêmica e multidisciplinar da atenção à saúde, assim como pelo compromisso com a efetivação dos princípios civilizatórios originários do SUS (Belotti, 2019).

As reflexões da autora defendem a tese de que coexistem no campo da saúde brasileira dois paradigmas, o dominante e o emergente, que, em uma correlação de forças, disputam a predominância nos modos de pensar e agir em saúde. Em virtude dessa consideração, compreende-se que os modelos de atenção e de gestão podem divergir quanto ao paradigma a que estão sob influência. Afirma-se, diante das considerações, que a humanização atende ao paradigma emergente e, por isso, disputa com outras formas ou modelos de atenção e gestão que se vinculam ao paradigma dominante.

De acordo com Paim (2009), o modelo biomédico é conhecido por seu direcionamento firmado na centralidade do saber médico, cuja orientação do fazer saúde se baseia em estratégias individuais, na prática médica curativa, assistencialista e especializada. Além disso, é um modelo que não se preocupa com a participação dos sujeitos – seja no atendimento individual ou nos espaços institucionais. Logo, nota-se que esse modelo se contrapõe aos princípios da participação ampliada, seja da(o) trabalhadora ou da(o) usuária(o), e, dessa maneira, constitui-se como uma das expressões do paradigma dominante.

Em relação à gestão, Guizardi e Cavalcanti (2010b) verificaram que, majoritariamente, dois modelos predominam no decorrer do processo sócio-histórico do SUS. Um deles é pautado na lógica da racionalidade gerencial hegemônica, que se encarrega de produzir dominação/controlar em convergência com o paradigma dominante. À luz dos referenciais técnicos da Teoria Geral da Administração, compreende-se que “[...] o surgimento da gerência sinaliza, principalmente, a redução da autonomia dos trabalhadores sobre a tarefa, condição legitimada pela separação nas organizações sociais entre o momento da concepção e o da execução das atividades de trabalho” (Guizardi & Cavalcanti, 2010b, p. 1246).

Orientadas sob essa perspectiva, as funções gerenciais se definem com base no modelo taylorista, separando as(os) profissionais gestores, que supervisionam as atividades de outros profissionais: os executores. Tal concepção preserva a ideia do especialista em gestão, aquele

capaz de supervisionar o fazer de outros profissionais (Campos, 2007, 2013). Assim, defende o caráter disciplinador do gestor, conforme ilustra o trecho abaixo:

A Teoria Geral da Administração, o taylorismo em particular, coloca-se a tarefa de administrar pessoas como se elas fossem instrumentos, coisas ou recursos destituídos de vontade ou de projeto próprio. Faz parte da cultura tradicional da maioria das Escolas da Administração o objetivo explícito de disciplinar o trabalhador, quebrar-lhe o orgulho, a autonomia e a iniciativa crítica. (Campos, 1998, p. 865).

Corroborando com essa análise, Cecílio (2010b) expôs que, em nosso país, o Estado encampou, sob a égide do modelo privatista, o gerencialismo que privilegia a eficiência e a eficácia gerencial. E, nesse direcionamento, afastou a gestão da observância dos princípios indispensáveis à ampliação da democratização das instituições e da finalidade primordial da saúde, que se trata da produção do cuidado e da coprodução dos sujeitos.

A inversão de valores, sob a lógica do gerencialismo, é pautada por Cecílio (2010b) como um dos motivos que contribuem para que trabalhadores da saúde se afastem das questões políticas pertinentes às ações desenvolvidas no e pelo SUS. Dessa forma, chama atenção a exequível tarefa de se fazer política, ou seja, atentar-se que a atuação do movimento sanitaria voltou-se, além da reformulação normativa e institucional no campo da assistência à saúde, à defesa intransigente do direito à cidadania.

Em contraposição ao gerencialismo, Campos (2000, 2007, 2013) sistematizou, a partir de experiências concretas, operacionalizadas por vários coletivos espalhados pelo país, um método que potencializa a capacidade dos sujeitos – individuais e coletivos – de compreender e intervir na realidade, bem como, nas instituições sociais. O autor defende a abertura democrática das instituições de saúde com a apresentação do Método Paidéia ou Método da Roda. Explica que “Paidéia é uma noção grega e indica formação integral do ser humano.” (Campos, 2007, p. 16). Esse método se sustenta no conceito da coprodução dos sujeitos, uma vez que compreende que a maneira compartilhada de gerir os sistemas de saúde resultam em mudança de sujeitos, individuais e coletivos.

Por conseguinte, propõe na mesma direção da PNH, a resignificação da gestão como instrumento pedagógico e terapêutico, tanto pela ampliação da capacidade de análise/reflexão da realidade, como pela produção de liberdade e compromisso dos sujeitos–trabalhadoras(res) e usuárias(os), visando à cogestão em saúde. O Método da Roda, portanto, sugere a construção de espaços coletivos que se proponham a lidar com os conflitos, diferentes desejos, as singularidades dos sujeitos, as disputas de poder, e, a partir disso, propor

novos acordos, projetos ou contratos com o compromisso de ampliar a capacidade de gestão dos sujeitos coletivos. A partir da exposição, compreende-se que o método “Objetiva, centralmente, ampliar a Capacidade de Direção dos grupos, aumentando sua capacidade de Analisar e de Operar sobre o mundo (práxis)” (Campos, 2000, p. 185).

Vale destacar a caracterização dos espaços coletivos ou das Rodas, que se encontra no trecho abaixo:

Os arranjos coletivos de cogestão (a exemplo das Câmaras Técnicas, Grupos de Trabalho de Humanização, Ouvidorias, Colegiado Gestor e outros) são dispositivos promotores da participação dos sujeitos no planejamento, execução e avaliação das práticas de saúde, sendo estratégicos na medida em que permitem disparar processos de mudança, estes sim capazes de alterar a dinâmica comunicacional e de concentração e circulação de poder nas organizações de saúde. (Pasche *et al.*, 2011, p. 4546)

A partir da utilização dos coletivos, tem-se privilegiado a figura do Apoiador Institucional, definido por Pereira Júnior e Campos (2014, p. 896) como aquele que “[...] pode facilitar diálogos, mediar conflitos, ampliar as possibilidades de reflexões e trazer ofertas relevantes para o processo de trabalho e para a cogestão”. Essa função de apoio, de acordo com Campos (2013), consiste-se na essência do Método Paidéia ou da Roda, visto que se debruça em desenvolver os coletivos junto a eles. Diante disso, “[...] o apoiador não faz pela ou para as equipes, e sim com as equipes, apoiando a análise, elaboração e planejamento de tarefas e projetos de intervenção.” (Pereira Júnior & Campos, 2014, p. 896).

Ainda em conformidade com os autores mencionados, pontua-se que Campinas/SP, na década de 1990, foi o município pioneiro na implantação do Método da Roda. A experiência se estendeu para outros municípios nos anos 2000, tais como: Belo Horizonte/MG, Sobral/CE, Diadema/SP, Amparo/SP, São Bernardo/SP, Recife/PE, Aracaju/SE e Vitória/ES (Pereira Júnior & Campos, 2014).

Estudos realizados, tais como o de Fernandes e Figueiredo (2015) e Almeida e Aciole (2014), comprovam a efetividade do apoio institucional como método de fortalecimento dos coletivos à gestão compartilhada. No entanto, os autores também chamam atenção aos desafios, como, por exemplo, constataram a dificuldade do apoiador em realizar os espaços coletivos, ou seja, manter a agenda das rodas que propõem discutir os processos de trabalho e auxiliar na cogestão. Diante da descontinuidade dos coletivos, foi-se observado no estudo, em

algumas ocasiões, a repetição de padrões gerenciais pautados na cobrança e na fiscalização das equipes.

Apesar da coerência da cogestão em detrimento das práticas gerenciais verticalizadas, em um dos seus estudos, Cecílio (2010a) revela que “[...] existia uma grande distância entre as formulações originais a respeito dos propósitos e das expectativas postas nos colegiados gestores e o que acontecia quando eles eram operacionalizados, de fato [...]” (Cecílio, 2010a, p. 557). O autor aponta que a nova forma de se conceber a gestão muitas vezes tem pouca legitimidade visto que “Os colegiados de gestão aparentemente não conseguem cumprir algumas expectativas que suas formulações iniciais previam, em particular a de funcionar como espaços de negociações, composições e pactuações” (Cecílio, 2010, p. 558).

Nota-se que o autor chama a atenção para as expectativas de aplicação do método e propõe que elas possam ser avaliadas e/ou revistas mediante a micropolítica² das organizações de saúde. Diante disso, ressalta a necessidade de compreender as relações que atravessam tais organizações. Em concordância a respeito da importância da micropolítica, pontua-se que:

É na micropolítica que se produz o cuidado com toda a complexidade tecnológica que ele exige, seja ela material e/ou não material. É o espaço também da disputa entre atores com seus projetos distintos, nem sempre coincidentes com o da direção, e é, centralmente, ocupado pelo usuário e suas demandas. É onde a vida organizacional se constitui e se concretiza através da produção e reprodução permanente dos processos de cuidado. (Cecílio *et al.*, 2014, p. 207)

Vale considerar que autores como Cecílio *et al.* (2014) e Merhy (2005) retomam o caráter permanente e dialético de construção/desconstrução do cuidado que se dá na micropolítica. Segundo Cecílio (2005), as relações, muitas vezes, são conflituosas e/ou ruidosas devido a projetos divergentes. O autor acredita que é possível, com algumas ferramentas ou dispositivos, avaliar os conflitos a partir de uma perspectiva autoanalítica dos sujeitos envolvidos, sejam eles trabalhadoras(res) ou usuárias(os). Isso seria uma das possibilidades de se estabelecer novos acordos/contratos ou de revê-los sempre que necessário, e não escamotear conflitos ou ruídos (Cecílio, 2005).

Na mesma lógica de compreender a gestão como território da micropolítica, sem deixar de considerar as contradições da macroestrutura da sociedade capitalista, Merhy (2005)

²Compreendida como “O conjunto de relações que estabelecem entre si os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada ‘realidade organizacional’ – dessa forma, relativamente estável no tempo, podendo, assim, ser objeto de estudo e intervenção” (Cecílio, 2009, p. 547).

apropria-se das reflexões da categoria trabalho, à luz da teoria marxista, para desenvolver a temática. Nesse direcionamento, o autor explica sobre as duas dimensões do trabalho: o Trabalho Vivo e o Trabalho Morto. Resumidamente, pode-se explicar que o primeiro é o trabalho em si, no momento da atividade produtiva, caracterizado pela intencionalidade e pela potência criativa. Já o Trabalho Morto, apresenta-se como a organização do labor e dos seus instrumentos/ferramentas, produtos também de um trabalho vivo anterior (Merhy, 2013).

É importante saber a diferença entre os dois tipos, pois, enquanto o Trabalho Vivo prevê a liberdade da criação, o Trabalho Morto apenas se expressa na utilização de instrumentos ou equipamentos, ou seja, atende à prescrição ou às normatizações. A partir disso, Merhy (2005) com base na concepção marxista, compreende que no sistema capitalista, a gestão da mão de obra se encontra atenta em capturar a potência criativa e livre do trabalhador. E, dessa maneira, esse autor discorre sobre o Trabalho Vivo em ato, trazendo essa reflexão para o campo de trabalho em saúde.

Merhy e Franco (2013) explicam que “A produção da saúde é dependente do trabalho humano, configurado no Trabalho Vivo e na sua micropolítica [...]” (p. 131). Eles descrevem que a composição tecnológica da saúde se dá por meio das tecnologias duras, leves-duras e leves:

A estas, chamamos de tecnologias leves, pelo seu caráter relacional, que a coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado. Às tecnologias inscritas nos instrumentos, identificamos como tecnologias duras, porque já estão estruturadas para elaborar certos produtos da saúde, e ao conhecimento técnico, identificamos uma parte dura (estruturada e outra leve, que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado (Merhy, 1997). (Merhy & Franco, 2013, p. 141)

Merhy e Franco (2013) defendem que, levando em conta essa intervenção por meio do encontro entre sujeitos, o trabalho desenvolvido se encontra centrado no campo relacional e nas tecnologias leves, ou seja, nas relações em que se oportuniza a escuta e a construção de vínculos para a produção do cuidado em saúde. A partir dos conceitos de Trabalho Vivo (TV) e Trabalho Morto (TM) e das tecnologias próprias do cuidado em saúde, os autores desenvolvem o conceito de Composição Técnica do Trabalho (CTT).

Nesta perspectiva, acreditam que as(os) trabalhadoras(es) da saúde devem aproveitar que o trabalho se dá por meio do encontro para que a CTT apresente a hegemonia do TV, beneficiando-se da potência da dinâmica relacional e imprevisível da intervenção.

Constituindo, assim, um trabalho rico e criativo que se sobrepõe aos protocolos/normativas/instrumentos em que prevalece o TM.

A lógica do Trabalho Vivo em ato, decorrente das reflexões de Merhy (2013a), também se refere à implicação das(dos) trabalhadoras(res) na micropolítica dos modos de produção do cuidado. Para este autor, a(o) trabalhador(a), por ser dotado(a) de uma autonomia, pode utilizar-se de estratégias e/ou ferramentas que primam pela transformação do campo da saúde, com importante reflexo na democratização das instituições, favorecendo a circulação do poder. A partir do exposto, Merhy (2013a) acredita que os modelos gerenciais deveriam ser “publicizados” ou coletivizados, reordenando as ações em saúde à prevalência das intervenções construídas coletivamente, ou seja, pensadas juntamente a profissionais e usuárias (os) no cotidiano dos serviços.

Das estratégias à gestão compartilhada, emerge o debate sobre a participação qualificada e sua relação com a Educação Permanente em Saúde (EPS) . Os estudos, tais como os de Barreto *et al.* (2012), Hoffmann e Koifman (2013), Guedes, Pitombo e Barros (2009) e Sato, Cecílio e Andreazza (2009), apresentam experiências exitosas quanto à utilização dos recursos e das estratégias da EPS. Os resultados constataram o favorecimento à integração entre os profissionais e os atores sociais, a construção coletiva de projetos de intervenção, além da ampliação do olhar crítico sobre a realidade social e sobre o trabalho em saúde.

De acordo com Silva *et al.* (2019), a EPS está instituída como política do SUS há quase vinte anos, sendo que em 2004 foi aprovada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) – Portaria ministerial 198/2004. E, após três anos, o Ministério da Saúde estabeleceu as novas diretrizes e estratégias da referida política por meio da Portaria 1996/2007. Os autores discorrem sobre como a EPS foi reformulada no decorrer dos contextos sócio-históricos, acompanhando as transformações da política de saúde e da sociedade brasileira.

Em concordância com a abertura democrática e o delineamento do SUS – princípios e diretrizes –, e sob a influência da educação popular nos anos 1990, a EPS foi reconfigurada. Segundo Silva *et al.* (2019), nesse contexto, a EPS esteve vinculada à formação das(os) profissionais da saúde, com o intuito de atender aos preceitos da saúde coletiva. O cenário, à época, era de mudança no modelo assistencial impactado pela metodologia dos programas de

cunho comunitário, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

Desde os anos 2000, após a institucionalização da política, a proposta foi a de se assumir a formação continuada no cotidiano dos serviços. Dessa forma, “[...] foram implantados os Polos de Educação Permanente em Saúde, uma instância de gestão com base no quadrilátero da formação: ensino, gestão, atenção, controle social” (Silva *et al.*, 2019, p.12). Diante disso, verificou-se a valorização das perspectivas dos sujeitos – trabalhadoras(res), gestoras(res), estudantes e usuárias(os) – uma vez que a EP passou a favorecer e incentivar a problematização da realidade com a instituição das “rodas” (Silva *et al.*, 2019).

Sob esse direcionamento, a EP incorporou as estratégias de ampliação e qualificação da participação dos atores sociais em diversos espaços, sob várias práticas e/ou ações, assumiu-se assim, como parte fundamental de abertura às práticas dialógicas que são advogadas pela cogestão em saúde. Apesar das contribuições no que se refere ao processo de problematização e abertura dialógica, Merhy (2013a) pontua que a publicização das instituições de saúde ainda permanece como desafio para o SUS.

Em síntese, apesar da institucionalização da cogestão como diretiva dos processos de trabalho e ações em saúde – reafirmada em políticas transversais (PNH, PNEP) e/ou com base em experiências efetivas –, a democratização da gestão do SUS ainda é um processo em curso. Os coletivos de profissionais não são novas estratégias, foram recomendados há aproximadamente vinte anos e são constantemente reafirmados, como já foi mencionado. Diante disso, o que tem acontecido para que não se efetive a gestão compartilhada? Quais os limites encontrados? Quais as possibilidades para o efetivo exercício da gestão democrática?

Vale ponderar que há dissenso entre os teóricos referenciados neste estudo, sobretudo, no que se refere às formas de execução da cogestão. Nesse sentido, Guizardi e Cavalcanti (2010b) chamam atenção ao fato de que o Método da Roda proposto por Campos (2007, 2013) privilegia os coletivos das(os) profissionais, em detrimento da abertura à participação das(os) usuárias(os). Em virtude disso relatam que:

Ao reconhecer maior pertinência da participação dos profissionais, “[...] o conceito de cogestão pode induzir, ou melhor, perpetuar, o modo como as instituições são apropriadas por usos corporativistas e privatistas, indo em direção contrária ao projeto de sua publicização e democratização” (Guizardi & Cavalcanti, 2010b, p. 1250).

Na mesma direção, Cecílio & Malta (2004) e Cecílio (2010a) preocupam-se com as relações entre as(os) trabalhadoras(es) do campo e identificam possíveis causas para a dificuldade de se estabelecerem relações horizontais que repercutam nas práticas da gestão em saúde. Cecílio (2010a) possui trajetória no âmbito do planejamento da política de saúde brasileira, em alguns de seus estudos, aqui referenciados, dá ênfase à análise dos processos de trabalho das equipes e seus desdobramentos no cotidiano dos serviços de saúde.

Além disso, Cecílio (1997) contribui com a reavaliação do modelo tecno-assistencial do SUS, apostando em um redirecionamento que considera as demandas reais das(os) usuárias(os), sob o qual também defende a participação tanto delas(es) como das(os) trabalhadoras(es) na gestão. Todavia, o autor não apresenta uma metodologia que proponha como essa participação pode ser operacionalizada e, de certa forma, parece atribuir o protagonismo às(aos) trabalhadoras(res), como se nota no trecho abaixo:

Cabem agora algumas perguntas neste roteiro, que tenta debitar à concepção do modelo assistencial parte importante das responsabilidades pelas mazelas na assistência à saúde da população: que outro ator social, que não os *gerentes e trabalhadores do setor saúde* [grifo nosso], detêm recursos de conhecimento e poder para enfrentamento dos problemas listados no item anterior? Por que é que não temos nos mobilizado para encarar estas questões, tentando viabilizar alternativas mais adequadas de organização dos serviços? (Cecílio, 1997, p. 474)

Enquanto é possível constatar que Merhy (1998, 2005, 2013) desenvolve estudos que auxiliam às reflexões sobre a tecnologia das relações do trabalho em saúde que incluam todos os atores – gestoras(es), trabalhadoras(es) e usuárias(os). À luz da Composição Técnica do Trabalho, já descrita anteriormente, a compreensão do autor converge com o exposto:

[...] o modo como os modelos tecnoassistenciais em saúde se concretizam cotidianamente nos serviços deve ser analisado a partir do emprego das tecnologias leves, particularmente do espaço de autogoverno que as caracterizam, e de suas formas de articulação e mobilização das demais tecnologias. (Guizardi & Cavalcanti, 2010b, p. 1252)

Dessa maneira, o trabalho em saúde para Merhy (2005) possui a peculiaridade de acontecer no momento em que se encontram profissionais e usuárias(os). E, a partir dessa característica, afirma que a produção acontece no ato da prestação do serviço, em uma troca entre os atores. Sendo assim, o produto final – as respostas às demandas de saúde – é fruto da intercessão entre os sujeitos, algo que é produzido por meio de seu encontro.

Assim, Merhy (2005) revelou sua compreensão do espaço intercessor, e a relevância desse conceito se dá na consideração do protagonismo e do autogoverno gerados nesse

processo, sendo que esses impactam diretamente na implicação dos sujeitos quanto a corresponsabilização na produção de saúde. Compreende-se, nesse direcionamento, que a liberdade, a autonomia e a corresponsabilização são condições fundamentais para a cogestão em saúde.

Além disso, no intuito de fortalecer os dispositivos ou estratégias de cogestão, Guizardi e Cavalcanti (2010b) revelam a necessidade de porosidade nas instituições de saúde para se oportunizar a articulação entre as redes dos territórios. Desse modo, ressaltam que “Tratar-se-ia de uma desconstrução dos limites das unidades, das equipes e mesmo das tarefas e ações realizadas, que somente pode ser proporcionada pelo compromisso dialógico de definir de forma compartilhada os objetivos e estratégias de intervenção, seu valor, seu sentido” (Guizardi & Cavalcanti, 2010b, p. 1251).

Mesmo diante de diferentes concepções sobre as formas de se efetivar a cogestão em saúde, a unanimidade se consiste na defesa pela construção de espaços, dispositivos, rearranjos e estratégias em busca da abertura democrática das instituições de saúde, reafirmando o modelo de gestão que acredita e investe na práxis transformadora. Ou seja, reafirmando a capacidade de análise crítica dos sujeitos e dos coletivos que primam pela superação dos desafios apresentados, da micropolítica das relações institucionais à política de saúde.

Ao considerar a busca pela compreensão dos aspectos históricos, teóricos e metodológicos da gestão em saúde, problematizou-se, nesta seção, como as(os) gestoras(res) concebem sua relação com as(os) profissionais dos serviços e o que isso revela sobre a cogestão. E, mediante essa indagação, o propósito deste estudo revela-se no próximo item, na seção em que são apresentados os objetivos – objetivo geral e os específicos.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Investigar as concepções de uma equipe gestora em saúde sobre a sua relação com os profissionais dos serviços de uma rede municipal.

3.2 Objetivos específicos

- Conhecer, sob a ótica da equipe gestora, como se estabelece a relação entre gestão/serviços;
- Compreender as concepções da equipe gestora quanto à integração com os profissionais dos serviços no que se refere aos limites e às possibilidades;
- Identificar as expectativas da equipe gestora sobre a sua relação com os profissionais dos serviços.

4 Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de acordo com a taxonomia de Flick (2009), por estudar situações ou fenômenos complexos, ao invés de explicá-los por meio de isolamento de variáveis. Além disso, em conformidade com o referido autor, nos estudos qualitativos, os objetos são apresentados em sua totalidade, na tentativa de demonstrar a variedade de perspectivas e o contexto social a eles relacionados. Por essas características, o autor defende que esse tipo de pesquisa se mostra mais adequada para avaliar práticas, concepções e interações dos sujeitos.

Corroborando com essa afirmação, Minayo descreve que

O método qualitativo é adequado aos estudos da história, das representações e crenças, das relações, das percepções e opiniões, ou seja, dos produtos das interpretações que os humanos fazem durante suas vidas, da forma como constroem seus artefatos materiais e a si mesmos, sentem e pensam. (Minayo, 2008, p. 57)

Outra determinante da abordagem qualitativa, apontada por Creswell (2010), refere-se à atenção dispensada aos participantes da pesquisa, visto que, na maioria das vezes, o pesquisador leva em consideração o significado que eles atribuem ao problema ou busca compreender a visão dos sujeitos sobre uma determinada questão.

Diante da caracterização dos estudos qualitativos, verificou-se que esse método seria adequado à proposta investigativa apresentada, tendo em vista que se pretende investigar as concepções de uma equipe gestora em saúde sobre sua relação com as(os) profissionais dos serviços, por meio da análise de dados textuais, advindos do material coletado em grupo focal.

4.1 Caracterização do campo da pesquisa

O campo de pesquisa refere-se a um município da região metropolitana do estado do Espírito Santo, que de acordo com o Plano Municipal de Saúde (2015) encontra-se dividido em seis regiões de saúde. O referido município, no que se refere à política de saúde, assumiu desde 2008 a gestão da média complexidade e alta complexidade ambulatorial.

Encontram-se distribuídos, no município, os serviços da Atenção Básica compostos por 29 Unidades Básicas de Saúde, suas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e equipes de Consultório na Rua. Assim como os serviços de Atenção Especializada que consistem nos Centros de Atenção Psicossocial, Centro de Referência de Atendimento ao Idoso, Centro de Referência em Infecções

Sexualmente Transmissíveis, Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência, os Centros Municipais de Especialidades Médicas e Odontológicas, assim como os serviços de Urgência e Emergência – Pronto Atendimento. Além de contar com Laboratório Central Municipal, Centro de Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância Sanitária.

Tais serviços estão sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, cujo organograma informa ser composta pela Subsecretaria de Atenção à Saúde e Subsecretaria de Apoio Estratégico. A equipe gestora, público-alvo da pesquisa, encontra-se vinculada à Subsecretaria de Atenção à Saúde.

4.2 Participantes

Nesse estudo, as participantes caracterizam-se por comporem uma das equipes gestoras que, de acordo com o regimento interno da Secretaria Municipal de Saúde, tem como competências:

[...] participar da elaboração e acompanhar a implantação das políticas públicas prioritárias na área de atenção à saúde; planejar, acompanhar e avaliar as ações de atenção à saúde, em todos os níveis de complexidade, sob a gestão municipal; promover e participar de ações intersetoriais no âmbito da administração municipal e com instituições afins; gerenciar e acompanhar convênios e projetos relacionados à atenção a saúde; elaborar protocolos e outros instrumentos necessários à organização dos serviços; analisar e instruir processos relativos às ações sob sua supervisão, expondo motivos, pareceres e informações necessárias; executar outras atividades correlatas ou que lhe venham a ser atribuídas. (Regimento Interno)

De acordo com o organograma da Secretaria, a gerência é responsável pela Coordenação da Atenção Básica, Coordenação de Atenção Especializada e Coordenação de Urgências e Emergências. Em virtude de suas competências, a equipe de gestão escolhida coordena e acompanha a execução, expansão e/ou implantação dos serviços da Atenção Básica, da Atenção Especializada, bem como os serviços de Urgência e Emergência sob a gestão municipal. A escolha justifica-se mediante a necessidade dessa equipe desenvolver suas funções em articulação com os profissionais dos serviços que prestam assistência direta aos munícipes.

No intuito de caracterizar o público-alvo, de um total de 36 (trinta e seis) participantes, 32 (trinta e duas) responderam a um questionário com questões sobre os seguintes temas: sexo, idade, escolaridade, área de formação, vínculo empregatício, experiências, tempo de

atuação na área da gestão e experiência junto aos serviços de atenção direta às(aos) usuárias(os). De acordo com as respostas foi possível produzir o quadro a seguir:

Sexo	Feminino: 27	Masculino: 05	–	–
Idade	33 à 40 anos: 11	41 à 50 anos: 11	51 à 60 anos: 09	acima de 60: 01
Escolaridade	Superior Completo: 03	Pós graduação (lato sensu): 22	Mestrado: 09 01 em andamento	Doutorado: 01 em andamento
Formação	Administração: 01 Agronomia: 01 Nutrição: 01 Terapia Ocupacional: 01 Outras formações: 01	Medicina: 02 Odontologia: 02 Psicologia: 03	Enfermagem: 10 Serviço Social: 10	–
Vínculo Empregatício	Contrato temporário: 01	Comissionado: 02	Estatutário: 29	–
Experiência em gestão	Teve outras experiência além da atual: 13	Não teve outras experiências: 19	–	–
Tempo de gestão	Até 4 anos: 07	Mais de 4 anos: 01	Não falou: 24	–
Experiência de atuação nos serviços assistenciais	Teve experiência: 27	Não teve experiência: 05	–	–
Tempo de atuação nos serviços	Até 4 anos: 04	5 à 11 anos: 12	mais de 12 anos: 04	Não respondeu: 07

Quadro - Caracterização das participantes

Com base nos dados, pode-se afirmar que a equipe gestora estudada é constituída majoritariamente por mulheres. Tal constatação permitiu que, no decorrer do texto, fosse utilizada a generalização do substantivo para feminino plural – gestoras. No que tange à idade, deu-se como preponderante a faixa etária entre trinta e nove (39) a cinquenta (50) anos, com escolaridade de nível superior, sendo que a maioria possui especialização *lato sensu*. Das áreas de formação, destacaram-se a Enfermagem e o Serviço Social. No que diz respeito ao vínculo empregatício das participantes, foi majoritário o regime de estatutário no resultado.

No que se refere à experiência, 13 delas já atuou como gerência além da atual ocupação e alguns exemplos são a atuação em direção de Unidade Básica de Saúde, na direção de serviços especializados – Centro de Referência de IST's, Centro de Especialidades e Pronto Atendimento, na coordenação da Atenção Básica em Saúde, na coordenação de Saúde Bucal e, até, na Secretaria de Assistência Social do governo do Estado.

Por último, destaca-se que 27 das participantes já havia atuado como profissional da assistência direta em serviços tais como: Unidade Básica de Saúde, Centro de Referência de IST's, Centro de Atenção Psicossocial (CAPs), hospitais da rede pública estadual, serviços de urgência e emergência, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), dentre outros. Dessa maneira, uma quantidade significativa delas já esteve em outros lugares além da gestão, e, por esse motivo, deduz-se que conhecem a realidade dos profissionais dos serviços.

4.3 Procedimentos de coleta

O grupo focal foi utilizado para a coleta de dados. Conforme os estudos de Trad (2009), essa técnica tende a colaborar para que participantes, em conjunto, construam novas concepções acerca da questão estudada. Visto essa característica, segundo o referido autor, o grupo focal favorece à compreensão de percepções, crenças, atitudes e da temática discutida pelo grupo.

Dessa maneira, as participantes são consideradas sujeitos ativos que, no contexto da pesquisa, são motivados à ressignificação de seus valores e crenças. Portanto, destaca-se que o conteúdo produzido no grupo focal é resultado das elaborações de um coletivo (Gaskell, 2002). A escolha dessa técnica atende à proposta investigativa que busca compreender a concepção dos sujeitos sobre a temática a ser pesquisada. Além disso, os grupos focais permitem a interação entre as participantes, incentivando a prática dialógica.

Em virtude do andamento da pesquisa intitulada “Cogestão como um modo de trabalho em Saúde”, nos meses de agosto e setembro de 2018, foram realizados os grupos focais com o público-alvo desta pesquisa. No intuito de atender a uma das orientações metodológicas dos grupos focais, três grupos foram criados, tendo cada um, em média, doze participantes. Cada sessão deles durou, aproximadamente, duas horas. Vale mencionar que os grupos foram realizados em dias diferentes e com sujeitos distintos, isto é, cada participante esteve em um determinado grupo, sem repetições.

Foi utilizado um roteiro de orientação para a realização dos grupos focais (Apêndice A), que objetivou padronizar tanto os procedimentos de preparo do grupo –tolerância quanto ao horário de início, apresentação da pesquisa e da equipe de pesquisadoras, entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) –quanto o conteúdo das questões norteadoras das discussões. Em atenção aos cuidados necessários à realização do grupo focal, o local onde ocorreram os grupos se trata de um centro de formação aos profissionais de saúde. O referido local foi escolhido por ser familiar aos participantes e de fácil acesso. E O espaço também propiciou certo distanciamento de onde as participantes trabalham.

A data de realização dos grupos focais foi agendada com antecedência e entregue no cronograma do projeto de pesquisa, disponibilizado à gerente das participantes. Apesar de terem tido informações prévias sobre e acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com antecedência, os termos também foram disponibilizados antes de iniciar os grupos.

No momento inicial dos grupos, foi realizado um breve relato do objetivo principal da pesquisa, dessa maneira, foi explicada a finalidade, a estratégia para a coleta de dados e a apresentação das pesquisadoras. Além disso, pontuou-se sobre o consentimento da autorização para gravar os áudios, informando os procedimentos que resguardavam o anonimato e o respeito aos preceitos éticos da pesquisa.

Como propõe Gaskell (2002), o grupo focal iniciou com um dos recursos de livre associação para estimular discussões e provocar reflexões acerca do roteiro. Assim, foram disponibilizadas figuras, advindas de recortes de revistas, cuja seleção foi aleatória. Elas eram diversificadas, havia imagens de pessoas (grupos trabalhando, crianças, etc), de objetos (mesa, sapatos, malas para viagem, quebra-cabeça, privada, cordão, dentre outros) e outras com lugares distintos, como jardins, parques e salas de trabalho. As figuras foram distribuídas no chão da sala onde as participantes estavam reunidas. Foi informado a elas que deveriam escolher uma imagem que expressasse a relação entre a gestão e os serviços. Feita a proposta, todos os grupos iniciaram o processo reflexivo e de debate a partir dessa dinâmica.

Por meio dessa dinâmica inicial, cada participante expôs a(s) figura(s) escolhida(s) com a explicação da imagem e do significado atribuído a partir do tema, o qual se voltou à relação entre a gestão e os serviços. Após a dinâmica e o aquecimento por meio das falas individuais, iniciou-se a utilização das questões do roteiro que consistiu nas seguintes perguntas: Como é o cotidiano de trabalho nessa relação com os serviços? O que vocês

(equipe gestora) esperam dos serviços na relação com a gestão? E de vocês na relação com os serviços? Quem espera isso? Como essa proposta se operacionaliza? Exemplificar. O que norteia (diretrizes e princípios) as práticas de vocês? Como vocês operacionalizam isso? Enfrentam alguma dificuldade/desafio para colocar em curso essa relação entre a gestão e os serviços? Como vocês lidam com essas dificuldades? Para finalizar, pedimos que, enquanto grupo, escolhessem 5 palavras que representassem a relação da gestão com os serviços.

O roteiro contribuiu para guiar a discussão do grupo, as perguntas cumpriram a função de provocar reflexão e o debate no grupo. Além disso, manteve-se a preocupação em garantir a participação e/ou a fala de todas que manifestaram interesse em se expressar. Seguiu-se o desenvolvimento do grupo, segundo a orientação de Gaskell (2002), com estratégias para moderar e/ou mobilizar as falas das participantes.

Um dos objetivos desse recurso de coleta de dados voltou-se a “... avançar a partir de uma discussão liderada pelo moderador, para uma discussão onde os participantes reagem uns aos outros” (Gaskell, 2002, p. 79). Tais provocações facilitaram o processo reflexivo do coletivo e as suas produções, fazendo com que o roteiro estabelecido fosse contemplado em cada grupo.

As sessões dos grupos focais foram registradas com gravador e celular, com a permissão das participantes, em arquivos digitais de áudio, e depois foram transcritas. Após a transcrição integral do conteúdo dos três grupos focais, os dados coletados foram tratados e organizados.

4.4 Procedimento de análise dos dados

O tratamento dos dados contou com a utilização do *software* Iramuteq, que realiza análise multidimensional de textos e questionários. O *software*, portanto, foi a ferramenta que efetivou a análise léxica do texto proveniente dos grupos focais, chamado de *corpus* textual. De acordo com Freitas e Janissek (2000), a análise léxica permite avaliar o conjunto das palavras e/ou expressões que foram usadas no *corpus*, quantificando sua frequência e segmentando o texto em classes, a partir de semelhanças e diferenças.

O Iramuteq, conforme Camargo e Justo (2013), foi desenvolvido na França e aperfeiçoado para o uso em português por uma equipe do Programa de Pós Graduação de Psicologia da Universidade de Santa Catarina. Mediante um de seus recursos, a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), foi realizada a contabilização da ocorrência das palavras,

bem como a identificação de como elas se reúnem e, a partir disso, foi possível atribuir significado ao vocabulário utilizado nos grupos focais (Freitas & Janissek, 2000).

Segundo Camargo e Justo (2013), na CHD, os segmentos de textos e seus vocabulários são correlacionados formando um esquema hierárquico de classes de vocábulos. Esse esquema permitiu a visualização no dendrograma – figura da página 46 – das cinco classes provenientes do processamento dos dados. As classes se subdividiram das mais próximas às mais distantes em termos de vocabulário, visto a lógica da CHD. Desse modo, tornou-se possível visualizar o esquema hierárquico das cinco classes e o encadeamento entre elas.

Dentro de cada classe as palavras aparecem por ordem de qui-quadrado (χ^2), que é a associação da palavra com a classe. Desse modo, elas comparecem no dendrograma de forma decrescente, do maior qui-quadrado para o menor. Optou-se, na apresentação dos dados, por utilizar o percentual que se refere à ocorrência da palavra nos segmentos de textos da classe em relação a sua ocorrência no *corpus*, ou seja, no texto total analisado.

Além de visualizar as palavras que se destacaram em cada classe, por meio dos recursos do *software*, ainda se conseguiu localizar o segmento de texto ao qual pertencem as palavras em grande ocorrência. Dessa maneira, as classes que emergiram da análise foram identificadas de acordo com a compreensão do significado de cada uma delas. Assim, as classes foram nomeadas, descritas e exemplificadas a partir da interpretação da pesquisadora, apresentadas no próximo capítulo, na seção “Resultados: apresentação das classes”.

De acordo com Camargo e Justo (2013), o Iramuteq realiza o processamento das análises dos textos e a visualização das análises lexicográficas por meio de gráficos, de mapas, de nuvem de palavras, dentre outros. Todavia, trata-se de uma ferramenta, ou seja, segundo os autores referenciados, conhecer os dados e apresentar o que eles revelam estão sob a responsabilidade do pesquisador. Os dados que emergiram das análises do programa foram interpretados à luz do aporte teórico da saúde coletiva e serão apresentados no capítulo seguinte, na seção “Discussão dos Resultados”.

4.5 Procedimentos éticos

Quanto aos procedimentos éticos, a pesquisa “Cogestão como um modo de trabalho em Saúde” atende aos critérios do Comitê de Ética em Pesquisa da UFES com vistas ao parecer n 2.410.025 (Anexo A). A referida pesquisa também foi aprovada pelo Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), dessa forma, foi legitimada por um órgão governamental de

fomento aos estudos que interessam ao desenvolvimento do sistema, e, este estudo, alinha-se ao desenvolvimento da referida pesquisa.

5 Resultados: Apresentação das Classes

O material advindo dos grupos focais foi tratado conforme as orientações de uso do Iramuteq, originando um *corpus* textual submetido à Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Após o processamento, o *corpus* desdobrou-se em novecentos e quarenta e um (941) segmentos de textos, com três mil, seiscentas e oitenta e três (3683) ocorrências e trinta e três mil, cento e vinte e duas (33122) formas distintas, tendo um aproveitamento de 95.32% – oitocentos e noventa e sete (897) segmentos analisados. Esse percentual significa um excelente aproveitamento do material exposto ao *software*. Em decorrência, o *corpus* foi particionado em cinco classes distintas, como demonstra a figura:

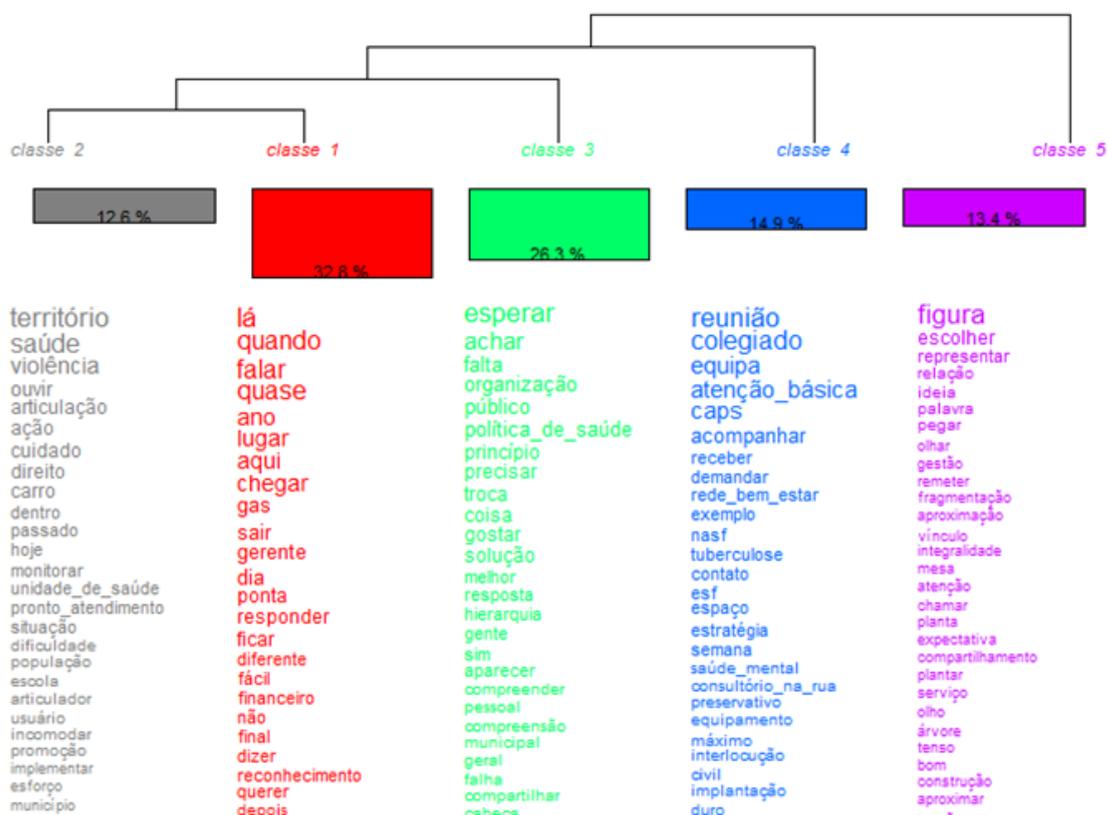


Figura – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente

Diante do exposto, vê-se que a classe 05, nomeada como “Metáforas sobre a Relação entre Profissionais da Gestão e Profissionais dos Serviços”, é a que mais se distancia das demais classes em termos de vocabulário, visto a lógica da CHD. Em sequência, advém a classe 04, chamada de “Potências e Desafios dos Dispositivos de Encontros entre Gestão e Serviços”, a seguir se apresenta a classe 03 – “Conjecturas e Expectativas da Gestão quanto às(aos) Profissionais dos Serviços”. A duas classes, 01 – “Gerência: identidade e cotidiano de

trabalho e a classe 02 – “Território: complexidade, articulação e possibilidades”, encontram-se em paralelo por apresentar vocabulários muito próximos.

A classe 05 possui cento e vinte (120) segmentos de texto de um total de oitocentos e noventa e sete (897) segmentos analisados, representando 13,38% do *corpus*. Ela expressa o conteúdo exposto a partir da dinâmica inicial realizada nos três grupos focais, visto que a palavra “figura” apresenta 88,52% de ocorrência. Com base na interpretação dos dados, a classe foi nomeada como “Metáforas sobre a Relação entre Profissionais da Gestão e Profissionais dos Serviços”.

Conforme já apresentado, durante a realização dos grupos focais, antes de se utilizar as questões do roteiro, foi adotado um recurso com vistas a proporcionar um “aquecimento” às reflexões e discussões. Assim, foram disponibilizadas pelas pesquisadoras figuras advindas de recortes aleatórios de revistas, as quais foram distribuídas no chão da sala onde as participantes estavam reunidas. As participantes foram orientadas a escolher uma imagem que expressasse a relação entre as profissionais da gestão com as dos serviços. Dessa maneira, cada participante apresentou e expôs a(s) figura(s) escolhida(s) com a explicação da imagem e do significado atribuído a elas.

A partir da exposição, as participantes utilizaram metáforas para revelar suas concepções ao que se refere à relação entre os profissionais da gestão e os dos serviços. A dinâmica inicial já apresentou importantes reflexões para compreensão dessa relação, pois as palavras que emergiram dessa classe em quantidade expressiva foram: “escolher” (95,24%), “representar” (81,82%) e “relação” (40%).

Dentre as metáforas apresentadas, destacaram-se as palavras “olhar” (43,4%) e “mesa” (66.67%), identificadas com uma ocorrência relevante pelas participantes, com diversificados significados. Com relação à palavra “olhar”, alguns sentidos se destacam, por exemplo: “... *algo que talvez nós não consigamos colher o fruto hoje, talvez não esteja aqui para ver esse fruto, mas que conseguimos projetar um olhar um pouco mais abrangente...*”. Outro sentido voltou-se às perspectivas futuras e até mesmo visionárias:

É esse olhar lá na frente, esse olhar de algo novo, um olhar de que realmente pode dar certo com as pessoas que nós temos, com os instrumentos que temos. Escolhi esse olhar que é um olhar profundo que vai além talvez daquilo que consigo enxergar hoje.

Além disso, as várias possibilidades de ressignificar e fortalecer a relação entre as profissionais, tal como: “*É modificar o nosso olhar e também colher alguns frutos no sentido*

de observar o retorno desse nas unidades de saúde, dos diretores e trabalhadores se sentirem mais fortalecidos nessa relação...”

Compareceu também a dimensão da percepção ampliada e da necessidade de se estar sensível, quando a participante diz: “... *mas eu falo de um olhar não somente do aspecto sensorial, mas de um olhar e ouvir. De algo assim, vamos dizer, de uma clínica que não só vê, mas que também percebe outras coisas, outros sentidos”*.”

Outra concepção apresentada foi a da necessidade de empatia na construção dessa relação gestão/serviços: “*Quando olho com ele, com esse olhar, sem rotulagem, as vezes é mais fácil entender os processos que eles vivenciam. E fazer junto e fazer com que caminhemos de uma forma mais coesa, mais parceira...”*”.

A variedade de sentidos contempla a expectativa mútua entre gestoras e profissionais dos serviços: “*Acho que é uma lente de dois focos (...), tanto nossa quanto deles. A expectativa que temos em relação a esse apoio... Que nós lá na atenção também verificamos isso...”*”. Em outra fala, reforçou-se a importância em dar atenção à percepção dos profissionais dos serviços: “... *um dos motivos pelo qual eu escolhi essa figura são os olhares o modo como nós olhamos para eles e o modo pelo qual eles nos percebem também é uma coisa que nós temos que estar o tempo inteiro muito atentos”*”.

Vale apresentar também o significado da complexidade das relações uma vez que são vários equipamentos/serviços que ainda devem considerar suas relações com as(os) usuárias(os), de acordo com o exposto:

É nesse sentido também que eu peguei a figura do olhar, porque é uma gerência que abarca todos os equipamentos da assistência da atenção em saúde, PA, Centros de Referências e especialidades, abarca isso tudo. É nesse olhar da diferença de cada um, mas que tenha essa relação mútua que conseguimos ir participando junto com a gerência em vários espaços, em várias discussões, tanto na construção e melhoria das política de saúde como também nas política de relação, seja relação com a sociedade, seja em relação com servidores ou a política mesmo.

As metáforas com a palavra “*mesa*” adquiriram sentido de práticas dialógicas que nem sempre são efetivadas, mas apareceu também como possibilidade de estreitar a relação com os profissionais dos serviços, como por exemplo:

[...] porque eu também escolhi uma figura que tem uma mesa, na verdade por vários motivos. Logo que vocês vieram com a proposta, eu pensei em procurar uma figura que mostrasse uma roda, porque eu acredito muito nesse dispositivo como um espaço para trabalhar essa articulação entre a ponta e o nível central.

Outros trechos ilustram essa necessidade do diálogo, tal como: *“Eu achei essa figura interessante, porque é essa mesa que tem uma água, um suco sendo servido, porque também isso possibilita a criação de vínculo que nós precisamos ter com os profissionais da ponta”*. Nas reflexões, também compareceram o reconhecimento dos espaços de “troca” e as estratégias para estabelecimento de vínculo: *“E não é à toa esse espaço, essas pessoas em volta da mesa, porque como eu disse, esse momento do encontro, da roda, da reunião de equipe ou do colegiado gestor...”*.

Vista a prática dialógica proposta em diversas falas, a classe 04 foi nomeada como “Potências e Desafios dos Dispositivos de Encontros entre Gestão e Serviços”. A classe 04 possui 134 segmentos de texto de um total de 897 segmentos que foram analisados, representando 14,94% do *corpus*. As palavras mais recorrentes de acordo com a CHD foram “reunião” (70,97%), “colegiado” (100%), “Atenção Básica” (78,95%) e “CAPS” (86,67%).

O Colegiado e a Atenção Básica, nessa classe, foram considerados fundamentais para o estabelecimento de vínculos e construções coletivas, como também, caracterizados como espaços desafiadores. Em se tratando dos desafios, pode-se destacar o relato sobre o esvaziamento de sentido das reuniões, conforme a fala:

[...] ele não pode ser esvaziado de sentido, porque se não fica a reunião pela reunião, mas para mim é uma estratégia que nós temos que ter espaços de encontro entre as áreas técnicas, entre as combinações, entre as equipes e o desafio é pensar como isso pode ser produtivo, como isso pode ser eficiente, sem ficar reunião pela reunião.

Outra consideração importante se refere ao fato de que o colegiado pode não garantir a democratização das decisões ou informações, como se nota no trecho:

Porque o colegiado tem que ter muito cuidado, é bacana, é um lugar interessante, mas há momentos em que o colegiado é frequentado sempre pela mesma pessoa e aquela pessoa que sequer fazia uma reunião com a equipe, com a equipe da área técnica dela para poder repassar o que tinha acontecido ali, então ficava uma pessoa com todas as informações, isso também é perigoso... Então o colegiado não é garantia, acho que é um arranjo interessante, mas também não é garantia.

Como outro empecilho, foi destacado, pelas participantes, que as reuniões colegiadas não ocorrem em todas as equipes dessa gerência: *“Porque uma coisa que me estranhou muito quando eu fui para a equipe da coordenação da atenção básica é a ausência desse espaço garantido da reunião da própria equipe”*. Outras vezes, esses espaços não são valorizados pelas profissionais da assistência e são percebidos como “mais uma tarefa”:

Por isso que para nós algumas coisas são tão caras, tão caras, fazer uma reunião para discutir o processo de trabalho, isso é tão caro, e talvez para alguns isso seja

bobagem, seja dispensável, entenda como mais uma reunião que esse pessoal está querendo.

Uma das participantes chamou atenção para o desenvolvimento de habilidades relacionais desenvolvidas pelas profissionais da gestão, elucidando a seguinte situação:

Tem reuniões que nós saímos de lá “sugados”, porque tem reunião que nós, literalmente, entramos e saímos sem poder abrir a boca, porque a equipe naquele momento não vai dar conta de um agente externo, considerando que eles já estão com um processo analítico muito forte e tem outros que, mesmo sendo muito difícil, nós temos que intervir. Nós também temos que achar essa medida, que é muito delicada.

Apesar dos desafios, a equipe gestora reconhece as reuniões e os colegiados como dispositivos potentes e indispensáveis, tanto no que se refere à articulação quanto à reflexão crítica dos processos de trabalho, como destacou a fala: *“Você no colegiado também, que é um lugar, um espaço de gestão coletiva, com as orientações e ali falamos do processo cotidiano, no trabalho de articulação...”*. Outra fala reforçou a ideia dos colegiados como possibilidade de estreitar vínculos: *“No que se refere à estratégia que temos construído para superar alguns desses desafios, é estar dentro do colegiado com os gestores. Acho que tem sido importante”*.

A Atenção Básica e os CAPS são citados frequentemente pelas gestoras para exemplificar a articulação realizada com esses serviços. Nesse sentido, foram expostas as diferenças em relação à abertura que é dada à gerência nos espaços coletivos realizados por diferentes serviços: *“... por exemplo, um dos CAPS pede para estarmos lá todas as reuniões de equipe que são semanais um espaço extremamente íntimo daquela equipe...”*. Em contrapartida, a gestão precisou, com outras equipes, instituir reuniões mensais para provocar a participação: *“... e essa foi uma das estratégias que deu certo com os desafios da atenção básica, as pessoas serem atendidas, foi a partir das estratégias de ter reuniões regionais e na secretaria...”*.

O discurso recorrente sobre a Atenção Básica volta-se para a responsabilidade que compete ao município pela sua execução, segundo a política de saúde ministerial. A equipe gestora estudada, por descrição de competências, acompanha a execução, expansão e/ou implantação dos serviços executados em nível municipal, conforme se verifica nas falas:

Também acompanho direto o NASF, vou ao núcleo uma vez por mês, mas volta e meia tem alguma questão para resolver em algum outro NASF, então, combinamos de ir.

[...] porque nós temos 4 CAPS no município, nós somos 4 profissionais na área técnica e nós nos dividimos para cada um acompanhar de maneira mais específica um

CAPS, no sentido da continuidade, de dar essa sequência que consideramos fundamental.

No que se refere às competências e às responsabilidades, apresentam-se os dados da classe 03, identificada como “Conjecturas e Expectativas da Gestão quanto às Profissionais dos Serviços”. Essa classe representa 26,31% do material analisado e consiste em duzentos e trinta e seis (236) segmentos de texto, advindos de um total de oitocentos e noventa e sete (897) segmentos do *corpus* total. Diante da contabilização da ocorrência das palavras, emergiram os verbos “esperar” (70%), “achar” (41,26%), “precisar” (53,57%), além das palavras “falta” (85,71%) e “organização” (81,25%).

Uma das principais questões abordadas diz respeito às expectativas da equipe de gestão sobre os processos de trabalho, como também ao relacionamento estabelecido entre gestoras e profissionais dos serviços. Há consenso quanto à expectativa de que o trabalho atenda aos princípios e às diretrizes da política de saúde, como anuncia a fala: “*Mas eu acho que esse ‘esperar’ ele não pode ser uma coisa pessoal, o que eu espero, mas o que as políticas de saúde do município esperam dos serviços*”. Ou ainda como pontua a fala: “*Eu sinceramente espero que as pessoas vejam e compreendam o que é ser da Saúde*”. Nesse mesmo direcionamento, também se relatou: “*O papo corrente na gerência é falar disso, então o que esperamos da ponta é que o SUS se efetive*”.

Entretanto, quanto às especificidades do processo de trabalho das profissionais dos serviços, a gerência verificou a necessidade de explicitar com clareza as expectativas, conforme o seguinte argumento: “*... nós esperamos uma coisa e às vezes é muito difícil você conseguir traduzir isso para eles, você conseguir passar essa mensagem de exatamente o que você espera desses serviços*”. As participantes incluem, dentre as dificuldades de se explicar o que se espera das profissionais dos serviços, as interferências do contexto sócio-político do município:

E eu fiquei me perguntando também o quanto nós, nesse lugar, também somos atravessados pelas questões políticas, tanto da política baixa, vamos dizer assim, política partidária, quanto da política enquanto política de atuação do sujeito, no plano individual ou coletivo.

Acompanhando esse debate, evidenciou-se também os impactos das transformações advindas da macropolítica, como ilustra a fala:

Eu acredito que as equipes fiquem um pouco perdidas com isso, nós tivemos momentos que essas diretrizes estavam mais claras, eu acho que hoje nós estamos um

pouco confusos, não é só na Saúde, eu vejo de uma maneira geral. No nosso caso, talvez tenha muito reflexo do que está acontecendo com as políticas de saúde no Ministério, fica esperando o que o Ministério vai dizer, um espera, o outro espera.

Ainda mediante as reflexões acerca das expectativas, compareceu o que foi anunciado pelas participantes:

[...] eu fiquei pensando que realmente nós esperamos muito dos serviços também, mas o que eles esperam da gestão, de todas as áreas técnicas? Porque nós ouvimos muito também os servidores falando que estamos distantes. Essa frase me incomoda por todo o esforço que nós fazemos para estar, mas eu acho que é uma frase que permanece e eu tenho ouvido muito que estamos muito distantes.

Em conformidade com a preocupação com o que se espera da gerência, expôs-se: “... tanto acho que gerência faz com os serviços, quanto os serviços também, às vezes, tem expectativas em relação à gerência, também esperam que a gerência dê respostas...”. Isso sugere que, na concepção da equipe de gerência, as profissionais dos serviços esperam da gerência direcionamento e garantias institucionais que oportunizem a execução dos serviços/programas de assistência aos municípios.

Algumas pontuações abordam questões práticas do cotidiano dos serviços, como ilustram os seguintes trechos:

Eu acho que o que esperamos dos serviços seria um planejamento melhor de ações. Nós vemos muito, é lógico que não dá para generalizar, mas eu acho que a estratégia se perdeu muito. Coisas básicas de reunião de equipe nós vemos que não acontece, saber quantas gestantes se tem no território, o aleitamento materno, visita ao recém nascido, coisas básicas, sífilis...

Quando nós esperamos deles, esperamos pelo menos esse resgate do que é básico.

Entretanto, nota-se que nem sempre são compreendidas as funções e/ou competências na perspectiva da atenção proposta pelo SUS, como compareceu no discurso abaixo:

Muitos profissionais na ponta não estão no mesmo processo, não têm a mesma compreensão, não têm a mesma compreensão mesmo de política pública, de política de saúde, de política de atenção básica, diretrizes do SUS, princípios do SUS. Às vezes, eu senti isso na ponta, às vezes o serviço está lá, cada profissional na sua caixa, no seu canto, fazendo a sua atuação, às vezes um excelente profissional, altamente competente, mas que falha, falta essa compreensão sistêmica, essa compreensão política mesmo de o que nós estamos produzindo aqui, ao se defender a promoção de saúde, não só a saúde curativa, pensar as promoções e que isso às vezes passa ao lado.

A partir da significativa ocorrência das variações dos verbos “achar” e “precisar”, além do aparecimento expressivo da palavra “falta”, constatou-se que as participantes elucidaram seus pontos de vistas com avaliações e proposições de melhorias no que se refere ao desenvolvimento do trabalho realizado por ambas equipes. Nessa perspectiva avaliativa, considerou-se a interdependência das equipes e a relação entre as trabalhadoras da gestão e dos serviços.

São vários os apontamentos diante dessa realidade, um deles diz respeito ao investimento no ciclo dos processos de gestão do trabalho – planejamento, execução, monitoramento – de acordo com o exposto:

[...] eu acho que nós ainda estamos muito concentrados em um planejamento que eu acho que é demorado para ser colocado em prática, para ser efetivado. Acho que as pessoas vão entender o que eu quero dizer, por mais que estejamos ali organizados, com a proposta de implantar, implementar política de saúde, do nosso papel, acho que nós precisamos dessa relação direta com o serviço. Eu acho que muitas vezes nós ainda perdemos muito tempo no planejamento, perdemos muito tempo na análise, até conseguirmos colocar em prática, executar. E quando executa também, há infelizmente, muita dificuldade de se manter, de dar continuidade aos processos, de que aquelas política de saúde continuem sendo implementadas de forma rotineira, monitoradas.

No tocante aos encontros entre as profissionais, realizados nos dispositivos que permitem a construção coletiva e a escuta, as participantes ponderaram sobre a necessidade da devolutiva às questões apresentadas pelas profissionais dos serviços: “Às vezes nós ouvimos muito, mas esquecemos de dar esse retorno, às vezes nem tem esse retorno para dar, mas de dizer para eles que não temos essa resposta agora, mas que podemos pensar naquela necessidade”. A necessidade de escuta é reforçada também pela fala:

Eu acho que eles também esperam muito ser ouvidos, de colocar como eles fazem, se o que eles estão fazendo está certo, não é nem o que está certo, o que está errado, mas é se está de acordo com a diretriz, o que é possível fazer para melhorar. Há uma ânsia muito grande desse trabalhador que está lá e às vezes nós pensamos que ele está lá, não fazendo.

A prática dialógica também foi pautada em discussões/reflexões do grupo e foi manifestada pelas participantes como alternativa para o estreitamento de vínculos e legitimidade da construção coletiva:

Estar nos serviços, estar com os profissionais... Eu acho que é um diálogo, é dialogando com os profissionais, é dando algumas direções, enquanto política de saúde, porque enquanto gerência nós temos essa função, de implementar política de

saúde a serem realizadas lá nos serviços, mas também fazer junto até certo ponto, porque é nessa construção, nesse coletivo, que nós vamos construindo...

O contato direto entre as equipes, isto é, gestão e serviços, ocorre tanto em espaços programados como em situações de urgência que demandam a articulação com os territórios. As urgências parecem não se tratar de exceções, por isso tensionam a relação entreprofissionais, como elucidada o trecho:

Mas as coisas podem ficar um pouco menos caóticas, só que isso supõe se responsabilizar por algumas coisas de organização, nessa hora a tensão aparece. Tem coisas que se você organizar melhor, de um jeito, ajudarão outras coisas que são menos urgente, dessa forma, sobriaria até mais energia para autonomia, iniciativa, alegria, para lidar com coisas que não seja no momento da urgência. É isso, sempre uma tensão.

Como já foi exposto, a partir do resultado apresentado nessa classe, deve-se considerar a ocorrência de 81,25% da palavra “organização”, que possui vários sentidos nos segmentos de texto. No trecho exposto acima se refere aos arranjos para responder às questões ou aos imprevistos que exigem certa agilidade e imediatismo. Outro significado da mesma palavra surge como uma autocrítica, a partir do debate sobre a organização interna da gerência, conforme o trecho:

É onde a gerência parece desarticulada, porque às vezes na mesma semana vai chegar no território uma solicitação de uma área técnica, depois da outra, e a sensação que às vezes eu tenho é que o território, as unidades de saúde, os serviços, olham para nós assim, que a gerência é desarticulada. E nós nos perguntamos muito sobre isso, isso que eu estava dizendo, desde que entrei na gerência nós nos perguntamos: como podemos nos articular melhor aqui dentro? Para que as coisas não cheguem no território parecendo desarticuladas, atravessadas.

Vale pontuar também a abordagem que as participantes realizaram sobre a implicação da organização do trabalho e de seus rebatimentos e/ou impactos na relação entre as equipes gestão/serviços, como foi elucidado no trecho:

Mas eu acho que a relação minha, e acho que de muitos, da gestão com o serviço tem sempre esse ponto de tensão que é uma relação, que as pessoas contam com a equipe de gestão, mas contam exatamente para lidar com a urgência mais imediata, na hora que é para organizar um processo, para que as coisas fiquem menos vulneráveis, dizem que têm imprevistos.

Ainda quanto aos diferentes significados do termo “organização”, compareceu, a direção das Unidades Básicas, como um desafio para a organização do trabalho, de acordo com a fala:

E muitos diretores das unidades de saúde não sabem o que é isso, então não contribuem para que isso aconteça, muito perdidos. E tem questões políticas também, e eu acho que outras questões que comparecem, se houvesse esse mínimo de organização e ação.

A classe 02 apresenta uma compreensão mais aprofundada sobre os “territórios”, palavra de expressiva ocorrência – percentual de 40,96%. Nesse sentido, aborda a articulação com os serviços, ilustrando entraves e possibilidades. Essa classe representa 12,6% do material analisado e é composta por duzentos e trinta e seis (236) segmentos de texto do *corpus* total. Além das palavras mencionadas, há outras com significativa ocorrência: “violência” (88,89%), “saúde” (43,55%), “ouvir” (54,55%), “ação” (42,11%), “articulação” (64,29%) e “cuidado” (55,56%).

Com base na interpretação realizada, essa classe foi denominada de “Território: complexidade, articulação e possibilidades”. Foram relatados diversos conceitos de território, o que caracterizou variadas concepções. Algumas falas consideraram a amplitude do conceito, para além do serviço de saúde local (UBS), outras, o dinamismo, a complexidade e a organicidade do território. Há ainda a perspectiva que compreendeu o território como espaço de atuação da gerência, afirmando ser o território a “*gestão das relações e dos processos de trabalho...*”.

Mediante essa diversificação, apresenta-se aqui vários segmentos ilustrando as reflexões das participantes sobre a temática exposta anteriormente:

Em relação ao entendimento de território acho que tem uma confusão, não é a Unidade de Saúde, não é o serviço, tem toda uma dimensão de como essas populações vivem, como se formam, traços culturais, as etnias, o perfil epidemiológico da região...

Mas a noção que eu tenho de território é um território que é dinâmico, que é vivo, que se modifica...

... porque o que é o território para nós que somos gestão? É o município? Porque quando se coloca essa coisa de território, tem a questão do território ali, daquela Unidade de saúde, mas às vezes isso fica tão amarrado, que a pessoa não entende que o município é um território, que a região é um território.

Não é o território da Unidade de Saúde, fica muito no nível da gestão, da gestão de pessoas, gestão de conflitos, da gestão dos processos de trabalho, o que seria esse nosso território? Está uma dúvida, uma coisa que não está fechada, uma indagação que precisamos refletir muito sobre isso. Na gestão principalmente de pessoas que passamos muito por nós também. Até que ponto nós nos implicamos e somos implicados

por esse processo? Que território é esse? Território das relações, das relações e processos de trabalho que não é fácil. Ele é confuso, é complexo.

Para falar sobre o que entendemos por território, posso afirmar que temos usado bastante, nós somos articuladores territoriais, mas não somos de território não. O território como lugar de viver, como lugar existencial das pessoas, como espaço geográfico, é um conceito muito amplo de território.

No último trecho, já se explicita sobre o desenvolvimento da articulação territorial como uma das funções da gerência e com contribuições às discussões coletivas, como relatou uma das participantes:

Eu tenho ido muito ao território para discutirmos a política de saúde, de como essas ações são planejadas, organizadas enquanto técnicos e como vamos implementar isso no território e eu coloco todos no mesmo nível, porque enquanto estou levando algo, eu estou trazendo também conhecimento. Eu não tenho que ir com aquela ideia de que eu vou para falar. Às vezes pensamos em algo e quando chegamos lá vemos que aquilo não é viável, nós reconstruímos.

Entretanto, revelaram-se os desafios no que se refere ao processo em curso da articulação territorial. Uma das dificuldades relatadas se voltou à ausência de mapeamento dos territórios por parte das equipes dos serviços, de acordo com o relato: “... a sensação que eu tenho é que as equipes não conseguem muitas vezes também se organizarem para dar conta de toda essa análise do território, que precisa ser contínua, permanente, e realizar o planejamento em cima disso”.

As participantes pontuaram a utilização de um *software* que interliga a rede municipal de saúde, desenvolvido por servidores municipais, como uma importante aliada quanto ao mapeamento do território por parte das profissionais dos serviços. Por meio desse, criou-se um sistema integrado que contém importantes dados – procedimentos realizados, prontuários eletrônicos. Vejamos o anunciado:

Não preciso que a gerência me demande, eu vou ficar em permanente análise do meu território e a rede [...] é uma ferramenta fantástica para isso, só que hoje a percepção que eu tenho é que, indo muito na ponta, é que os dados estão lá, mas estão virtuais, as nossas equipes não têm o hábito de colher esses dados da rede para planejar, então eu colho quando a Saúde Mental me demanda, quando a tuberculose me demanda, eu planejo minha ação quando chega o e-mail, o whatsapp e o telefone da área técnica e a solicitação da gerente. Eu vou olhar para aquilo, não tem regularidade nisso.

Ainda no tocante aos desafios, as participantes relataram a apropriação limitada dos territórios, seja por falta de conhecimento, seja por falta de iniciativa:

Eu penso que, da apropriação, não estou nem falando de nós, no nível central, mas do território mesmo, quem representa ali, quem está na saúde no território, precisamos avançar muito. Na minha visão, até como uma pessoa que já esteve lá, na gestão de Unidade de Saúde. Eu entendo que o território fica fora um pouco, que a Saúde não se apropria dele.

Essa afirmação pode ser relacionada à articulação setorial, realizada somente no âmbito da política municipal de saúde e que não se efetiva na dimensão da intersetorialidade, verificada pela fala: “*Mas nós chamamos de articuladores territoriais, nós não fazemos articulação de território com movimento social, com as escolas*”.

Há de se destacar também, a observação de uma participante que revelou a necessidade de trazer a população para construir e intervir conjuntamente, conforme o relato:

O nosso termo que usamos é articulador territorial, então se fôssemos levar isso às últimas consequências, teríamos que nos articular com a população como um todo e não com a unidade de saúde, seria com todos os equipamentos. Todo o trabalho no território, com as próprias pessoas que moram lá, participam da rede socioeducativa, mas é um espaço formal importante, acho que a base precisava avançar mesmo, a participação popular.

Além disso, as participantes mencionaram a fragilidade da participação popular, o que é reforçado por meio do exposto: “*Como eu estou muito focada nas ações em prol da articulação em saúde, com a comunidade, percebo o quanto que eles desconhecem do direito e o quanto que eles ainda precisam reivindicar*”.

A expressiva repetição das palavras “violência”, “saúde”, “cuidado” e “ação” remete ao território como lugar do cuidado, mas também como espaço de violação de direitos devido às manifestações das questões sociais. Portanto, as participantes relataram ser desafiador pensar na integralidade do cuidado levando em consideração somente a saúde, o que se pode ilustrar por meio das narrativas:

Temos uma complexidade nesse cotidiano, eu acho que a maior parte, violência extrema, acho que a violência também atinge muito na saúde, acho que a violência nos impede muitos cuidados. Atinge o profissional, o profissional tem medo, às vezes esse medo é real, não tem que ser desconsiderado, porque não consegue acessar. São muitos territórios, muitos lugares com gerações de pessoas violadas e que você não consegue fazer com que as pessoas consigam fazer minimamente um cuidado. Parece que o profissional se sente que é tudo com ele, se questiona com que parcerias pode contar.

É real, estamos falando às vezes de uma crise econômica, pessoas cada vez mais acessando o SUS, questões de violência comparando muito, um território que muda o tempo todo, a dinâmica como ela colocou, mas a nossa estrutura não é tão dinâmica assim e a nossa estrutura está lá. Às vezes você tem um servidor que está há 11 anos

na mesma unidade de saúde, às vezes ele já esgotou a capacidade dele de cuidar, então nós temos um arranjo macroestrutural que tem limites, entende?

Lidamos com territórios que têm mais tráfico, onde tem mais violência, onde tem mais homofobia, onde tem mais idoso, onde tem... E acabamos tendo que lidar, como a colega falou, e todo mundo falou, que estão ligadas não a governabilidade única de uma única área técnica, de uma unidade de saúde, mas de um todo, todas as área técnica vão ter que ser responsáveis por cuidar daquele e quem está de frente acaba respondendo quem pode.

Resta acrescentar que o cuidado em saúde, diante da concepção da gestão, assumiu a centralidade no que tange ao trabalho desenvolvido, visto que “... o compromisso é com o SUS, com a população, com a produção do cuidado”. É sob essa premissa que não se dissocia o cuidado de ambas as equipes, de acordo com o elucidado pela fala: “*E independente do cuidado, que faço enquanto área técnica e enquanto eu estou lá no serviço, é esse cuidado que estou fazendo, para que a saúde, de certa forma, aconteça*”.

Nesse sentido, ainda se ressaltou que profissionais dos serviços e gestoras devem somar esforços e trabalhar juntos em uma convergência de saberes e ações:

[...] o serviço e a gestão só vai atingir esse ponto se tiver essa integração, tiver essa junção de saberes e competências de vontade. E o que vejo é o seguinte, se não tivermos essa relação gestão com o serviço de compartilhamento, de comprometimento, de cumplicidade, não conseguiremos chegar nesse cuidado.

As participantes chamaram atenção também para o cuidado em liberdade e a autonomia das profissionais dos serviços mediante a micropolítica do trabalho em saúde: “... *acho que essa relação da gestão com trabalho traz perspectiva, uma certa proteção, um certo cuidado com o outro, o caminho quem vai fazer é o outro, o sujeito independente*”.

O trabalho realizado, especificamente pela gerência, foi abordado como questão principal da classe 01. Ela compreende a maior parte do material analisado, com 32,78% do conteúdo, composta por duzentos e trinta e seis (236) segmentos de texto, de oitocentos e noventa e sete (897) segmentos do *corpus* total. As palavras com significativa ocorrência foram: “lá” (57,84%), “quando” (54,03%), “falar” (49,46%) e “ponta” (62,79%). As duas primeiras são advérbios, um que indica lugar e outro o tempo, utilizadas para situar e/ou contextualizar a gerência.

Os relatos em torno do vocabulário dessa classe revelam uma possível identidade da equipe. As participantes descrevem desde a atuação específica da gestão até a percepção dos

profissionais sobre ocupar os diferentes papéis – gerência e “ponta”. Diante desta constatação, essa classe foi nomeada de: “Gerência: identidade e cotidiano de trabalho”.

Várias foram as concepções apresentadas sobre o trabalho da gestão em saúde, sendo que uma das definições tratou de expressar a complexidade em torno desse debate: “... é porque essa gerência é essencialmente um lugar que se vive aquilo que está prescrito no texto da política de saúde e aquilo que realmente se consegue fazer, então nós somos o gancho do prescrito para o real e isso é muita coisa...”. Ou ainda, como destacou uma participante sobre o dinamismo e a dificuldade em determinar uma única identidade:

A gerência muda muito, a gerência é um lugar muito poroso. É isso, a pessoa chega agora, você passa, você entra, é labiríntico, você começa em uma área técnica termina em outra, é um lugar difícil de se contornar.

Em outro relato, salientou-se a heterogeneidade da equipe gestora e, por isso, a dificuldade em se reconhecer com uma identidade comum:

A gerência é esse lugar, no limite somos muitas “gerências”, nós podemos até falar de um todo, mas no limite mesmo, há muitas “gerências” aqui dentro desse grupo, então acho que quando a colega traz as inquietações dela, ela traz um recorte também muito específico, acho que ela sabe disso, de um lugar de uma servidora que tem que segurar na unha uma série de ações, essa coisa de pedir, tem muito a ver com isso.

As participantes ressaltaram que essa equipe gestora assumiu, no âmbito municipal, uma centralidade quanto à resolução de conflitos e/ou problemas que dizem respeito à Atenção à Saúde, conforme o descrito:

Historicamente, também a gerência tem um comportamento de, isso já deve ser muito conhecido, de a gerência ser considerada o coração da Secretaria, a Atenção a Saúde, nós temos várias gerências lá, mas essa gerência é um dos primeiros lugares onde aconteceu algo, manda para a gerência, depois vai se ver algum lugar, mas normalmente, eu falo da questão histórica, normalmente acaba ficando muito lá dentro, não é direcionado para os espaços.

A partir dessa consideração, vale afirmar que a captura da gerência pelas intercorrências potencializa a fragmentação das demandas dos profissionais dos serviços, ilustrada na fala: “Então, assim não tem como dar certo. Eu vou lá falar da saúde da mulher, ela vai falar de saúde mental, ela vai lá para falar do Consultório na Rua e chega uma hora que a ponta vai querer saber que horas irá fazer o que tem que fazer”. E, no cenário descrito, a gestão parece desorganizada, como pontua a fala a seguir:

Nós temos uma organização de trabalho, nesse modelo mais formal, mas nós também respondemos quase que imediatamente a tudo o que acontece na ponta, diferente de outras gerências no nível central, que a coisa demora um pouco mais para chegar. A

nós tudo chega muito rápido, então, às vezes, as pessoas acham que isso aqui é um caos, que isso é uma bagunça, que precisa de mais organização.

Além da exigência em dar respostas às contingências, foram mencionadas, pelas participantes, algumas atribuições que fazem parte do cotidiano do trabalho, mas que não são concebidas como função da gestão:

Ao mesmo tempo que eu vou lá discutir uma política de saúde no gabinete da secretária, no outro dia eu tenho que calçar um sapato aqui e botar uma blusa escura para não empoeirar toda e ir ali no arquivo pegar folder, ou ir lá no almoxarifado olhar a qualidade dos produtos de uma cesta básica, ou contar quantas caixas de leite veio em cada lote que o fornecedor enviou. É uma burrice dentro do serviço público, não tem nem como denominar, discutimos metas e planejamentos junto com o estado, com o governo federal, vamos em encontros em Brasília e ainda vamos no almoxarifado ver se o açúcar vai vencer no mês que vem. É ridículo se ocupar dessas coisas por um tempo muito grande e deixar de fazer coisas muito mais interessantes...

A atuação da equipe gestora, no que se refere à necessidade de aproximação com as profissionais dos serviços, pode ser conferida na seguinte fala:

O cotidiano de trabalho da equipe da gerência, em relação ao serviço, o tempo todo estamos em contato, estamos visitando, acompanhando, realizando projetos, estamos recebendo contatos, devolvendo contatos. É uma relação cotidiana, todo dia temos uma ação que vai se envolver com o serviço, com o território.

Diante dessa característica relacional, foram pontuadas pelos participantes a importância da proximidade com os profissionais dos serviços e as tentativas de desconstruir práticas verticalizadoras:

[...] mas nós já nos empenhamos durante bons anos em formular projetos que nos aproximem da ponta. Por exemplo, a questão do apoio institucional, que muitos aqui participaram, a questão da proposta da gerência de articuladores. Vira e mexe nós temos esse tipo de arranjo institucional que tenta romper essa relação hierarquizante da gerência com a ponta. Mas nós vemos os atravessamentos, eu acho que nós estamos em um momento muito interessante.

Contudo, foi verificado que a classe 01 apresenta quantitativo considerável da palavra “ponta” em seu vocabulário. Ao distinguir as equipes, gestão e serviços, as participantes, quase sempre, usaram os termos “nível central” e “ponta”, motivo que favorece a interpretação de que se apresenta uma tendência em dicotomizar as equipes. Podem ser conferidos alguns trechos, abaixo relacionados, que expõem o uso dos termos que, inclusive, estão presentes em outras falas anteriormente citadas:

Eu já passei pela ponta, eu tenho os dois olhares, do profissional da ponta e agora criando outro olhar.

Tem essa cultura, essa coisa do olhar lá da ponta para a gestão e da gestão para a ponta também.

E isso fala um pouco do momento que temos vivido, tanto como gerência quanto como área técnica, dessa proposta de estarmos mais lá na ponta.

Deixa eu aproveitar, que eu acho que eu vou tentar falar um pouco do lugar de quem estava lá na ponta, há 2 semanas atrás ...

E muitas vezes aquelas pessoas que estão lá na ponta que reclamam ou as que não reclamam, mas nós sabemos que poderiam dar grande contribuição aqui, mas a desvalorização financeira de trabalhar no nível central é um impedimento, não estimula muitas pessoas a virem.

E uma coisa que eu estava pensando, realmente existe essa ideia, esse imaginário que é histórico, que quem está na gestão trabalha pouco, trabalha menos. Falas do tipo: se eu estou muito cansado da ponta, eu quero ir para o nível central, porque vou trabalhar menos. As pessoas que conhecem, sabem que não é assim. E muita gente não sabe que às vezes nós também temos uma desvalorização que é até financeira, porque quem trabalha no nível central ganha menos do que quem trabalha na ponta ...

Os dois últimos trechos supramencionados abordam um tema que gerou reflexões a respeito da desvalorização financeira, tanto do trabalho da gestão como dos serviços especializados:

[...] mas eu acho que há dentro do processo financeiro, vou chamar de um incômodo, porque isso é um valor social e isso aparece em alguns momentos critério de desvalorização. Tanto que às vezes nós temos profissionais muito experientes em determinados serviços e profissionais pouco experientes, eu não acho que isso é uma característica só do nível central da gerência. Por exemplo, o CAPS recebe menos que a Atenção Básica, o CAPS é matriciador da Atenção Básica.

Vale acrescentar a caracterização do trabalho desenvolvido pela gestão, como processo contínuo, inacabado e desafiador, conforme os trechos apresentados a seguir:

[...] então eu reconheço os avanços, mas eu sei também como as vezes nós chegamos quase lá e depois as coisas parecem que se perdem e temos que recomeçar novamente. Eu acho que temos que estar sempre nos motivando novamente, sabendo que estamos sempre em um processo que talvez não conclua. Não é desesperança, mas também não é de que vamos chegar, são muitas interferências.

Quando nós vamos à unidade de saúde, ou quem já está na unidade de saúde, sabe que quando chegamos lá nós queremos implementar uma coisa, mas falta estrutura, às vezes falta RH, às vezes o profissional não está satisfeito com o tipo de atendimento que ele está prestando, que ele gostaria de fazer uma coisa e não consegue, falta material. Sempre falta uma peça, você já consegue enxergar o que está funcionando,

mas essa peça que incomoda. Quando eu vejo a gerência, eu vejo dessa forma, nós trabalhamos muito, mas não conseguimos ver 100% do trabalho.

Acrescido disso, foi possível verificar que as participantes preocupam-se em repensar suas práticas. Nesse sentido, uma das (os) participantes relatou cumprir com o princípio da integralidade do SUS: *“Nós trabalhamos com o discurso do olhar integral, a política de saúde tem o nome de integralidade, falamos em integralidade, mas praticamos o fatiamento”*.

Importa ainda mencionar algumas percepções sobre as limitações da gerência, visto a fala: *“Nós falamos de um lugar que não temos gestão sobretudo. Nós temos gestão até uma parte e fazer o outro compreender isso, fazer entender que nós queremos ser parte da engrenagem que faz aquilo funcionar, é um grande desafio”*. Outra participante explanou sobre sua sensação em ocupar esse lugar do “entre”:

E essa coisa de ser sanduíche, eu sempre quis sentir assim na gestão, [...], um hambúrguer, nós somos a carne no meio, tem um pão de cima, que espreme para baixo, tem a parte de baixo que espreme para cima, tem horas que espreme mais, tem hora que é o de baixo que espreme mais, tem hora que é o de cima que espreme mais, mas nós continuamos ali.

Resta mencionar um importante momento de elaboração das participantes, sobre o tema deste estudo, que se voltou a uma das questões disparadoras, utilizadas no roteiro dos grupos focais. Por meio dela, foi solicitado que o grupo escolhesse, em acordo entre as participantes, cinco palavras que representassem a relação da gestão com os serviços. A conotação das palavras foi diversificada, algumas revelam otimismo quanto a essa relação, tais como: “empatia”, “compartilhamento”, “proximidade”, “integralidade”, “direcionamento”. Outras indicaram o processo em curso dessa relação: “construção”, “negociação”, “cotidiano”, “persistência”. Há, por fim, de se destacarem as palavras que tendem a representar descontentamento e/ou certo negativismo: “(des)confiança”, “tensão”, “fragmentação”, “desconforto”.

Em virtude das narrativas das participantes, pode-se inferir que as reflexões dos grupos focais evocaram várias temáticas pertinentes ao estudo realizado, temáticas, essas, que são conceitos e vivências de uma equipe de gestão em saúde pública, especificamente, sua interdependência com os profissionais dos serviços visto à cogestão em saúde.

6 Discussão dos Resultados

Tendo em vista a diversidade de temas presentes nas classes e por considerar pertinente expor a ocorrência das palavras e citar os segmentos de textos, optou-se por realizar a articulação dos dados com a discussão teórica separadamente. Assim, essa seção dedica-se à análise realizada por meio da interlocução entre a apresentação dos resultados e o arcabouço teórico que subsidia o campo da saúde coletiva no contexto brasileiro, apresentado no primeiro capítulo.

A proposta deste estudo converge com o de Cunha e Sá (2013) ao relatarem que:

A investigação da vida das coletividades na sua diversidade qualitativa, inserida em determinado contexto histórico e político-institucional, é aqui assumida com uma postura crítica que promove o diálogo entre o macro e o micro, articula políticas públicas voltadas para a saúde e para a prática cotidiana dos serviços. Tal perspectiva possibilita o redimensionamento da forma de fazer e pensar a saúde na nossa realidade e a busca de práticas mais cuidadosas, além de contribuir para a própria saúde de quem trabalha. (Cunha & Sá, 2013, p. 324).

A partir da análise léxica, foi possível identificar que a palavra “investigar” significa “descobrir”, “inquirir”, “indagar”, e esse foi o mote para buscar, por meio do aporte teórico, contribuições sobre o conteúdo apresentado em cada classe. A primeira, classe 01, nomeada como “Gerência: identidade e cotidiano de trabalho”, apresentou a concepção da equipe gestora no que se refere ao trabalho realizado pela gerência. Diante disso, foi possível detectar como as participantes caracterizam o trabalho realizado pela gestão e pelas profissionais dos serviços, demarcando a diferenciação dos lugares que cada equipe ocupa.

Na referida classe, foi possível perceber como se estabelece a relação entre gestão/serviços, e a temática que se destacou foi o distanciamento entre as equipes, constatada pela alta ocorrência das palavras “nível central” e “ponta”. Essa distância entre gestoras e profissionais dos serviços não é algo tão explícito, visto que uma das principais características do cotidiano de trabalho, apontado pela equipe gestora, trata-se da sua atuação direta com as profissionais dos serviços.

No entanto, verificou-se que tal atuação se trata tanto de direcionar o trabalho das profissionais quanto da capacidade da gestão de responder às “problemáticas” das equipes com respostas prontas, devido à urgência requerida em tais situações. Algumas situações emergenciais ocorrem nos territórios, assim como foi exposto por uma participante quando relata uma intercorrência com uma pessoa com transtorno mental em um pronto atendimento

municipal. Diante disso, a referência técnica de saúde mental teve que articular a rede e produzir respostas, no intuito de gerir a situação.

A equipe gestora, mediante às situações urgentes, na maioria das vezes, não consegue construir as respostas junto às profissionais demandantes. Dessa forma, persistem, sobretudo, as práticas que limitam a autonomia das trabalhadoras. Esse tipo de postura dificulta o processo de ruptura com a dicotomia posta entre os que planejam e os que executam, característica da racionalidade gerencial hegemônica, segundo Guizardi e Cavalcanti (2010a). Subsidiados pelo estudo de Cecílio (2010b), pode-se inferir que a perspectiva gerencialista faz com que as gestoras se afastem das questões políticas, especialmente no que se refere ao fortalecimento da democracia, apesar dessa dimensão ser central para o desenvolvimento dos preceitos civilizatórios do SUS. Tais preceitos se referem, neste estudo, à concepção da equipe gestora sobre práticas que se preocupam em efetivar a cogestão, considerando os sujeitos envolvidos e tornando-os partícipes da gestão com vistas à democratização da saúde.

Comparece ainda na classe 01, a intenção em construir uma relação mais horizontalizada, especialmente quando se reflete sobre a experiência do apoio institucional, de acordo com o Método da Roda, proposto por Campos (2000, 2007, 2013). O “Método Paidéia ou da Roda”, como já foi apresentado no primeiro capítulo, consiste em uma das tentativas de ampliar a capacidade dos grupos, especialmente dos profissionais da saúde, quanto à capacidade de análise, reflexão e intervenção sobre a realidade. Esse é o método de cogestão indicado por Campos (2000, 2007, 2013), por meio do apoio institucional que foi avaliado positivamente por pesquisas – já relatadas no primeiro Capítulo – dentre os quais se destacam Fernandes e Figueiredo (2015), Almeida e Aciole (2014), Cadorin *et al.* (2014), Borjaille *et al.* (2014), Lermen *et al.* (2014) e Guizardi e Cavalcanti (2010b).

Cabe recuperar que tais estudos convergem no sentido de constatar que o apoio institucional favorece a gestão compartilhada, uma vez que o dispositivo incide no fortalecimento dos coletivos, pois busca garantir a continuidade dos espaços nos quais os profissionais podem avaliar, refletir, propor, negociar, dentre outras coisas que corroboram à cogestão. Vale retomar o conceito de cogestão de Guizardi e Cavalcanti (2010a) que amplia essa noção. Os autores afirmam que, muito além de ter esses espaços/estratégias/dispositivos, seria necessário manter uma postura ética comprometida com a democracia, em uma negativa às práticas de dominação e controle, características da gestão com base no modelo taylorista.

Borjaille *et al.* (2014), a partir de uma investigação realizada em um município da Grande Vitória, afirmaram que o desenvolvimento da função do apoio institucional impactou diretamente na gestão:

A nova forma de atuação, por meio da qualificação e do fortalecimento dos espaços de gestão, estimulou um arranjo organizacional que motivou a produção ou construção de sujeitos e coletivos destinados a comunicação, escuta e circulação de falas e aspectos da realidade para elaboração de análises, informações, e tomada de decisões com definição de projetos e contratos, a partir de prioridades institucionais. (Borjaille *et al.*, 2014, p. 126)

Ainda sobre os espaços, dispositivos ou estratégias que contribuem à gestão compartilhada e/ou favorecem à integração entre os profissionais, emerge no debate dos grupos focais a articulação territorial e o matriciamento. Em virtude disso, viu-se a necessidade de apresentar as principais diferenças desses arranjos e/ou estratégias – apoio institucional, apoio matricial e articulação territorial. Enquanto o apoio institucional visa a instituir coletivos que sejam capazes de analisar e tomar decisões, estabelecendo um novo modelo de gestão, o matriciamento trata-se da aposta em desenvolver trocas de saberes entre os profissionais da saúde, bem como o compartilhamento do cuidado.

O Ministério da Saúde diz que “Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Brasil, 2011, p. 13). Campos (1999) caracteriza o apoio matricial como um arranjo organizacional que objetiva dar suporte técnico e pedagógico aos profissionais que atuam especialmente na atenção básica, desenvolvendo suas atividades juntos às(aos) usuárias(os) dos serviços de saúde.

O apoio matricial acontece quando as equipes de referência, compostas por diferentes profissionais do campo da saúde, realizam discussões e o compartilhamento de práticas com outras profissionais. Dessa maneira, almeja-se estimular a prática dialógica entre as equipes para a (re)construção do cuidado em saúde, visto os casos em análise. A partir disso, constroem-se ou reconstroem-se as estratégias para investir na atenção e na autonomia dos sujeitos, com o foco nos princípios do cuidado integral e da co-responsabilização (Iglesias & Avellar, 2019).

Em se tratando do articulador territorial, comparecem variadas possibilidades que estão ligadas à proposta de articulação pretendida. Um dos exemplos de articulação foi tratado no estudo realizado por Ordoñez e Arantes (2018), em que o articulador fez parte de um

“Programa de Articuladores da Atenção Básica” no qual profissionais de uma Secretaria de Saúde do Estado exerceram a função de articular a rede municipal. Tal proposta objetivou “promover apoio ao plano de fortalecimento da AB na esfera local e regional, desenvolver ações de avaliação e monitoramento da AB em conjunto com as equipes gestoras e técnicas e potencializar a capacidade de gestão municipal” (Ordoñez & Arantes, 2018, p. 02).

Uma das categorias que resultou da análise do referido estudo confirmou que o articulador foi a “figura chave” para a aproximação e fortalecimento do vínculo entre as equipes do estado, municípios e profissionais dos serviços da Atenção Básica (Ordoñez & Arantes, 2018). As pesquisadoras destacaram “[...] a necessidade de novos estudos a fim de desvelar o importante papel dos articuladores nos municípios para a consolidação de ações fundamentadas nos preceitos da saúde coletiva na AB” (Ordoñez & Arantes, 2018, p. 09).

Comparece, na fala de alguns participantes desta pesquisa, outra composição de articuladores, particular do município investigado. Segundo elas, a equipe gestora, no contexto da coleta de dados, havia retomado a proposta de articulação territorial com a equipes dos territórios, incluindo os serviços da AB, os centros de referência, os serviços especializados, ou seja, a rede municipal de saúde. Foi exposto que se previa a nomeação de integrantes da gerência à função de articuladora. Todavia, não houve aprofundamento da metodologia que estava sendo pensada nessa proposta de articulação. Percebeu-se, no entanto, que não foi uma demanda das equipes dos territórios, mas, havia sido planejada para intervir sobre a dinâmica deles.

Destaca-se certa dissonância da equipe gestora quanto aos princípios da cogestão, nessa situação, uma vez que a articulação foi uma proposta pensada somente pela gerência. Desse modo, parece uma prática que se contrapõe à inclusão “[...] dos sujeitos no planejamento, execução e avaliação das práticas de saúde [...]” (Pasche *et al.*, 2011, p. 4546). Esse tipo de prática pode ser interpretada como uma das expressões do modelo taylorista que divide as equipes entre os que planejam e os que executam (Guizardi & Cavalcanti, 2010a).

Pontua-se que definir a metodologia, nomear articuladores e realizar um planejamento de ações que incidem sobre o território sem os profissionais poderia comprometer a proposta em curso, uma vez que não se tratou de uma demanda das profissionais dos serviços, uma que ao menos pudesse ser construída em conjunto. A falta de participação na construção de um novo arranjo, especialmente quando se trata de alguém que vai circular entre os serviços e a

gerência, poderia gerar desconfiança e comprometer o vínculo entre a articuladora e as equipes dos territórios.

Em contrapartida, a articulação territorial emerge como uma necessidade legítima percebida pela gestão, por meio das demandas dos territórios e com base na busca por estreitar contato com os mesmos. Portanto, a articulação, ao constituir-se como uma necessidade, pode ser estratégica para a aproximação de gestão e serviços, além de colaborar para que gestoras aumentem o conhecimento sobre a realidade dos territórios. Pode-se tomar este arranjo como mais uma possibilidade de fazer com que as gestoras estejam próximas para (re)construir práticas de cuidado junto aos profissionais dos serviços, considerando como uma das competências da gestão. O território comparece como tema principal da próxima classe, e ao se discuti-la, ele será tratado com mais profundidade.

Ainda nessa classe, foi possível identificar uma autocrítica da equipe sobre a dificuldade de se estabelecer uma identidade única enquanto gerência. Pontuou-se sobre a fragmentação da equipe em referências por áreas técnicas ou programas que, na maioria das vezes, desenvolvem suas funções desarticuladas umas das outras. Buscar a unidade não necessariamente perpassa pela homogeneização e/ou extermínio das diferenças.

Entretanto, ao que tudo indica, no contexto estudado, permanece a dificuldade de trabalhar o conflito, as divergências, as diferenças. Cecílio (2005) propõe tratar dessas dificuldades como matéria prima da gerência, destaca o conflito com um dos elementos que incidem sobre a capacidade de gestão. Esse autor sugere levar os conflitos, os ruídos, as divergências, as diferenças para o centro do debate como possibilidade de se estabelecer novos acordos/contratos tratados em negociação (Cecílio, 2010a).

A dificuldade em articularem-se internamente foi apontada como um dos fatores das equipes dos territórios, constituindo-se, portanto, como um limite a ser superado no âmbito da integração. Vale reforçar que as duas classes, 01 e 02, encontram-se na mesma direção conforme o dendrograma gerado pela CHD do Iramuteq. Por conseguinte, visto a proximidade, os vocabulários das classes apresentam similaridades em relação aos temas. Diante dessa compreensão, o aprofundamento das discussões sobre o território e articulação estão presentes na classe 02 – “Território: complexidade, articulação e possibilidades”.

De acordo com Lima e Yasui (2014), o conceito de território perpassa vários sentidos, encontra-se em documentos pelos quais se expressam as políticas de saúde e, também, se refere às ações locais da atenção básica. Porém, o seu significado em saúde não se restringe

ao que foi explanado. Os autores resgatam as contribuições de outros importantes estudiosos do assunto, como as de Milton Santos, geógrafo brasileiro que contribuiu com várias reflexões na saúde coletiva, como a seguir:

Negando a visão tradicional da geografia que considera o território como um objeto estático com suas formações naturais, apresenta-o como um objeto dinâmico, vivo, repleto de inter-relações, e propõe o detalhamento das influências recíprocas do território com a sociedade, seu papel essencial sobre a vida do indivíduo e do corpo social. Para o autor, o território englobaria as características físicas de uma dada área, e também as marcas produzidas pelo homem. (Lima & Yasui, 2014, p. 597)

Além disso, os autores citados, em convergência com a visão do filósofo francês Gilles Deleuze, apontam o processo intermitente de territorialização e desterritorialização para compreender o dinamismo e a organicidade dos territórios. Nessa perspectiva, “o território, tomado como um todo dinâmico, permite uma visão não fragmentada dos diversos processos sociais, econômicos e políticos” (Lima & Yasui, 2014, p. 597).

A partir dessas considerações, foi possível perceber que as participantes compreendem a abrangência e os diversos significados desse conceito, desde a lógica relacional, à visão orgânica do território em saúde. Há destaque no conteúdo do vocabulário das palavras de significativa ocorrência na classe 02, que foram: “violência”, “articulação” e “cuidado”. Nesse sentido, o tema da violência comparece como uma demanda significativa nos territórios, especialmente, quanto à vulnerabilidade a que estão expostos as(os) usuárias(os).

Também se considerou que a violência pode ser um impeditivo ao cuidado, dificultando o acesso ao atendimento, em algumas situações, diante dos riscos que se colocam aos profissionais do território. E ainda se apresentou a sensação de impotência de uma política setorial, neste caso a saúde, quanto à complexidade dessa questão social.

Compreende-se que a violência pode ser paradoxal quanto à relação estabelecida entre os três atores sociais protagonistas da atenção em saúde – equipes de gestão, profissionais dos serviços e usuárias(os). Pois, ao mesmo tempo em que pode provocar o seu afastamento do território, dificultando o cuidado com as(os) usuárias(os), pode aproximar gestoras e profissionais. Principalmente, vista a condição exposta pelas participantes da pesquisa, no que se refere à convocação da gerência em situações de urgência. Algumas destas situações foram ilustradas a partir de demandas provenientes da violência nos territórios e que exigem respostas rápidas e/ou governabilidade que está além do nível local.

Assim, surge a necessidade de articulação tanto das equipes – gerência e profissionais – como com as redes de saúde, além da necessidade de integração efetiva das demais políticas sociais. A intersetorialidade, aparece então, como um grande desafio a ser implementado diante das questões sociais que se apresentam no cotidiano dos serviços de saúde. A violência comparece como uma dessas questões que tensionam à constituição de “respostas” que aproximam setores – saúde, educação, assistência social, segurança pública – e, também, as redes sócio-comunitárias.

Faz-se pertinente destacar a constatação de Yazbek (2010) sobre a setorialização e a fragmentação das demandas sociais:

Em seu desenvolvimento histórico, as políticas sociais públicas (educação, assistência social, saúde, habitação, cultura, lazer, trabalho, etc.) apresentam-se setorializadas e desarticuladas, respondendo a uma forma de gestão com características centralizadoras e hierarquizadas. Além disto, percebe-se que cada área da política pública tem uma rede própria de instituições e/ou serviços sociais que desenvolvem um conjunto de atendimentos na área, através de instituições estatais e filantrópicas de forma paralela às demais políticas e muitas vezes atendendo aos mesmos usuários. Esta forma de gestão da política pública vem historicamente gerando fragmentação da atenção às necessidades sociais e ações paralelas; além de divergências quanto aos objetivos e papel de cada área, prejudicando particularmente os usuários - sujeitos das atenções dessas políticas. (Yazbek, 2010, pp. 26-27)

A partir do exposto, vê-se que a preocupação com a articulação territorial deve permanecer como alvo de investimento das equipes e que não deve estar limitada aos serviços da saúde. As políticas setoriais devem se articular como uma rede protetiva, de atenção e promoção. Além disso, os territórios devem ser pensados em suas singularidades e a articulação precisa incluir toda a rede, seja governamental ou não.

Como um dos efeitos da intersetorialidade, comparece a ampliação da democracia, em convergência com o exposto abaixo:

O que se pretende trazer à luz é o papel central exercido pela articulação da rede social de serviços, por meio da intersetorialidade, na organização das ações estatais para e com a população, compreendendo essa ferramenta como possível fomentadora da governança, visto que oferece a possibilidade de organização e ação de vários atores na condução das políticas públicas. (Avelar & Malfitano, 2018, p. 3203)

A articulação entre as políticas setoriais, portanto, desempenha também uma função cuja lógica atende à publicização das redes de atenção existentes nos territórios. Compreendendo-a como mais uma ferramenta para se fomentar a articulação entre as redes sócio-comunitárias, assim como a coprodução dos sujeitos coletivos mobilizados para

partilhar o poder de gerir tais redes. Sob essa perspectiva, favorece-se o compartilhamento de poderes e saberes ao se compreender a “[...] intersectorialidade como algo que extrapola conceitualmente o campo das políticas sociais para conectar-se com as demais relações estabelecidas entre as pessoas nos seus territórios. O desafio seria, ainda, incorporar à agenda pública as demandas vocalizadas pelos próprios interlocutores” (Carmo & Guizardi, 2017, p. 1279).

O debate alcançou a dimensão da participação popular nessa apropriação dos territórios. Em virtude disso, vale resgatar que a Política Nacional de Humanização prevê a inclusão dos atores sociais, trabalhadoras e usuárias(os) na construção de mecanismos ou arranjos capazes de analisar e propor modificações, da atenção à gestão.

Pontua-se que a Educação Popular pode ser uma das estratégias de fomento à participação e engajamento das(os) usuárias(os), considerando que:

[...] tem como princípio a participação popular através de um modelo educativo fundamentado na conscientização e na mobilização das classes populares. Desse modo, não pode ser comparada ou confundida com senso comum, contribuindo para a valorização do saber popular. Tal ideário apresenta-se de maneira diferenciada, o qual permite um diálogo entre as classes sociais de forma horizontal, considerando o conhecimento popular relevante para a mudança social, através de suas próprias reflexões acerca das condições em se encontram. (Machado & Santos, 2018, p. 37)

Há muito o que se refletir sobre a publicização enquanto abertura democrática das instituições de saúde, e, nesse sentido, o pensamento de Merhy (2013a) contribui para a defesa intransigente do protagonismo dos sujeitos em relação à produção do cuidado em saúde. O desafio de contar efetivamente com usuárias(os) é um assunto que não pode ser negligenciado.

Esse estudo possui um recorte específico, pois volta-se à relação entre gestão e profissionais. Todavia, faz-se pertinente indagar como a fragilidade das relações entre tais sujeitos impacta negativamente na construção de estratégias junto às(aos) usuárias(os). A pertinência de se incluir ambos, profissionais e usuárias(os), advém do que defende Merhy (2013a) ao sugerir uma reforma publicizante, na qual a cogestão seja tecida por meio da micropolítica³, com o exercício cotidiano de ampliação da cidadania e da apropriação dos espaços públicos.

³Sobre esse conceito, sugere-se como leitura o primeiro capítulo do livro “Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos”, organizado por Túlio B. Franco e Emerson Elias Merhy, lançado pela editora Hucitec em 2013.

Nesse direcionamento, acrescenta-se como importante contribuição o conceito de porosidade das instituições de saúde, de Guizardi e Cavalcanti (2010b) “[...] que expressa a necessidade de desfazer a compactação uniforme dos muros institucionais, que delimitam o dentro e o fora dos serviços, abrindo canais de articulação dos processos de trabalho às redes sociais do território” (Guizardi & Cavalcanti, 2010b, p. 1251).

A apreensão do conceito remete à organização e aos indivíduos que compõem a exigência da abertura institucional, das práticas dialógicas e das relações horizontalizantes. As possibilidades apontadas nessa classe vão ao encontro dessa lógica, porém, a efetividade da democracia institucional ainda se constitui como outro significativo desafio para a equipe pesquisada.

Na classe 03, “Conjecturas e Expectativas da Gestão quanto aos Profissionais dos Serviços”, evidenciam-se as expectativas, tanto ao papel que cada equipe exerce quanto à integração entre elas. Além disso, comparece a interdependência entre gestão/serviços para a concretização da atenção municipal à saúde. As palavras preponderantes nessa classe são os verbos “esperar”, “achar”, “precisar”, além de “falta” e “organização”. Percebeu-se que o conteúdo expressa a realidade atual, assim como as expectativas sobre como deveria ser o trabalho de cada equipe – gestoras e de serviços.

Constatou-se que a expectativa principal da gestão é que a atenção em saúde, nos diversos territórios, atenda aos princípios e diretrizes da política de saúde. Dessa forma, as gestoras ressaltam a dimensão prescritiva do cuidado, em contraposição à complexidade e à singularidade do trabalho em saúde. Pontuam-se as reflexões de autores como Cecílio *et al.* (2014), Merhy (2013b), Campos (2010) e Franco (2013) que afirmam a relevância da construção permanente do cuidado, como produção coletiva, processual e contínua, guiada pelo viés da (des)construção dialética.

Ao considerar que o trabalho na área vai além da prescrição, Franco e Merhy (2013), acrescentam à compreensão da temática a dimensão subjetiva do cuidado em saúde. Os autores reconhecem que, apesar do prescrito e das normas instituídas que visam padronizar o trabalho, a produção do cuidado é sempre singular, pois acontece a partir de encontros entre sujeitos portadores de diferentes valores, concepções, desejos, motivações, isto dentre muitas variáveis que constituem a singularidade de cada partícipe. Referem-se, também, à coprodução dos sujeitos que transformam e são transformados por meio do trabalho, como expõe o trecho:

Percebe-se que o modo de produção do cuidado se revela, de forma eficaz, no âmbito da sua micropolítica, se houver um método que seja capaz de verificar o dinâmico e complexo modo operativo de cada trabalhador na sua ação cotidiana, inclusive sua produção subjetiva em ato, que produz o cuidado em saúde, e ao mesmo tempo, produz o próprio trabalhador enquanto sujeito no mundo. (Franco & Merhy, 2013, pp. 151-152)

Campos (2010) considera que o trabalho em saúde advém de práticas que exigem inventividade, e que, por isso, pode ser considerado como um neoartesanato:

A possibilidade de mecanizar, de automatizar, padronizar, protocolizar o trabalho em saúde é baixa porque a ação clínica, a ação terapêutica, a ação de reabilitação, a ação de promoção têm uma relação diferente com a técnica, uma relação diferente com o padrão. Há necessidade do profissional de saúde ter se apropriado da técnica, dessas habilidades, dessas competências, mas em situação, em ato. Quando nós estamos atendendo, quando nós estamos em contato com o usuário, há sempre a necessidade de criação de algo que vá além, algo diferente da técnica, algo diferente do protocolo. E isso se deve a complexidade do processo saúde doença. Há muitos fatores envolvidos – sociais, subjetivos, orgânicos; vários fatores orgânicos, vários sociais... (Righi, 2014, p. 1146)

Destaca-se, também, a sua dimensão relacional:

Outra particularidade do trabalho em saúde é que a direcionalidade técnica tem natureza coletiva. Trata-se de um processo que envolve a atuação de um conjunto de categorias e indivíduos que compartilham recursos técnicos e cognitivos, portanto a produção depende do trabalho coletivo. (Malta & Merhy, 2003, p. 62)

O aporte teórico utilizado legitima a autonomia do trabalhador, na medida em que reconhece a imprevisibilidade e a difícil gestão do trabalho em ato. Tal concepção exige, portanto, o reconhecimento da potência criativa, da liberdade e da relevância de cada profissional e do coletivo ao qual pertence, no desenvolvimento de suas atividades. E, tomando como base o pressuposto de corresponsabilização, Merhy (2013a) reforça que a abertura democrática se dará com a prevalência da atuação e da intervenção dos sujeitos que participam efetivamente da construção da atenção à saúde no cotidiano do trabalho.

Nesse sentido, Sá e Azevedo (2013a) destacam a importância da mediação exercida pelos gestores entre o governo e os diversos grupos de trabalhadores. Ressaltam a função das lideranças, ou ainda, da equipe gestora como potencial construtora de laços institucionais. O autores afirmam, de acordo com uma visão psicanalítica, que a função da equipe gestora é estruturante, podendo subsidiar potencialidades em convergências ou provocar rompimentos ou fragmentações nas equipes. Apoiam-se, sobretudo, no conceito do trabalho vivo em ato de

Merhy (2013a) para ressaltar como gestoras(es) podem colaborar com a construção do “clima” necessário ao estabelecimento/fortalecimento dos vínculos.

Malta e Merhy (2003) explicam que o [...] “‘trabalho vivo’ - refere-se ao trabalho em ato, o trabalho criador; o ‘trabalho morto’ – refere-se a todos os produtos-meios (ferramentas, matérias primas) que são resultados de um trabalho humano anterior [...]” (Malta & Merhy, 2003, pp. 63-64). O conceito é desenvolvido com vistas a expressar que o trabalho em saúde se dá potencialmente entre sujeitos e acontece, prioritariamente, no ato do encontro. Momento esse em que sujeitos distintos – portadores de diferentes histórias, papéis, saberes – encontram-se para a produção do cuidado. E, além disso, o trabalhador da saúde detém liberdade para atuar diante da difícil tarefa de gestão do cuidado, visto que esta se dá em ato (Merhy, 2013b), podendo, portanto, aproveitar para usar a gestão do seu próprio trabalho para se apropriar da vivacidade de sua atividade com criatividade, ousadia e liberdade.

No que se refere aos encontros, apresenta-se a classe 04, que foi nomeada como “Potências e Desafios dos Dispositivos de Encontros entre Gestão e Serviços”. Nela, despontaram reflexões sobre os espaços de encontros. Por esse motivo, as palavras com significativa ocorrência foram: “reuniões”, “colegiados”, além de “atenção básica” e “CAPS”. As reuniões, os colegiados e os outros dispositivos são concebidos como desafios que se colocam à gerência, com alguns exemplos positivos quanto à integração. Apesar da fragilidade detectada, é unânime a concepção das gestoras sobre a potência dos dispositivos e/ou estratégias de interação entre as equipes.

Cabe considerar a ressalva de Cecílio (2010a), ao analisar alguns dispositivos de cogestão, dentre eles o colegiado gestor, sobre a constatação que eles não devem ser negligenciados. O autor averiguou que o colegiado gestor, quando não cumpre com seu propósito, especialmente o de legitimar a negociação/pactuação entre as trabalhadoras, reforça o descrédito na sua participação e amplia o distanciamento entre gestão/serviços. Ainda sobre o colegiado, outra crítica compareceu quanto à representatividade. Como garantir que a profissional que compõem o colegiado seja porta voz do coletivo? A indagação problematiza o exercício da democracia representativa, dimensão política que reflete uma questão da sociedade quanto aos limites dessa forma de governança.

Em virtude disso, sugere-se o fortalecimento dessas instâncias participativas já existentes e a verificação da possibilidade de retomar o apoio institucional no município pesquisado, conforme o Método da Roda. Proposto por Campos (2007, 2013), o método é

compreendido como uma das possibilidades à construção de práticas democráticas de análise e intervenção na realidade. As rodas se encontram alicerçadas em práticas dialógicas entre as profissionais de saúde, e isto corrobora com a integração, com o aumento da capacidade de análise/intervenção e com a coprodução dos sujeitos individuais e coletivos.

De acordo com Almeida e Acirole (2014), que consideram o apoio institucional como uma ferramenta gerencial, a retomada dessa proposta poderia contribuir para o estreitamento de vínculos e para o desenvolvimento de práticas dialógicas, mobilizando os grupos a reflexões e intervenções, tanto no campo da gestão quanto no da atenção. Além disso, a metodologia facilita a aproximação necessária para que as equipes e as suas questões se façam conhecidas, ou melhor, de se criarem mecanismos para compartilhar as dificuldades do trabalho realizado visando a possibilitar compreensão e empatia, além de oportunizar soluções pensadas pelo coletivo.

Foi possível verificar, mediante a análise, os avanços da Rede de Atenção Psicossocial – Saúde Mental – no que tange às estratégias de integração da equipe de referência em saúde mental com os profissionais dos serviços. Assim, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são citados como importantes interlocutores com os diferentes serviços e territórios da rede municipal de saúde. A esse respeito, retomamos o estudo que analisou “[...] o matriciamento em saúde mental a partir das práticas e concepções trazidas pelas equipes de referência, equipes matriciais e gestores” (Iglesias & Avellar, 2019, p. 1247).

No estudo, constatou-se duas principais categorias que caracterizam as concepções das trabalhadoras sobre o tema. Uma delas afirmou que o matriciamento é a possibilidade de encontro produtivo entre equipes de saúde “[...] como uma importante estratégia para fazer valer tal articulação, de modo a garantir um cuidado ampliado à saúde, por meio da interação dialógica entre os diversos saberes indispensáveis à produção de saúde” (Iglesias & Avellar, 2019, p. 1248).

Na tentativa de reformular algumas das práticas de gestão, Sá e Azevedo (2013a) apresentam importantes instruções, a primeira delas se volta à necessidade de “Compreender o trabalho em saúde como essencialmente intersubjetivo, uma intervenção de um sujeito sobre o outro, em suas experiências de vida, prazer, dor, sofrimento e morte” (Sá & Azevedo, 2013a, pp. 42-43). Nessa direção, as autoras pontuam que, para se operacionalizar melhorias no cuidado em saúde, faz-se necessário “[...] explorar, buscar (re)conhecer os processos intersubjetivos/inconscientes presentes no modo como se realiza o trabalho gerencial e em

saúde e suas consequências sobre a vida organizacional e a qualidade do cuidado” (Sá & Azevedo, 2013a, p. 45).

As formulações de Sá e Azevedo (2013a) afirmam que o trabalho gerencial deve assumir uma “dupla tarefa”: a primeira se trata desse (re)conhecimento dos processos intersubjetivos; enquanto a segunda seria a tarefa primordial de oportunizar estratégias “[...] que favoreçam a gestores e trabalhadores de saúde o acesso a sua própria subjetividade[...]” (Sá & Azevedo, 2013a, p. 45).

As autoras assumem a inspiração na psicodinâmica do trabalho⁴ e na psicanálise, e, por isso, sugerem a ressignificação dos dispositivos e/ou espaços como *locus* privilegiado de análise dos sentidos/significados dos próprios sujeitos que cuidam: do trabalho, dos afetos, do pertencimento, do cuidado, dentre outros aspectos relevantes da subjetividade. Em virtude disso afirmam que:

Precisamos ter acesso ao nosso próprio sofrimento, à nossa própria subjetividade. O acesso à subjetividade se coloca então não só como necessidade pessoal, privada, mas como uma necessidade social (organizacional) – condição para um melhor exercício do trabalho gerencial e do trabalho em saúde. (Sá & Azevedo, 2013a, p. 46)

Ressalta-se que as práticas gerenciais, mediante as contribuições da psicodinâmica, intentam a centralidade do trabalho entendida como coprodução dos sujeitos e dos coletivos, bem como na sua relação com a produção de vida, visto que:

[...] é na ação voltada para a melhoria da organização do trabalho que reside, principalmente, se não exclusivamente, a possibilidade de se estabelecer uma continuidade entre a vida, de uma parte, e, de outra, a cultura e até mesmo a própria civilização. (Dejours, 2004, p. 33)

Em convergência com o exposto Miranda (2013) afirma que:

Há que se ter espaços para que os profissionais conversem sobre as vivências subjetivas e intersubjetivas. São exemplos desses espaços as discussões de caso, as equipes de referência, os colegiados de gestão, as supervisões clínico-institucionais, os grupos de trabalho, as oficinas de planejamento, as reuniões para a elaboração e discussão de atendimentos feitos conjuntamente, as assembleias que envolvam toda a equipe e usuários, os conselhos locais de saúde e tanto outros... (Miranda, 2013, p. 113)

Sucintamente, pode-se dizer que a classe 04 apresenta os espaços ou arranjos existentes que podem oportunizar a cogestão – as reuniões, os colegiados, a articulação

⁴A psicodinâmica do trabalho consiste em uma das clínicas do trabalho, da escola francesa, desenvolvida por Christophe Dejours. Diante do tema sugere-se a leitura: Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, vol.14, n.3, 27-34.

territorial. No entanto, percebe-se que um dos desafios é torná-los orgânicos, no sentido de promover o estabelecimento das relações de proximidade e confiança, entre profissionais e gestoras, atributos fundamentais para que seja retomado, com efetividade, o compartilhamento da gestão. Some-se a essa questão a constatação da investigação de Fernandes e Figueiredo (2015), a partir da qual afirma-se que os apoiadores institucionais relatam a dificuldade em manter a agenda das rodas. Tal dificuldade adviria, principalmente, de uma concepção que prioriza o “dar conta da agenda”, desvalorizando o sentido das práticas coletivas de análise e discussão do trabalho em saúde.

Acrescenta-se a essa discussão a defesa de Belotti (2019) quanto à coexistência dos paradigmas, dominante e emergente, no campo da saúde. E, levando em consideração que os dois paradigmas respondem, na maioria das vezes, a práticas opostas, a autora revela também as fronteiras que circunscrevem as práticas da saúde de maneira que as profissionais – tanto da gestão, como dos serviços – podem oscilar nesses polos opostos.

Dentre alguns aspectos que ilustram essa constatação, pode-se destacar o reconhecimento da horizontalidade como contraposição à hierarquia bem demarcada pelas participantes ao tratarem dos profissionais como “ponta” e da gestão como “nível central”. Além do paradoxo de se reconhecer a necessidade do encontro, todavia, não se conseguindo a sua efetividade por meio dos espaços existentes. Visto o exposto, acredita-se que seria necessário discutir o “como fazer”, ou seja, a operacionalização de práticas que afirmam o rompimento com ideias e práticas que divergem dos princípios constitutivos do SUS.

A pertinência dessa análise contempla a sugestão do conhecimento e do estudo dos pressupostos epistemológicos da saúde coletiva para legitimar as definições da política de saúde. Desse modo, seria possível compreender de que “lugar que se fala” para proporem-se determinadas práticas. Diante dessa proposta, evidencia-se o papel da Educação Permanente em saúde para oportunizar trocas de saberes e a disseminação do ideário convergente com a democratização que se pretende alcançar.

Para finalizar essa análise, retomo a classe 05, intitulada de “Metáforas sobre a Relação entre Profissionais da Gestão e Profissionais dos Serviços”. Essa foi a classe em que as palavras que emergiram em quantidade expressiva foram: “figura”, “escolher”, “representar” e “relação”. Trata-se, sobretudo, das reflexões dos grupos durante a dinâmica inicial, ou seja, no “aquecimento” dos grupos focais. Esse momento superou a proposta inicial

de mobilizar a participação, visto que as participantes da pesquisa avançaram para reflexões e discussões pertinentes à relação entre as profissionais.

Destacaram-se as metáforas das figuras do “olhar/olho” e da “mesa”. A primeira ilustra vários significados que conotam empatia, sensibilidade, direcionamento, compartilhamento de visão. Também foi mencionada a necessidade de ressignificar a relação entre as profissionais, o que sugere que avaliam que ela não é satisfatória. Outra consideração se voltou à concepção de que é necessário o investimento contínuo para o estabelecimento de vínculo e confiança. Cabe destacar que a gestão concebe a complexidade dessa relação, uma vez que chamou atenção à diversidade dos equipamentos e dos serviços, como também à singularidade das equipes que compõe os territórios.

Dessa forma, a compreensão do conteúdo metafórico foi fundamental para verificar quais são as concepções da equipe gestora no que se refere à relação gestão/serviços, na medida em que as participantes trouxeram à tona os significados, como também os desafios e possibilidades dessa relação. Ressaltam-se as práticas dialógicas em atenção ao que expressam Sá e Azevedo (2010) quanto à qualidade do cuidado estar vinculada à gestão dos serviços. Além disso, as participantes percebem a potência dos espaços coletivos na direção do que é proposto pelo Método das Rodas. Referindo-se, a exemplo disso, à integração maior que há entre as equipes quando o município conta com a metodologia do apoio institucional.

Diante da análise das metáforas também foi possível confirmar a abertura das gestoras à construção de uma relação mais próxima com os profissionais dos serviços. As figuras de linguagem também sugerem uma relação empática, pois destacam a importância do reconhecimento, referindo-se à necessidade de entender como cada uma se percebe nessa relação e nos desafios de cada equipe. Desse modo, aproximar requer conhecer, respeitar, para então, partir para avaliar e reconstruir conjuntamente a gestão e o cuidado em saúde. Essa postura converge com Campos (2000), quando esta considera a cogestão como instrumento pedagógico e terapêutico. A primeira dimensão se refere ao caráter do aprendizado visto às permanentes trocas e a ação terapêutica se refere à ressignificação, seja das relações, práticas de cuidado, concepção da visão de mundo, e de outras possibilidades.

Ainda, ao expressarem a fragilidade dos espaços de troca, as participantes assumiram a dificuldade em se trazer os conflitos à tona, expressaram que a negociação nem sempre é fácil ou o acordo é imediato. Esta seria uma das competências da gestão, como pontua Cecílio (2005), a de oportunizar condições para que os conflitos e ruídos sejam descortinados, na

aposta do estabelecimento de novos acordos/contratos entre profissionais. Caso não seja possível revelar tais conflitos, a tendência é permanecer-se na superficialidade da relação.

Compreendeu-se que as gestoras fizeram reflexões e debates sobre a importância dessa relação, ao mesmo tempo que assumiram a vulnerabilidade dela. Desse modo, foi possível verificar que há motivação por parte da equipe gestora em atender os pressupostos da gestão compartilhada proposta pela Política Nacional de Humanização (Brasil, 2009b).

Tal política incentiva o uso de métodos, dispositivos, arranjos e estratégias que atendem aos princípios civilizatórios do SUS, em contraposição às práticas verticalizadas, tanto no cuidado quanto na gestão (Brasil, 2009b). Ressalta-se, entretanto, que as normativas ou recomendações não serão capazes de implementar uma gestão compartilhada. Conforme Merhy (2005), a cogestão deve ser construída a partir da micropolítica, trata-se de um processo em constante transformação e impossível de ser padronizado. Mediante tais características, vários autores, dentre os quais se destaca Merhy (2005, 2013a), Cecílio (2010b, 2012) e Campos (2007, 2013), sugerem que seja investido esforço cotidiano nos encontros entre profissionais-profissionais e entre profissionais-usuárias (os), para que essa aproximação facilite não só a construção de vínculos, mas a abertura democrática necessária à cogestão em saúde.

As questões apresentadas na classe 05, especialmente sobre a relação estabelecida entre as equipes, reforçam para o que apontou Franco (2013) sobre “Manter os trabalhadores com alta potência para agir no mundo do cuidado em saúde, eis o desafio para a gestão do trabalho” (Franco, 2013, p. 251). O autor resgata que esta tem sido constantemente discutida no SUS e que continua sem respostas significativas porque deveria incluir os trabalhadores no debate:

O que se discute portanto é a necessidade de integração do trabalhador aos processos de formulação da própria política de gestão do trabalho, reconhecê-lo no seu protagonismo e saber sobre o trabalho em saúde. Essa é a possibilidade que se tem de atingir novas possibilidades, e novos possíveis na relação com os trabalhadores, trazê-los para a ação instituinte... (Franco, 2013, p. 250)

Ao abrir um diálogo com a teoria winnicottiana⁵ sobre o brincar e a realidade, Miranda (2013) a partir dessa perspectiva teórica, legitima a importância das relações entre as(os)

⁵A autora se refere às contribuições teóricas de Donald Winnicott no livro “O Brincar e a Realidade” (1975), cuja clínica psicanalítica pediátrica permitiu o desenvolvimento de diversos conceitos significativas à compreensão do desenvolvimento subjetivo e social dos sujeitos.

profissionais e a sua conexão com a dimensão criativa do trabalho. Segundo ela, o conceito do espaço transicional de Donald Winnicott pode acrescentar significativas reflexões no que se refere à relação entre confiança e criatividade. Compreende-se como espaço transicional “[...] uma localização intermediária entre os mundos objetivo e subjetivo, onde se dá a experiência criativa” (Miranda, 2013, p. 90).

A autora aproveita desse entendimento para salientar que o potencial criativo é fruto de um processo singular-coletivo, ou seja, faz parte tanto de elaborações psíquicas como pelo suporte dado pelo grupo, com o qual o sujeito se relaciona. E, para compreender essa lógica, Miranda (2013), resgata algumas considerações sobre o desenvolvimento dos sujeitos:

Embora conceba a criatividade como inata, Winnicott (1975) entende que sua vivência está atrelada a alguns condicionantes. Além da confiança na adaptação materna, necessária no início da vida, a criatividade requer a estruturação de um processo próprio, peculiar, onde entrará em cena. (Miranda, 2013, p. 101)

Para a teoria winnicottiana, a estruturação necessária do indivíduo no reconhecimento de si e na sua diferenciação com o externo advém do brincar. Ao transpor essa concepção para a questão dos coletivos de trabalho, Miranda (2013) revela que esse processo de individuação acontece na certeza de que o grupo reconhece e aceita o sujeito, por isso a necessidade da relação de confiança. Essa seria a condição principal para que se desenvolva o potencial criativo e o estabelecimento de relações que dão suporte aos indivíduos.

Em articulação com as abordagens sobre o trabalho que se dá em ato (Merhy, 2013b), portanto da dificuldade da padronização visto não se ater ao prescrito, mas, sim, ao real (Dejours, 2014), pode-se afirmar que o cuidado em saúde ancora-se na atividade humana criativa, sobretudo quanto à exigência dele se dar, prioritariamente, por meio do encontro entre dois ou mais sujeitos distintos, com diferenças também de subjetividades. Assim, a respeito do tema deste estudo, sobre a relação gestão/serviços, compreende-se ser primordial o investimento no estabelecimento da confiança.

Miranda (2013, p. 93) afirma que “[...] o coletivo não está dado [...]”, ele precisa ser (re)construído, e a gestão ocupa lugar estratégico para oportunizar estratégias em benefício dessa percepção. Ainda cabe considerar que:

Assim, arriscaria supor que é no espaço transacional, a partir do viver criativo, que o profissional pode experimentar sua autonomia, atingindo ... um dos objetivos que Campos (2000) atribui ao trabalho em saúde: contínuo aumento da capacidade de reflexão e ação autônoma, tanto dos usuários quanto de profissionais. (Miranda, 2013, p. 110)

Diante de uma equipe gestora que reconhece que a gestão do trabalho deve ser compartilhada, entende-se que se buscará, junto aos profissionais, realizar análises que subsidiem a superação dos desafios e o reconhecimento que se faz necessário à (re)criação de instrumentos, dispositivos e/ou estratégias que facilitem à cogestão.

7 Considerações Finais

A pesquisa realizada pretendeu investigar as concepções de uma equipe gestora em saúde sobre sua relação com as profissionais dos serviços. E, a partir disso, buscou-se conhecer como se estabelece a relação entre gestão/serviços, sob a perspectiva da equipe gestora. Objetivou-se também compreender as concepções no que se refere aos limites e possibilidades quanto à integração com as profissionais dos serviços. E, por último, pretendeu-se identificar as expectativas das gestoras sobre sua relação com as profissionais dos serviços.

Em resposta a conhecer como se estabelece a relação gestão/serviços, pode-se destacar que a atuação da equipe gestora requer uma aproximação cotidiana com as profissionais dos serviços, como foi colocado pelas participantes. Especialmente, por se tratar de competências da gestão, conforme o regimento interno da secretaria aponta, acompanhar a execução, expansão e/ou implantação dos serviços executados em nível municipal. Tais atributos da gestão sugerem, em algumas circunstâncias que foram narradas pelas participantes, certa tendência à hierarquização do trabalho e até mesmo a uma prática de controle que se contrapõe ao exercício da horizontalização.

Também foi pontuada que a relação acontece, muitas vezes, em meio a demandas urgentes das equipes da assistência direta às(aos) usuárias(os). Desse modo, relataram que as gestoras são convocadas a dar respostas imediatas, o que gera tensão. Notou-se que as urgências foram mencionadas como rotineiras e que prejudicam a organização da gestão, porque se sentem pressionadas a resolvê-las. Nesse sentido, quanto à relação estabelecida entre gestão/serviços, percebeu-se que, em situações que visam solucionar tais urgências, não se comparece a construção conjunta. A gerência legitima o direcionamento do que fazer às profissionais e essa postura inviabiliza o compartilhamento ou as análises realizadas pelo coletivo. Assim, constatou-se mais uma prática que limita a autonomia e o fazer compartilhado.

A equipe gestora reconhece a interdependência entre gestão/serviços para a concretização da atenção municipal à saúde, dessa maneira reforçando a necessidade de estabelecer a horizontalidade no que tange à tomada de decisão. Mas, ao se referirem a como se dá essa relação, sugerem que a horizontalidade e o vínculo não estão consolidados.

Portanto, pode-se inferir que, na concepção da equipe gestora, a relação estaria em processo de construção e aprimoramento.

Por outro lado, constatou-se uma alta ocorrência do uso, pelas participantes, das palavras “nível central” e “ponta”, o que conota distanciamento e demarca lugares opostos, o que pode ser compreendido, também, como hierarquização. Então, apesar da intenção de construir uma relação em que se pretende atingir a horizontalidade, verificou-se um discurso que sugere uma concepção em que ainda se percebe a diferença entre as equipes – da gestão e dos serviços – o que, provavelmente, reflete no cotidiano da prática.

Foi possível identificar que o contato direto das gestoras com as profissionais acontece em espaços programados, nas reuniões com as equipes nos territórios, nos colegiados gestores ou diante da necessidade de orientá-los quanto às prescrições da política municipal. Ou seja, os encontros também seguem uma lógica de prescrições, fazem parte do protocolo do trabalho das equipes. E disto, pode-se ressaltar que as participantes apresentam que há algo do prescrito, ou seja, a existência dos espaços nos quais se pretendem exercitar a gestão democrática. Entretanto, apesar da importância da existência destes espaços/dispositivos/arranjos, fica evidente que somente tê-los não garante a efetividade do encontro, da disponibilidade em se construir em conjunto, do estabelecimento de uma relação de confiança, dentre outros elementos necessários para se constituir um coletivo capaz de exercer a cogestão.

Esse tema também compareceu ao se buscar compreender as concepções da equipe gestora quanto à integração com as profissionais dos serviços. Destaca-se que as participantes relataram, ao tratar das metáforas sobre a mesa, que há dispositivos/espacos que facilitam a interação e a valorização das práticas dialógicas. No entanto, percebeu-se, segundo as gestoras, que a efetivação dessa integração se constitui como um desafio, não é algo consolidado.

Em observância a responder sobre os limites e as possibilidades da integração entre gestão/serviços, mais uma vez, notou-se que essa integração acontece somente em espaços institucionalizados, tais como: nas reuniões, nos colegiados ou nas atividades formativas. Portanto, em resposta a um dos objetivos, em conformidade com a concepção da equipe gestora, pode-se retratar como um dos desafios o pouco aproveitamento dos espaços coletivos, visto que se revelou o esvaziamento de sentido das reuniões ou outros momentos de encontros.

As participantes também percebem a desvalorização dos dispositivos de encontros pelas profissionais da assistência. Segundo as gestoras, por muitas vezes, as profissionais dos serviços apresentam queixas nas quais se referem a esses momentos como mais uma tarefa a cumprir entre tantos outros compromissos considerados mais importantes. A compreensão que se tem é que essa situação evidencia certo desconhecimento e/ou desconsideração com o “encontro” como parte do trabalho em saúde.

Pontuou-se ainda que o colegiado não garante a democratização da gestão e, tampouco, o compartilhamento das informações e das decisões que foram tratadas nesse espaço. Revelou-se, a partir do exposto, uma reflexão que emerge da análise sobre a questão da representatividade, sobretudo ao mencionarem haver pessoas que ocupam alguns espaços, como o colegiado gestor, que não repassam as decisões para seus colegas de trabalho ou que não se preocupam em representar o grupo do qual pertencem.

De acordo com a percepção do público pesquisado, a intensidade do cotidiano de trabalho da gerência, além das frequentes demandas emergenciais, das quais se esperam respostas com certa prontidão por parte da gestão, também impõem limites à integração entre as equipes. Nos momentos em que se exige a resolução de questões ou problemáticas com certo imediatismo, haja vista a urgência, a relação entre gestão/serviços é percebida com frágil e tensa.

Outro aspecto destacado, que se configura como desafio segundo as gestoras, diz respeito ao tempo que se dedica ao planejamento, pois, de acordo com o que foi narrado, parece que este é prioritariamente realizado pela gestão. Reforça-se que essa característica atribuída à gerência, como a de quem planeja, comparece com certa frequência, como já foi dito, o que permitiu constatar que nem sempre o planejamento é realizado em conjunto.

Ainda como desafio, compareceu uma autocrítica da gestão sobre a dificuldade em estabelecer uma unidade enquanto equipe gestora. Assim, pontua-se a percepção da gestão quanto à fragmentação como característica dessa equipe que se divide por referências, áreas técnicas ou programas, o que prejudica a capacidade de manter um direcionamento único às equipes dos territórios. Dessa forma, as gestoras percebem-se atuando como se fossem muitas gerências, mesmo sendo denominada como única. A partir disso, verificou-se que as participantes preocupam-se em repensar suas práticas e, é importante dizer, que percebem que a relação não é uma “via de mão única”, ou seja, tanto gestoras como profissionais devem estar implicados nesse processo de integração.

O desconhecimento do trabalho de ambas equipes e dos territórios constitui-se também, como empecilho à integração, segundo os resultados. Já no que se refere ao território, observou-se que é legítima a necessidade de conhecer as demandas com base na realidade, para aproximar as práticas com as prescrições da política municipal. E, observou-se, principalmente, que a proposta da articulação territorial demonstrou o comprometimento das(os) profissionais com a efetivação da busca por conhecer os territórios e aproximar as equipes.

Embora tenham elencado alguns dos desafios, cabe reforçar que a equipe gestora reconhece as reuniões, os colegiados e o matriciamento como arranjos/dispositivos potentes e indispensáveis. Daí se conclui que, sob a concepção da equipe gestora, uma das possibilidades para a integração se encontra no fortalecimento e no melhor aproveitamento dos espaços coletivos, pois eles já existem. Evidenciou-se a utilização do recurso do apoio institucional como uma das tentativas de desconstruir práticas verticalizadoras. No entanto, ressaltaram que o método de apoio foi uma estratégia e que não é uma prática vigente.

Além disso, elas ressaltaram o matriciamento como uma das práticas exitosas quanto à integração e apontaram a articulação territorial como uma possibilidade. Destaca-se, mais uma vez, que a articuladora seria uma integrante da gestão e que o planejamento não contou com a participação das equipes dos territórios. Então, a estratégia que deveria ser de aproximação poderia culminar em distanciamento. A ausência da participação das profissionais dos serviços nesse processo poderia gerar desconfiança e comprometer o vínculo entre a articuladora e as equipes dos territórios.

Então, revelaram como uma das possibilidades para melhorar a relação entre a gestão/equipes dos serviços a continuidade do investimento em estratégias, dispositivos ou arranjos que objetivam a integração, a construção de vínculos e as reflexões e análises coletivas sobre o trabalho. Assim, como as gestoras ressaltaram que alguns dispositivos de compartilhamento do cuidado, como o apoio matricial, facilitariam a construção de vínculo, revelando-se como espaço privilegiado de aproximação entre equipes.

É pertinente acrescer a proposta supramencionada, o investimento no desenvolvimento de habilidades relacionais, temática trazida por Miranda (2013) por meio de seu estudo sobre as contribuições da teoria winnicottiana, que foi apresentado no capítulo de discussão dos resultados. Além de se acrescer como pertinente a importância da educação permanente com vistas ao aprofundamento do conhecimento dos postulados que sustentam as práticas.

Compareceu ainda, como expectativa, a informação de que as gestoras gostariam que as(os) profissionais dos serviços compreendessem a interdependência das equipes – gestão/serviços. Assim, as gestoras esperam que as(os) profissionais se percebam nessa relação, considerada fundamental para concretizar a política municipal de saúde. Em convergência com Guizardi e Cavalcanti (2010a), acredita-se que as reflexões e debates sobre a interdependência exigem uma atualização de acordos institucionais que primam pela socialização da gestão, incidindo, dessa forma, sobre a possibilidade da cogestão em saúde.

Na busca de identificar as expectativas da equipe gestora sobre sua relação com as profissionais dos serviços, percebe-se que as reflexões promovidas por ela se referem ao trabalho e pouco se fala sobre a expectativa quanto à relação. O que se configurou na constatação de que essa relação ainda se encontra sob a lógica de recomendações ou prescrições. A impressão é de que a relação entre gestão/serviços tem sido concebida, até o momento da coleta dos dados, apenas como uma das formalidades do trabalho em saúde, quando o que Merhy (2005, 2013a, 2013b), Campos (2000, 2007), Franco (2013) e outros autores já citados revelam o caráter relacional como dimensão intersubjetiva, alimentada por meio dos “bons encontros”, não somente devido à exigência normatizadora.

As principais legislações que editam a Política de Saúde – Lei 8080/90 e 8142/90 –, assim como as demais portarias ministeriais e recomendações da PNH, são prescrições, e a efetividade delas depende do exercício dos sujeitos envolvidos no cotidiano do SUS. Como pontuam Guizardi e Cavalcanti (2010a), são normas heterodeterminadas que são norteadoras. Todavia, mostram-se insuficientes para garantir a construção de vínculos e o aproveitamento dos espaços coletivos instituídos, por isso não garantem, conseqüentemente, a democratização da gestão. O desafio principal, portanto, volta-se à aplicabilidade orgânica dos princípios e diretrizes do SUS no cotidiano das instituições de saúde.

Em virtude de investigar as concepções de uma equipe gestora em saúde sobre sua relação com as profissionais dos serviços, acredita-se que esse estudo se apresenta como mais um recurso para servir ao instrumental às(os) trabalhadoras(res) do SUS, pois reforça-se que é o próprio coletivo, ao assumir seu protagonismo, que cria e/ou ressignifica o trabalho em saúde. A pesquisa buscou estudar uma das dimensões da gestão compartilhada, visto ter o foco voltado à relação entre gestão e profissionais dos serviços. Contudo, sem perder de vista a participação das(os) usuárias(os) que devem integrar todas as

estratégias/dispositivos/arranjos, uma vez que se defende o modelo de gestão que prima pela democracia institucional.

Embora existam diversas produções científicas que confirmem a importância do estabelecimento de relações entre gestoras e profissionais, reconhece-se o processo inacabado de construção e o debate permanente sobre a cogestão em saúde. Por conseguinte, almeja-se que esse estudo possa subsidiar outros arranjos, métodos e/ou dispositivos com vistas à experimentação de novas formas de gestão compartilhada em saúde ou, até mesmo, de novas sociabilidades entre os atores que compõem o cotidiano do SUS. Pretende-se, também, contribuir com a formação de sujeitos capazes de avaliar e intervir na sociedade, em benefício da ampliação da cidadania, movimento antagônico ao retrocesso aos direitos sociais.

É inegável que vivenciamos na atualidade um contexto de retrocesso, tanto no que se refere à defesa dos direitos sociais como, conseqüentemente, no que se refere ao desmonte das políticas públicas. E, por isso, faz-se pertinente recorrer aos estudos que, como esse, legitimam a abertura democrática que deve ser configurada desde a micropolítica que se dá no cotidiano do trabalho do SUS, de acordo com as reflexões de Merhy (2005, 2013a). Trazer a temática da relação entre gestão/serviços para o debate científico pode contribuir com a legitimação da horizontalização do poder de gerir, como propõe Campos (2000, 2007, 2013).

Por fim, cabe salientar que a utilização do Iramuteq foi consequência da preocupação de se garantir as exigências do rigor científico de análises de dados textuais, especialmente, diante do volume e do conteúdo dos dados provenientes dos três grupos focais. E o uso do *software* foi uma novidade quanto ao tratamento e à análise dos dados, o que exigiu certa dedicação em aprender seus recursos e possibilidades de análise. Além disso, propiciou o devido afastamento quanto à análise, visto se tratar de um estudo realizado por sujeito implicado no campo de atuação do SUS.

Referências

- Almeida, A. B., & Acirole, G. G. (2014). Gestão em rede e apoio institucional: caminhos na tessitura de redes em saúde mental no cenário regional do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)* [online], vol.18, suppl.1, 971-981. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0371>. issn 1414-3283
- Avelar, M. R., & Malfitano, A. P. S. (2018). Entre o suporte e o controle: a articulação intersetorial de redes de serviços. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.23, n.10, 3201-3210. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182310.13872018>. issn 1413-8123.
- Barreto, I. C. de H. C. et al. (2012). Gestão participativa no SUS e a integração ensino, serviço e comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. *Saude soc.* [online], vol. 21, suppl.1, 80-93. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500007>. issn 0104-1290.
- Becchi, A. C., et al. (2013). Perspectivas atuais de cogestão em saúde: vivências do Grupo de Trabalho de Humanização na atenção primária à saúde. *Saude soc.* [online], vol.22, n.2, 653-660. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000200032>. issn 0104-1290.
- Bedrikow, R., & Campos, G. W. de S. (2017). A Clínica nos documentos para a Atenção Básica no Brasil. *Espaço para a Saúde Revista de Saúde Pública do Paraná*, vol. 18, n. 2. Recuperado de http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/234/pdf_1. doi:10.22421/1517-7130.2017v18n2p25.
- Belotti, M. (2019). *Núcleo Ampliado de Saúde da Família: potencialidades, desafios e impasses para a afirmação de um paradigma emergente em saúde* (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, Vitória, ES, Brasil.
- Benevides, R., & Passos, E. (2005). Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface (Botucatu)* [online], vol. 9, n. 17, 389-394. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000200014>. issn 1414-3283.
- Borjaille, A. M. N. V., Dutra, A. F., Simões, F. L., Ferreira, J. T. B., & Torres, S. R. M. (2014). O Apoio Institucional vivenciado na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco-AC. In: Roseni Pinheiro [et al.] (Orgs). *Experienci(ações) e práticas de apoio no SUS: integralidade, áreas programáticas e democracia institucional* (pp. 121- 134). Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO.
- Bobbio, N. (2004). *A Era dos Direitos* (7a ed). Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus.
- Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*, Chiaverini, D. H. (Orgs) [et al.]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236 p.; 13x18 cm. Bibliografia; p. 219-235. ISBN 978-85-89737-67-8. Recuperado de

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização e Gestão do SUS. *Gestão Participativa e Cogestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS/ParticipaSUS*, 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria n 1996/GM/MS*, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as Diretrizes para Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Recuperado de <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1996-%5B2968-120110-SES-MT%5D.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria n 198/GM/MS*, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Recuperado de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- Braverman, H. (1974). Trabalho e Capital Monopolista: a degradação do trabalho no séc. XX. *Parte I: Trabalho e Gerência*, 1a ed, 47-124. Rio de Janeiro: LTC Editora.
- Camargo, V. B., & Justo, A. M. (2013). Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, vol. 21, n. 2, 513-518. doi: 10.9788/TP2013.2-16.
- Campos, G.W. de S. (2013). *Práxis e Formação Paideia: apoio e cogestão em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. de S. (2010). Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(5): 2237-2344. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500009&lng=pt&tlng=pt. doi: 10.1590/S1413-81232010000500009
- Campos, G. W. de S. (2007). *Práxis e Formação Paideia: apoio e cogestão em saúde* (3a ed). São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S. (2000). *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Campos G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, vol 4, n. 2, 393-404. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81231999000200013&script=sci_abstract&tl

ng=pt,. doi: 10.1590/S1413-81231999000200013

- Campos, G. W. S. (1998). O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saúde Pública*, vol.14, n. 4, 863-870. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1998000400029&script=sci_abstract&lng=pt. doi: 10.1590/S0102-311X1998000400029.
- Campos, G.W. de S., Cunha, G. T., & Figueiredo, M.D. (2013). *Metodologia Paidéia e o modo de pensar e fazer baseado na práxis: democracia, cogestão e apoio*. In: Paidéia e a Gestão: indicações metodológicas sobre o apoio (pp. 85-102). Hucitec: São Paulo.
- Cadorin, E., Vieira, D., Silva, E. F., Ferreira, E., & Carvalho, R. (2014). O Apoio Institucional vivenciado na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco-AC. In: Roseni Pinheiro [et al.] (Orgs). *Experienci(ações) e práticas de apoio no SUS: integralidade, áreas programáticas e democracia institucional* (pp. 17-36). Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO.
- Carmo, M. E., & Guizardi, F. L. (2017). Desafios da intersectorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. *Physis* [online], vol.27, n. 4, 1265-1286. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312017000401265&script=sci_abstract&lng=pt. doi: 10.1590/s0103-73312017000400021. issn 1809-4481.
- Castro, J. A de, & Ribeiro, J. A. C. (2008). As políticas sociais e a Constituição de 1988: conquistas e desafios. In: Políticas sociais: acompanhamento e análise (n. 17 - IPEA). Recuperado de http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bps_17/Introducao.pdf.
- Cecílio, L. C. O., Coutinho, A. A. P., Hamze, F. L., Silva, A. F., Batista, L. A., & Carvalho, A. P. H. (2014). Programa SOS Emergências: uma alternativa de gestão e gerência para as grandes emergências do Sistema Único de Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 52, 202-216. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Recuperado de <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. issn 0103-4383.
- Cecílio L. C. O., Mercadante, C. E. B., Vega, C., Pinto, N. R. S., Spedo, S.M., Sato, W. N., & Andrezza, R. (2012). A gestão estadual perante os desafios da atual etapa de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2005-2007). *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*, 13(3), 261-267. Recuperado de http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122012000300010&lng=pt&tlng=pt.
- Cecílio, L. C. O. (2011). Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface*, vol. 15, n. 37, pp. 589-599. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000200021&script=sci_abstract&lng=pt.
- Cecílio L. C. O. (2010a). Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico.

Cadernos de Saúde Pública, vol. 26, n. 3, pp. 557-566. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000300013&script=sci_abstract&lng=pt. issn: 0102-311X.

Cecílio, L. C. O. (2010b). É preciso politizar o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 15, n. 5, 2275-2284. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500041. doi: 10.1590/1413-81232010155.12082015.

Cecílio, L. C. O. (2005). É possível trabalhar o conflito como matéria prima da gestão?. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 21, n. 2, 508-516. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000200017&script=sci_abstract&lng=pt. doi: 10.1590/S0102-311X2005000200017.

Cecílio, L. C. O. & Mendes, T. C. (2004). Propostas alternativas de gestão e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam?. *Saúde e Sociedade* (Impresso), vol. 13, n. 2, 39-55. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000200005&script=sci_abstract&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-12902004000200005.

Cecílio, L. C. O. (1997). Modelos assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 13, n. 3, 469-478. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1997000300022&script=sci_abstract&lng=pt. doi: 10.1590/S0102-311X1997000300022.

Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativo e misto* (3a ed). Porto Alegre: Artmed.

Cunha, M. S, & Sá, M. de C. A. (2013). Cooperação Prescrita e a Cooperação Possível: vicissitudes do trabalho em equipe em uma unidade de saúde da família. In: Sá, M. de C., & Azevedo, C. da S. (Orgs). *Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia* (ISBN: 978-85-7541-431-6, pp. 301-326). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, vol.14, n.3, 27-34. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-65132004000300004&script=sci_abstract&lng=pt. doi: 10.1590/S0103-65132004000300004.

Fernandes, J. A., & Figueiredo, M.D. (2015). Apoio Institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas. *Physis* [online], vol. 25, n. 1, 287-306. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-65132004000300004&script=sci_abstract&lng=pt. doi: 10.1590/S0103-73312015000100016.

Flick, U. (2009). *Desenho de Pesquisa Qualitativa* (Costa, C. R. Trad). Porto Alegre: Artmed.

França, D. P. I. (2018). Adeus ao trabalho?: Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no

mundo do trabalho (Resenha).

- Franco, T. B. (2013a). O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: Franco, T. B., Merhy, E. E. (Orgs), *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos* (1 ed., pp. 243-251). São Paulo: Hucitec.
- Franco, T. B. (2013b). Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do SUS. In: Franco, T. B., Merhy, E. E. (Orgs), *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos* (1a ed., pp. 183-198). São Paulo: Hucitec.
- Franco, T. B., Bueno, W. S., & Merhy, E. E. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online], vol. 15, n. 2, 345-353. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1999000200019&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: 10.1590/S0102-311X1999000200019.
- Freitas, H., & Janissek, R. (2000). *Análise léxica e análise de conteúdo: técnicas complementares, sequenciais e recorrentes para exploração de dados qualitativos*. Porto Alegre, RS: Sphinx-Sagra.
- Galavote, H. S., & Cols. (2016). A gerência do trabalho na estratégia de saúde da família: (des) potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. *Saúde soc.* [conectados], vol. 25, n. 4, 988-1002, ISSN 0104-1290. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000400988&script=sci_abstract&tlng=pt. doi:10.1590/s0104-12902016158633.
- Gaskell, G. (2002). Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer, M.W., & Gaskell, G. (Eds), Guareschi, P. A. (Trad), *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (3a ed., parte I, pp. 64- 89). Rio de Janeiro: Vozes.
- Guedes, C. R., Pitombo, L. B., & Barros, M. E. B. de. (2009). Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. *Physis* [online], vol. 19, n. 4, 1087-1109, ISSN 0103-7331. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000400010. doi: 10.1590/S0103-73312009000400010.
- Guizardi, F. L., & Cavalcanti, F. de O. L. (2010a). A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. *Interface (Botucatu)* [online], vol. 14, n. 34, 633-646, ISSN 1414-3283. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832010000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. doi: 10.1590/S1414-32832010005000013.
- Guizardi, F. L., & Cavalcanti, F. de O. L. (2010b). O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. *Physis* [online], vol. 20, n. 4, 1245-1265, ISSN 0103-7331. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000400010&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: 10.1590/S0103-73312010000400010.
- Hoffmann, L. M. A., & Koifman, L. (2013). O olhar supervisivo na perspectiva da ativação

de processos de mudança. *Physis* [online], vol. 23, n. 2, 573-587, ISSN 0103-7331. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000200013&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: 10.1590/S0103-73312013000200013.

Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2019). Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Ciênc. saúde coletiva*[online], vol. 24, n. 4, 1247-1254, ISSN 1413-8123. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232019000401247&tlng=en&nrm=iso&tlng=pt. doi: 10.1590/1413-81232018244.05362017.

Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

Lermen, J. I.; Santos, Eleotéria, R. dos; Chiapin, G.; & Mayer, R. T. daR. (2014). In: Pinheiro, R. [et al.] (Orgs), *Experienci(Ações) e práticas de Apoio e a Integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa* (pp.247-266). Rio de Janeiro: CEPES/ABRASCO.

Lima, E. M. F. de A., & Yasui, S. (2014). Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde debate* [online], vol. 38, n. 102, 593-606, ISSN 0103-1104. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000300593&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: 10.5935/0103-1104.20140055.

Kleba, M. E., Zampirom, K., & Comerlato, D. (2015). Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. *Saudesoc.* [online], vol. 24, n. 2, 556-567, ISSN 0104-1290. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000200556&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: 10.1590/S0104-12902015000200013.

Malta, D. C., & Merhy, E. E. (2003). A micropolítica do processo de trabalho em saúde, revendo alguns conceitos. *Revista Mineira de Enfermagem*, vol. 7(1), 61-66. Recuperado de <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/786>.

Merhy, E. E. (2013a). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: Franco, T. B., & Merhy, E. E. (Orgs), *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos* (pp. 19-67). São Paulo: Hucitec.

Merhy, E. E. (2013b). O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: Franco, T. B., & Merhy, E. E. (Orgs), *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos* (pp. 172-182). São Paulo: Hucitec.

- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2013). Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. In: Franco, T. B., & Merhy, E. E. (Orgs), *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos* (pp. 138-150). São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2010). Efeitos diante do convite de construir um espaço comum entre formuladores sobre gestão e planejamento em saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol. 15, n. 5, 2275-2284, ISSN 1413-8123. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500040. doi: 10.1590/1413-81232010155.11302015.
- Merhy, E. E. (1997). Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde. In Cecílio, L. C. de O. (Org), *Inventando a Mudança na Saúde* (2a ed., pp. 117-160). São Paulo: HUCITEC.
- Melo, C. de F., Alchieri, J.C. (2012). Sistema único de Saúde: uma avaliação realizada em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Psico-UFS* [online], vol. 17, n. 1, 63-72, 2012. ISSN 2175-3563. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712012000100008&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: 10.1590/S1413-82712012000100008.
- Miranda, L. (2013). Criatividade e Trabalho em Saúde: contribuições da teoria winnicottiana. In: Sá, M. de C., & Azevedo, C. da S. (Orgs), *Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia* (ISBN: 978-85-7541-431-6, pp. 89-118). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Minayo, M. C. de S. (2008). *O desafio do conhecimento* (11a ed). São Paulo: Hucitec.
- Nascimento, M. I. M., & Sbardelotto, D. K. (2008). A Escola Unitária: educação e trabalho em Gramsci. *Revista HISTEDBR On-line*, Campinas, n. 30, 275-291, ISSN: 1676-2584. Recuperado de https://www.fe.unicamp.br/pf-fe/publicacao/5157/art17_30.pdf.
- Ordóñez, L. K. B., & Arantes, C. I. S. (2018). Concepções, Práticas e Perspectivas de Ações de Saúde Coletiva: Ótica de Articuladores da Atenção Básica. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, vol. 8:e2587.2018. Recuperado de <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2587>. doi: 10.19175
- Paim, J. S. (2009). O que é o SUS, 148 p. (Coleção Temas em Saúde), ISBN: 978-85-7541-185-8. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Paim, J. S. (2008). Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online], 356 p., ISBN 978-85-7541-359-3. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Recuperado de SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- Pasche, D. F.; Passos, E., & Hennington, E. A. (2011). Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol. 16, n. 11, 4541-4548, ISSN 1413-8123. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001200027&script=sci_abstract&tlng=pt.

ng=pt. doi: 10.1590/S1413-81232011001200027.

- Pereira Junior, N., & Campos, G. W. de S. (2014). O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface (Botucatu)* [online], vol. 18, suppl.1, 895-908, ISSN 1414-3283. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000500895&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: 10.1590/1807-57622013.0424.
- Quintanilha, B.C., Sodré, F., & Dalbello-Araujo, M. (2013). Movimentos de Resistência no Sistema Único de Saúde (SUS): a participação rizomática. *Interface (Botucatu)*, vol. 17, n. 46, 561-573. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/269598872_Movimentos_de_resistencia_no_Sistema_Unico_de_Saude_SUS_a_participacao_rizomatica.
- Righi, L. B. (2014). Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. *Interface (Botucatu)* [online], vol. 18, suppl.1, 1145-1150, ISSN 1414-3283. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000501145. doi: 10.1590/1807-57622014.1146.
- Sá, M. de C., & Azevedo, C. da S. (2013a). Subjetividade e Gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. In: Sá, M. de C., & Azevedo, C. da S. (Orgs), *Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia* (ISBN: 978-85-7541-431-6, pp. 33-50). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Sá, M. de C., & Azevedo, C. da S. (2013b). Laboratório de Práticas Gerenciais: por um dispositivo grupal de formação em gestão hospitalar voltado para os sentido do trabalho gerencial. In: Sá, M. de C., & Azevedo, C. da S. (Orgs), *Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia* (ISBN: 978-85-7541-431-6, pp. 327-358). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Sá, M. de C., & Azevedo, C. da S. (2010). Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol. 15, n. 5, 2345-2354, ISSN1413-8123. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500010&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: 10.1590/S1413-81232010000500010.
- Sato, W. N., Cecílio, L. C. O., & Andreazza, R. (2009). A Educação Permanente em Saúde como estratégia de formação de gestores municipais: O Fórum de Educação Permanente de Bragança Paulista. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, vol. 14, n. 55, 43-62. Recuperado de <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/44200>. doi:10.12660/cgpc.v14n55.44200.
- Santos, A. C, dos, & Machado, A. M. B. (2018). Educação Popular: uma breve discussão teórico-metodológica. In: Cruz, P. J. S. C., Rodrigues, A. P. M. E., Pereira, E. A. A. de L., Araújo, R. Soares de, & Alencar, I. C. (Orgs). *Vivências de Extensão em Educação popular no Brasil*, vol. 1: extensão e formação universitária: caminhos, desafios e aprendizagens, ISBN: 978-85-9559-063-2, Seção 1, pp. 35-54. João Pessoa: Editora do CCTA.

- Schwartz, Y. (2010). Uso de si e competência. In Schwartz, Y., Durrive, L. (Orgs.). *Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana* (2a ed). Niterói: Editora da UFF.
- Silva, K. L. da, Franca, B. D., Marques, R. de C., & Matos, J. A. V. de. (2019). Análise dos discursos referentes à Educação Permanente no Brasil (1970 A 2005). *Trab. educ. saúde* [online], vol. 17, n. 2, ISSN 1678-1007. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-77462019000200501&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/1981-7746-sol00192.
- Soares, Ricardo de S. & Raupp, Bárbara (2009). Gestão Compartilhada: análise e reflexões sobre o processo de implementação em uma unidade de atenção primária à saúde do SUS. *Revista APS*, vol. 12, n. 4. Recuperado de <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14372>.
- Soler, R. D.de V. Y. (2018). Uma leitura sobre o intelectual orgânico em Gramsci. *Psicologia em Revista*, [S.l.], vol. 23, n. 2, 541-561, ISSN 1678-9563. Recuperado de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/6976>.
- Trad, L. A. B. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis* [online], vol. 19, n. 3, 777-796, ISSN 0103-7331. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000300013&script=sci_abstract&lng=pt. doi: 10.1590/S0103-73312009000300013.
- Yazbek, M. C. (2010). *Sistemas de Proteção Social, intersectorialidade e integração de políticas sociais*, Janeiro, 2010, 27 p. Recuperado de <http://www.cpihts.com/PDF07/Carmelita%20Y.pdf>.

Apêndice A - Orientações e Roteiro Norteador dos Grupos Focais

Orientações gerais: Arrumar a sala em círculo; tolerância de quinze (15) minutos para começar; mínimo seis (06) pessoas para a realização do grupo; após quinze (15) minutos do início do grupo, não poderá entrar mais nenhum participante – colocar na porta cartaz com a informação.

	AÇÃO	COMANDO	OUTRAS ORIENTAÇÕES	TEMPO
1	Apresentação	<p>Para iniciar, cada um pode se apresentar, dizendo nome e brevemente como chegou na gerência.</p> <p>No caso do grupo com os diretores solicitar nome e serviço que coordena.</p> <p>No caso dos grupos com os profissionais dos serviços, solicitar nome e serviço onde está lotado.</p>		15min

2	Falar dos objetivos e explicar a atividade	<p>O objetivo dessa pesquisa é conhecer o processo de integração da gestão (secretaria) com os serviços, atentando-se para as dificuldades/limites e possibilidades que dizem respeito a essa prática.</p> <p>Para isso, faremos um grupo focal, que pretende alcançar os objetivos a partir de uma discussão entre os participantes do grupo.</p> <p>Cumpramos informar que o grupo será gravado em áudio. Conforme o protocolo de aceitação que vocês tiveram acesso no TCLE, os participantes da pesquisa não serão identificados.</p> <p>A nossa intenção é analisar a produção coletiva do grupo.</p>	5 min
---	--	---	-------

3.	Um pesquisador dispõe as imagens no chão (ou na mesa) enquanto o outro pesquisador dá as orientações da atividade	<p>Considerando os objetivos da pesquisa, serão disponibilizadas imagens, que vamos colocar no chão (ou mesa), e vocês escolherão UMA imagem que represente a relação gestão e serviço.</p> <p>Não precisam ficar pensando muito para escolher a imagem, e não precisa ser uma imagem concreta, mas tentem pensar nas características/qualidade s dessa imagem que mais se aproxima ao que você pensa.</p> <p>Vocês terão 3 minutos para escolher a imagem</p>	<p>CASO PERGUNTEM SE SE PODE ESCOLHER MAIS DE UMA IMAGEM:</p> <p>Se for necessário, pode-se escolher mais de uma imagem.</p>	4 min
4	Realização da atividade			

5	Após a escolha, cada participante, um de cada vez, mostrará para o grupo sua imagem e comentará a associação feita entre a imagem e a relação entre a gestão e o serviço.	A partir das escolhas de vocês, vamos, um de cada vez, mostrar para o grupo a imagem escolhida e comentar sobre a associação feita entre a imagem e a relação gestão-serviço.	Caso a pessoa queira apenas mostrar a figura, isto pode ser feito. No entanto, mesmo que a pessoa não queira falar sobre a relação feita, é interessante que o coordenador peça para a pessoa descrever a figura.	15 min
---	---	---	---	--------

6	Após a apresentação das imagens, iniciar a conversa com o grupo, com o primeiro tópico do roteiro e seguir o diálogo do grupo, inserindo questões, respeitando o fluxo do diálogo do grupo, até que sejam contemplados todos os tópicos elencados no roteiro.	A partir dessas questões levantadas por vocês até agora, contem como é o cotidiano de trabalho nessa relação com os serviços. Falem um pouco sobre esse trabalho.	A partir daqui, deixar fluir a conversa entre os participantes, tomando o cuidado para que todos os itens do roteiro sejam contemplados.	60min
---	---	---	--	-------

Roteiro para utilização com os profissionais da Gerência:

- 1- Como é o cotidiano de trabalho nessa relação com os serviços? (Contar um pouco sobre o trabalho). Exemplificar.
- 2- O que vocês esperam dos serviços na relação com a gerência? E da gerência na relação com os serviços?
- 3- Quem espera isso? Como essa proposta se operacionaliza? Exemplifiquem.
- 4- O que norteia (diretrizes e princípios) as práticas de vocês? Como vocês operacionalizam isso?
- 5- Enfrentam alguma dificuldade/desafio para colocar em curso essa relação entre a gerência e os serviços? Exemplifiquem com o relato de alguma situação.

6- Como vocês lidam com essas dificuldades (que estratégias vocês desenvolvem para lidar com isso)? Podem dar algum exemplo sobre as estratégias que vocês construíram?

7- Para finalizar, pedimos a vocês, enquanto grupo, que escolham cinco (5) palavras que representem a relação da gestão com os serviços.

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Cogestão como um modo de trabalho em saúde”, sob a responsabilidade da professora Dra. Alexandra Iglesias.

Justificativa

A cogestão traz em sua proposta o compartilhamento de saberes e práticas, visando à democratização das relações, transformação e superação de modelos hierarquizados. Nesse sentido, torna-se imprescindível a abertura de novos canais de diálogo, o que implica, necessariamente, civilizar fronteiras, dissolver as barreiras existentes entre gestores e trabalhadores, especialistas e generalistas, entre clínica e gestão, entre quem formula e quem executa. Assim, a proposta deste projeto é promover encontros entre equipes dos serviços e gestão que devam estar juntas em um processo de comunicação contínuo para a integração de saberes e práticas.

Objetivo

Conhecer o processo de trabalho da Gerência no que diz respeito a sua integração com os serviços e intervir junto a esses profissionais de saúde nas dificuldades inerentes a essa prática.

Procedimentos

Sua participação se dará em três etapas. Na primeira etapa, você será participante de grupo focal e irá responder sobre sua percepção a respeito da relação entre a gestão e os serviços de saúde; em um segundo momento, você participará de outro grupo focal para responder questões sobre os seguintes temáticas: 1-Território, 2-Produção de cuidado e subjetividade em saúde, 3-Educação Permanente, 4-Cogestão e 5-Matriciamiento. Cada grupo focal terá, aproximadamente, a duração de uma hora e trinta minutos (1h30 min) e contará com a participação de quinze (15) pessoas. Já na terceira etapa, você irá participar de um Seminário de Formação, que terão como objetivo a formação de recursos humanos para o campo da saúde coletiva e dos trabalhadores de saúde para atuação de modo integrado na constituição de redes em saúde. Nesses Seminários, serão tratados os mesmos temas elencados acima (Território, Produção de cuidado e subjetividade em saúde, Educação Permanente, Cogestão e

Matriciamento), além de possíveis outros assuntos que surgirão das discussões da primeira etapa desse estudo. Vale destacar que esses Seminários contarão com a presença de um membro externo, especialista na temática em questão. As sessões, de todas as etapas, serão gravadas em arquivos digitais de áudio e posteriormente transcritas, seguindo o protocolo de consentimento livre e esclarecido por parte da população-alvo da pesquisa (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde).

Duração e local

Os grupos focais acontecerão entre o período de 05/03/2018 a 30/08/2019 em espaço disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Riscos e desconfortos

Corre-se o risco de provocar constrangimento entre os participantes. Para evitar a ocorrência desses danos, o pesquisador irá assumir o papel de buscar amenizá-los, assumindo uma postura ética de não potencializar a ocorrência dos riscos. Além disso, será acordado com os participantes da pesquisa que as questões abordadas durante a entrevista terão o caráter sigiloso. Caso, ainda, o participante comprove ter sofrido danos devido à pesquisa, providenciaremos os devidos cuidados e meios necessários para resolver a situação/problema.

Benefícios

O estudo irá contribuir para a geração de experiências e possibilidades de integração entre serviços e gestão, condizentes com preceitos do SUS, como, integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, efetivamente produtores de saúde, já que se entende saúde como um amplo espectro de fatores ligados à vida, em que um único saber e prática jamais conseguirá assegurá-la. Para além disso, aposta-se na possibilidade de que essa pesquisa, no que diz respeito às discussões no campo da produção científica, se torne fornecedor de reflexões acerca da temática.

Garantias ao participante

Você será ressarcido das despesas decorrentes da participação na pesquisa, e, além disso, você tem o direito de buscar indenização em caso de dano decorrente da pesquisa. Você também

terá a garantia de que o termo será redigido em duas vias, que será assinado e rubricado em todas as páginas pelo pesquisador e pelo participante, sendo uma delas entregue a você.

Garantia de recusa em participar da pesquisa

Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da sua recusa.

Garantia de manutenção do sigilo e privacidade

A identidade do participante será resguardada durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação.

Esclarecimento de dúvidas

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, eu devo contatar a pesquisadora-coordenadora Alexandra Iglesias, no telefone (27) 4009-2501 ou (27) 98172-0115, no endereço eletrônico leiglesias@gmail.com ou na localidade da Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Psicologia, Prédio Professor Lídio de Souza, Centro de Ciências Humanas e Naturais (CCHN), ao lado do Cemuni VI.

Você também pode contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do CCHN/UFES para resolver casos de denúncia ou relatar algum problema por meio do telefone (27) 3145-9820, e-mail cep.goiabeiras@gmail.com ou correio: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.090-075.

Declaração de aceite

Você declara, ainda, que foi informado e esclarecido sobre o teor do presente documento e que recebeu uma via deste documento assinada por você e pelo pesquisador, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os seus direitos e que, voluntariamente, aceita participar deste estudo.

Declaro que compreendi o teor do presente documento e aceito participar da pesquisa “Cogestão como um modo de trabalho em saúde”

_____ ES, de ____ de 20 ____.

Participante da Pesquisa

Alexandra Iglesias (pesquisadora-coordenadora)

Anexo

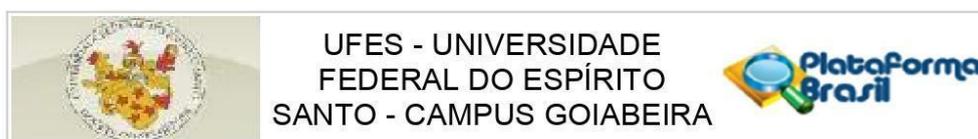


PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** Cogestão como modo de trabalho em saúde**Pesquisador:** Alexandra Iglesias**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 78607417.5.0000.5542**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 2.410.025**Apresentação do Projeto:**

O presente estudo trata da "COGESTÃO COMO MODO DE TRABALHO EM SAÚDE". A autora do projeto explica que estruturação da rede de saúde se faz por meio do fortalecimento das relações entre os profissionais e, conseqüentemente, destes com os outros atores sociais, incluindo usuários e gestores. Nesse sentido, a cogestão comparece como uma possibilidade importante de potencialização dos sujeitos e coletivos para efetivação de tal estruturação, já que traz em sua proposta o compartilhamento de saberes e práticas entre atores diversos, pela democratização das relações, transformação e superação de modelos hierarquizados. Assim, o objetivo dessa pesquisa consiste em conhecer o processo de trabalho da Gerência de Atenção em Saúde no que diz respeito a sua integração com os serviços e intervir junto a esses profissionais de saúde nas dificuldades inerentes a essa prática. Trata-se de uma pesquisa-intervenção de abordagem qualitativa, que consistirá em duas etapas: 1. Grupos Focais – que terão como objetivo apreender a percepção dos profissionais da Gerência de Atenção em Saúde e dos servidores representantes dos serviços da rede municipal de saúde sobre a relação entre a gestão e os serviços de saúde, além de grupos focais com esses atores para discussão das seguintes temáticas: 1-Produção de cuidado e subjetividade em saúde, 2-Educação Permanente, 3-Cogestão e 4Matriciamento; considerados assuntos relevantes para a efetivação de um trabalho em rede. Os dados provenientes desses grupos serão analisados a partir da técnica de análise de conteúdo de Bardin (1988). Estas análises servirão de base para a etapa 2. Seminários de Formação, que terão como objetivo a formação de

Endereço: Av. Fernando Ferrari,514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN**Bairro:** Goiabeiras**CEP:** 29.075-910**UF:** ES**Município:** VITORIA**Telefone:** (27)3145-9820**E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.410.025

recursos humanos para o campo da saúde coletiva e dos trabalhadores de saúde para atuação de modo integrado na constituição de redes em saúde. Nesses Seminários serão tratados os mesmos temas elencados acima (Produção de cuidado e subjetividade em saúde, Educação Permanente, Cogestão e Matriciamento), além de possíveis outros assuntos que surgirão das discussões da primeira etapa desse estudo. Vale destacar que esses Seminários contarão com a presença de um membro externo, especialista na temática em questão. Como resultados dessa pesquisa espera-se consolidar a parceria da Universidade com a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória para a manutenção de encontros formativos com os profissionais e acompanhamento sistemático desse processo de integração da gestão com os serviços de saúde. Deste modo, são muitos os possíveis impactos trazidos por este projeto no que diz respeito à melhoria da atenção, pelo fortalecimento de parcerias efetivas entre serviços de saúde e gestão, em contraposição a uma polarização desses dois entes, ou ainda de manutenção de relações verticalizadas que distanciam esses atores para a proposição de ações conjuntas pelos princípios e diretrizes do SUS.

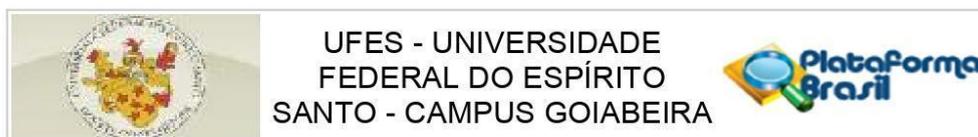
Finalmente, a hipótese do projeto é que a pesquisa contribua para a efetivação da cogestão no sistema de saúde municipal de Vitória.

METODOLOGIA PROPOSTA:

A autora do projeto descreve com clareza a metodologia que será utilizada, conforme descrito a seguir:

“Trata-se de uma pesquisa-intervenção de abordagem qualitativa, que traz a possibilidade de viabilizar a construção de espaços de problematização coletiva das práticas e de produção de um novo pensar/fazer, tomando os participantes como sujeitos ativos e reflexivos no processo de trabalho para a consolidação, no caso desse estudo, da cogestão em saúde. Para tanto, a proposta é a utilização de grupo focal como técnica de coleta de dados. O grupo focal tem como objetivo obter dados por meio de discussões cuidadosamente planejadas, nas quais os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes, linguagens, hábitos, restrições e representações sociais sobre um determinado tema em comum, que faz parte de suas vidas. Por meio do grupo focal é possível ainda, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, bem como, a dinâmica da interação entre os participantes, observando controvérsias e resoluções de problemas (Westphal, Bógus, Faria, 1996). Assim, serão

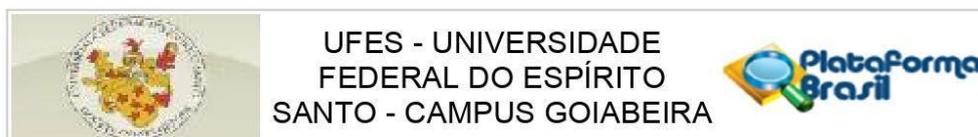
Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras CEP: 29.075-910
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.410.025

realizados ao todo 22 grupos focais com a participação de no máximo quinze integrantes. Vale destacar que os participantes dessa pesquisa serão os profissionais da GAS e também os trabalhadores dos serviços diretamente ligados a esta gerência. Na primeira etapa da pesquisa serão realizados grupos focais com os profissionais da GAS e grupos focais com servidores representantes dos serviços de saúde, separadamente, a fim de apreender a percepção desses atores sobre a relação entre a gestão e os serviços de saúde. A intenção é que participem do projeto os 45 profissionais que estão na GAS e 39 trabalhadores representes daqueles serviços mais diretamente ligados a essa gerência, totalizando 84 sujeitos. Em uma primeira etapa serão feitos três grupos focais com os profissionais da GAS para contemplar os 45 trabalhadores que compõem essa gerência. Em paralelo, acontecerão os três grupos focais com os servidores representantes dos serviços de saúde: 29 Unidades de Saúde, Centros de Referência (CAPS II, CAPS III, CAPS infanto-juvenil, CAPS álcool e drogas, CRAI, CR IST/AIDS, SASVV), Prontos Atendimentos (Praia do Suá e São Pedro) e Centro Municipal de Especialidades. Cada sessão de grupo focal será moderada por uma dupla de pesquisadores, treinados na técnica e terão como tópicos norteadores da discussão: relação entre gestão e serviços de saúde e caminhos e impasses na produção de integração para a cogestão. A duração da sessão do grupo focal será em média de noventa minutos. As sessões serão gravadas em arquivos digitais de áudio e posteriormente transcritas, seguindo o protocolo de consentimento livre e esclarecido por parte da população-alvo da pesquisa (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde) Em uma segundo momento serão feitos outros grupos focais com profissionais das GAS e com os trabalhadores dos serviços de saúde, ou seja, serão grupos mistos, com ambas representações. Fato que se difere da primeira etapa de grupos focais, em que os grupos eram compostos ou por profissionais da gestão ou por trabalhadores dos serviços. Nessa segundo momento os grupos focais terão como objetivo apreender os entendimentos dos envolvidos sobre assuntos indispensáveis para a consolidação de um trabalho integrado em saúde, são eles: 1-Produção de cuidado e subjetividade em saúde, 2-Educação Permanente, 3Cogestão e 4-Matriciamto. A partir de cada uma dessas temáticas objetiva-se explorar os entendimentos dos participantes sobre o assunto e suas vivências em relação a cada temática. A partir daí, a proposta é iniciar outra rodada de grupos focais, sendo quatro grupos focais para cada uma das temáticas elencadas acima, a fim de contemplar o máximo possível dos trabalhadores envolvidos nessa pesquisa. Após finalização dos quatro grupos focais de cada temática em especifica, será realizado um Seminário de formação sobre o assunto, para aprofundamento dos resultados, com os participantes desse estudo e um convidado externo a pesquisa."

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.410.025

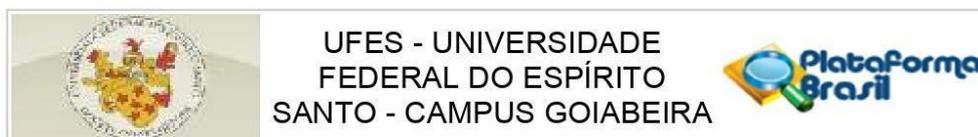
Metodologia de Análise de Dados: Primeira fase - Os dados provenientes desses grupos serão analisados a partir da técnica de análise de conteúdo de Bardin (1988), que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Essas análises servirão de base para continuidade dessa etapa da pesquisa, com a execução de outros grupos focais compostos com profissionais das GAS e dos serviços de saúde, com o objetivo de apreender os entendimentos dos envolvidos sobre assuntos indispensáveis para a consolidação de um trabalho integrado em saúde, são eles: 1-Produção de cuidado e subjetividade em saúde, 2-Educação Permanente, 3-Co-gestão e 4-Matriciamiento. Segunda Fase: A pesquisa seguirá com a análise qualitativa dos dados provenientes também desses grupos focais, mais especificamente com a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1988). De posse das transcrições dos grupos focais, será feito o cruzamento das respostas dadas pelos profissionais da GAS e pelos trabalhadores dos serviços em relação ao tema em estudo, a fim de captar os entendimentos trazidos pelos atores, que, cotidianamente, vão construindo as práticas em voga. Frente à literatura crítica a respeito do assunto, serão analisados os dados com vistas a apreender, também, com se dá o cotidiano da prática de integração da gestão com os serviços de saúde, com todas as suas possibilidades, dificuldades e avanços. Essas análises serão utilizadas como norteadoras para os Seminários Formativos conduzidos por especialista da área. Ao fim, os resultados dessa pesquisa serão disponibilizados ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bem como à Prefeitura Municipal de Vitória-ES, especialmente aos profissionais envolvidos nesta pesquisa. A proposta é que ao final da análise dos dados e apresentação dos resultados dessa pesquisa, se possa firmar parceria com essa Secretaria para a manutenção de encontros formativos com os profissionais e acompanhamento sistemático desse processo de integração da gestão com os serviços de saúde.

Na página 14 do projeto detalhado consta:

“As sessões serão gravadas em arquivos digitais de áudio e posteriormente transcritas, seguindo o protocolo de consentimento livre e esclarecido por parte da população-alvo da pesquisa (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde)”

Ainda, há o detalhamento das técnicas que serão utilizadas nas páginas 12 a 16 do projeto

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras CEP: 29.075-910
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.410.025

detalhado.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do projeto será conhecer o processo de trabalho da Gerência de Atenção em Saúde no que diz respeito a sua integração com os serviços de saúde ligados à Secretaria Municipal de Saúde de Vitória e intervir junto a esses profissionais de saúde nas dificuldades inerentes a essa prática.

“Tal objetivo surgiu de demanda da própria Gerência de Atenção em Saúde (GAS), da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, em traçar possibilidades, em parceria com a Universidade Federal do Espírito Santo, de maior integração dessa Gerência com os serviços de saúde, como, Unidades Básicas de Saúde, Centros de Referência, Prontos Atendimentos e Centro Municipal de Especialidades, tendo a Atenção Básica como ordenadora do cuidado, na perspectiva de Rede de Atenção a Saúde. Dentro dessa demanda, veio também, a solicitação de contribuição por parte da Universidade, de formação na perspectiva de gestão e acompanhamento desses profissionais da GAS para sustentação dessas práticas integradas com os serviços de saúde, em conformidade com a realidade do território, a partir da lógica matricial e de cogestão. Para tanto, destaca-se a necessidade de conhecer os processos de trabalho presentes nessa gerência, incluindo as percepções dos profissionais de saúde que compõem a GAS e dos trabalhadores dos serviços sobre as relações da gestão com os serviços dessa rede municipal.”

Assim, a hipótese do trabalho é que a pesquisa contribua para a efetivação da cogestão no sistema de saúde municipal de Vitória.

Os objetivos específicos do projeto são:

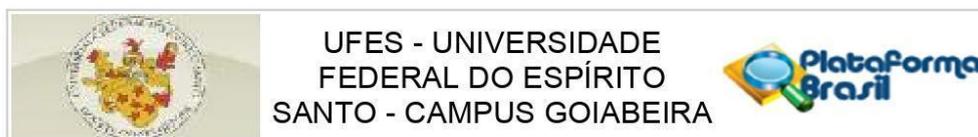
Conhecer as percepções dos profissionais da GAS sobre as relações da gestão com os serviços da rede de saúde;

Investigar as percepções dos profissionais da GAS sobre as relações dessa gerência com os serviços da rede de saúde, destacando possibilidade e limites;

Conhecer as percepções dos profissionais da GAS e dos serviços de saúde sobre algumas temáticas, como: 1-Produção de cuidado e subjetividade em saúde, 2Educação Permanente, 3-Cogestão e 4-Matriciamiento;

Investigar as percepções de profissionais de saúde dos serviços sobre a relação com a Gerência

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras CEP: 29.075-910
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.410.025

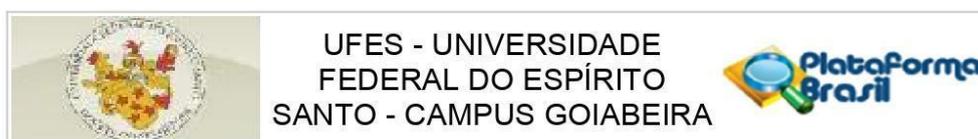
disso, será acordado com os participantes da pesquisa que as questões abordadas durante a entrevista terão o caráter sigiloso. Caso, ainda, o participante comprove ter sofrido danos devido a pesquisa, providenciaremos os devidos cuidados e meios necessários para resolver a situação/problema.”

Conforme consta no documento informações básicas, página 4, os possíveis BENEFÍCIOS são:

“A temática dessa pesquisa representa um desafio para toda a rede de saúde em âmbito regional e nacional, uma vez que investir na potencia das relações horizontais, muitas vezes, ameaça o poder daqueles que centralizam ações e saberes, ou ainda, expõe cada um que se dispõe ao trabalho conjunto em ter seus conhecimentos e práticas questionadas pelas diferentes visões de mundo ali presentes. Por outro lado, somente este fazer interativo possibilita a efetivação da integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, efetivamente produtores de saúde, já que se entende saúde como um amplo espectro de fatores ligados à vida, em que um único saber e prática jamais conseguirá assegurá-la. Nessa linha de discussão, aposta-se, a partir dessa pesquisa, gerar experiências e possibilidades de integração entre serviços e gestão, que adaptada a cada realidade desse estado, possa contribuir para a efetivação de um sistema público de saúde condizentes com seus princípios e diretrizes, na região metropolitana e fora dela. Máximo 500 palavras

O presente projeto de pesquisa está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGP-UFES), implantado no ano de 1992, o qual oferece os cursos de Doutorado e Mestrado em Psicologia e mantém um perfil de qualificação acadêmica atestado pela CAPES, tendo recebido conceito 5 na última avaliação. Tal programa tem como objetivos: a) formar docentes para o magistério superior, a fim de atender a demanda regional/nacional de expansão quantitativa e qualitativa deste grau de ensino; b) promover capacitação e aperfeiçoamento de pesquisadores na área de Psicologia; c) preparar pessoal especializado de alto nível para atuar em programas vinculados à administração pública e privada nas quais se desenvolvem atividades profissionais de psicologia e áreas afins, como a saúde. Com isto fica evidente o potencial de formação de recursos humanos do presente projeto de pesquisa. Nessa argumentação, vale destacar ainda que desde o início de seu funcionamento, o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES teve grande impacto regional. A cada novo processo seletivo o número de interessados aumenta, sendo a origem geográfica dos candidatos cada vez mais diversificada, contando, inclusive, com uma procura cada vez maior de candidatos de outros países da América Latina. No mais, a linha de pesquisa na qual se insere o presente projeto “Psicologia Social e

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 - Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.410.025

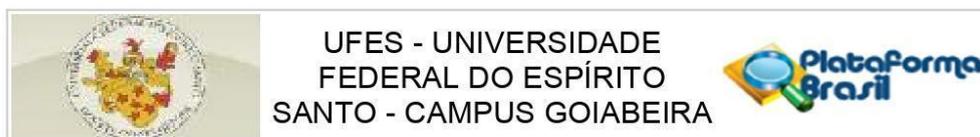
Saúde” abrange o estudo dos processos de saúde e adoecimento, nas suas articulações com o contexto sociocultural, a formação e a prática profissional na área da saúde e os processos de intervenção em saúde, o que reforça, mais uma vez, o potencial desta proposta de pesquisa na formação de recursos humanos para o Estado do Espírito Santo. Acrescenta-se também, que a equipe de pesquisadores é composta por professores de dois cursos de graduação da Universidade Federal do Espírito Santo, professora da Universidade Federal de São Paulo e de colaboradores/profissionais altamente capacitados da Secretaria de Saúde de Vitória, o que atende à vocação da Universidade de atuar nas frentes de ensino, pesquisa e extensão na perspectiva de formação profissional, bem como de integração teoria/prática como parte desse processo formativo. Diante disso, pretende-se contribuir para o aprimoramento de tecnologias de gestão, cuidado e formação em saúde, levadas para todo o estado como possibilidade de qualificação do sistema de saúde. Tal proposta de estudo tem potencial de contribuir para o fortalecimento da linha de pesquisa “Psicologia Social e Saúde” do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, ao propor estudo vinculado às práticas inovadoras em saúde, ligadas a psicologia e a saúde coletiva, articulando pesquisa e serviço, por uma busca de ampliação das possibilidades de estratégias de atuação voltadas à integralidade, ao trabalho em equipe, à interdisciplinaridade, enfim, ao fortalecimento do sistema único de saúde.”

Ainda no documento informações básicas (Desfecho primário), página 4, os possíveis BENEFÍCIOS são:

“Deste modo, são muitos os possíveis impactos trazidos por este projeto no que diz respeito à melhoria da atenção em saúde, pelo fortalecimento de parcerias efetivas entre serviços de saúde e gestão.”

Consta no TCLE: “Benefícios: O estudo irá contribuir para a geração de experiências e possibilidades de integração entre serviços e gestão, condizentes com preceitos do SUS, como, integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, efetivamente produtores de saúde, já que se entende saúde como um amplo espectro de fatores ligados à vida, em que um único saber e prática jamais conseguirá assegurá-la. Para além disso, aposta-se na possibilidade dessa pesquisa no que diz respeito às discussões no campo da produção científica, como o fornecimento de reflexões acerca da temática.

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.410.025

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa trata-se de pesquisa desenvolvida com profissionais da Gerência de Atenção em Saúde (GAS) da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória e servidores representantes dos serviços de saúde ligados à GAS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Com base na Resolução n. 466/2012 CNS, analisou-se:

- ** A Folha de Rosto: adequada. Consta o preenchimento correto, assinatura e carimbo.
- ** Projeto detalhado: o arquivo ProjetoDetalhado.pdf (postado em 12/09/2017) consta o projeto completo.
- ** Quanto ao cronograma de execução do estudo: adequado. No documento informações básicas (página 5) e no Projeto Detalhado (páginas 19 a 21), constam as etapas detalhadas da pesquisa e as referidas datas de execução.
- ** Em relação ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido: o mesmo foi escrito de maneira completa e compreensível aos sujeitos do estudo, com concisão e objetividade e com a descrição suficiente dos procedimentos.
- ** Quanto ao orçamento do estudo:

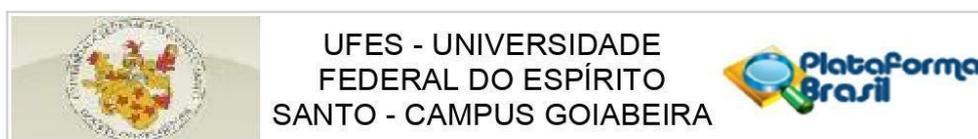
No comprovante de envio do projeto, página 1, no item "Patrocinador Principal" consta: Financiamento Próprio;

Além disso, no documento informações básicas (no item "Apoio Financeiro", página 2) consta "Financiamento Próprio".

No entanto, no documento informações básicas, página 5, consta um "Orçamento Financeiro" e observa-se ainda que o projeto detalhado é uma proposta "FORMULÁRIO FAPES DE SUBMISSÃO - EDITAL UNIVERSAL".

A autora do projeto encaminhou uma declaração em que consta: "Declaro, para os devidos fins, que o projeto intitulado "Cogestão como um modo de trabalho em saúde", sob a responsabilidade da professora Dra. Alexandra Iglesias, está concorrendo ao edital FAPES 03/2017, que terá resultado final publicado no dia 06 de dezembro de 2017. Assim, no momento da submissão do projeto ao CEP o financiamento do mesmo é próprio. Porém, poderá ter financiamento de agência de fomento. Deste modo, nos responsabilizamos por fazer uma emenda ao projeto, caso sejamos selecionados pela FAPES. Se a seleção para financiamento não ocorrer, o projeto se realizará com recursos próprios dos pesquisadores."

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 - Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.410.025

Recomendações:

Faz-se a sugestão que, caso o referido projeto de pesquisa receba apoio financeiro da FAPES, seja submetido como “Emenda” o referido apoio financeiro da FAPES, conforme a autora do projeto declarou: “Declaro, para os devidos fins, que o projeto intitulado “Cogestão como um modo de trabalho em saúde”, sob a responsabilidade da professora Dra. Alexandra Iglesias, está concorrendo ao edital FAPES 03/2017, que terá resultado final publicado no dia 06 de dezembro de 2017. Assim, no momento da submissão do projeto ao CEP o financiamento do mesmo é próprio. Porém, poderá ter financiamento de agência de fomento. Deste modo, nos responsabilizamos por fazer uma emenda ao projeto, caso sejamos selecionados pela FAPES. Se a seleção para financiamento não ocorrer, o projeto se realizará com recursos próprios dos pesquisadores.”

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por esse comitê, estando autorizado a ser iniciado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

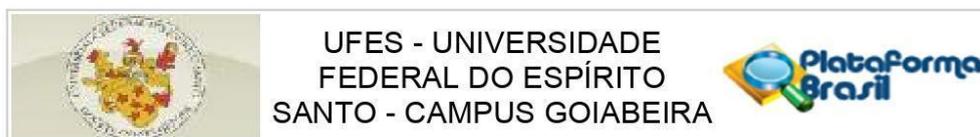
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_993258.pdf	10/11/2017 11:22:58		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLeposparecer.pdf	10/11/2017 11:22:37	BRUNA CERUTI QUINTANILHA	Aceito
Outros	DECLARACAO.pdf	10/11/2017 11:22:06	BRUNA CERUTI QUINTANILHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.pdf	12/09/2017 22:52:31	Alexandra Iglesias	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	12/09/2017 22:43:55	Alexandra Iglesias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.410.025

Não

VITORIA, 01 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Fabiana Pinheiro Ramos
(Coordenador)

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 - Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com