

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL
GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE:
O ESTUDO DE CASO DE UMA UNIDADE DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM PORTO ALEGRE, RS.

ALINE ARRUSSUL TORRES

Orientador: Prof. Dr. RONALDO BORDIN

Porto Alegre, 21 de Dezembro de 2011

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL

**GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE:
O ESTUDO DE CASO DE UMA UNIDADE DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM PORTO ALEGRE, RS.**

ALINE ARRUSSUL TORRES

Orientador: Prof.Dr. Ronaldo Bordin

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2011

CIP - Catalogação na Publicação

ARRUSSUL TORRES, ALINE

GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE: O ESTUDO DE CASO DE
UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PORTO
ALEGRE, RS. / ALINE ARRUSSUL TORRES. -- 2011.
84 f.

Orientadora: RONALDO BORDIN.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-
RS, 2011.

1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. 2. GESTÃO COLEGIADA.
3. EQUIPE DE SAÚDE. I. BORDIN, RONALDO , orient. II.
Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Maria Ceci Araujo Misoczky, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein, professor colaborador do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MENSAGEM

“Não basta ensinar ao homem uma especialidade, porque se tornará uma máquina utilizável e não uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, um senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correto.”

(Albert Einstein)

AGRADECIMENTOS

Aos meus colegas de trabalho que além de inspiração deram conta de minhas ausências.

A meus colegas e professores do Mestrado por fazerem parte (e muito) do meu aprendizado e crescimento.

Ao meu orientador, Ronaldo Bordin, e à colega Bárbara Raupp, que com sabedoria me incentivaram a seguir neste caminho.

Ao Ministério da Saúde que financiou o mestrado profissional, ao grupo Hospitalar Conceição e UFRGS, em especial ao PPG da epidemiologia, que apostaram e investiram na ideia e parceria.

À minha família, que acompanhou todo o processo com paciência e carinho.

SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas.....	7
Resumo.....	8
Abstract.....	9
1. APRESENTAÇÃO.....	10
2. INTRODUÇÃO.....	11
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	15
3.1 Teorias Administrativas e suas influências na saúde	16
3.2 Gestão Colegiada/ Compartilhada/Co-gestão.....	20
4. OBJETIVOS.....	24
5. REFERÊNCIAS.....	25
6. ARTIGO.....	28
7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.	49
8. ANEXOS.....	51
A. Projeto de Pesquisa.....	52
B. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa.....	79
C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	80
D. Questões Orientadoras do Projeto de Pesquisa.....	81
E. Distribuição dos sujeitos em cada grupo do estudo.....	82
F. Sistematização da Gestão Compartilhada na USJI.....	83

ABREVIATURAS E SIGLAS

AS	Assistente de Coordenação
AMBAJAÍ	Associação de Moradores do Bairro Jardim Itu
CG	Colegiado de Gestão
CLS	Conselho Local de Saúde
GC	Gestão Colegiada
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PRMFC	Programa de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade
RIS	Residência Integrada em Saúde da Família e Comunidade
RS	Rio Grande do Sul
SSC	Serviço de Saúde Comunitária
SUS	Sistema Único de Saúde
USJI	Unidade de Saúde Jardim Itu

RESUMO

A Gestão Compartilhada utilizada em alguns serviços de saúde é um modelo de gestão alternativo ao modelo hegemônico vigente, centrado na figura de um “chefe” que detém o conhecimento e o poder de decisão da condução do processo de trabalho. Este estudo objetiva descrever a experiência de Gestão Compartilhada desenvolvida na Unidade de Saúde Jardim Itu (USJI), Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, além de descrever a percepção dos profissionais da equipe e das lideranças comunitárias (conselheiros locais de saúde) sobre esta experiência. Os dados foram coletados através de três Grupos Focais, formado por trabalhadores com nível de escolaridade superior no cargo que ocupam, por trabalhadores com nível de escolaridade médio no cargo e por conselheiros locais de saúde, respectivamente. Os dados coletados nos grupos focais seguiram o princípio de saturação - categorias de análise foram estabelecidas *a priori* e outras que emergiram a partir da coleta de dados. Observou-se no estudo que os sujeitos apresentam diferenças substantivas entre suas percepções. Os sujeitos-trabalhadores referem em sua maioria muitos avanços, com processos de trabalho tornados mais produtivos e satisfatórios. Já os sujeitos-usuários, representados pelos conselheiros locais de saúde, sentem o peso do “desconhecimento” do processo, sentindo-se a parte de várias decisões. Na Gestão Compartilhada, é necessário qualificar os espaços de tomada de decisão, valorizando a autonomia dos sujeitos, desde a idealização até a concretização do fazer em saúde, requerendo o envolvimento contínuo de todos com este ideal. No referido estudo observou-se que a Gestão Colegiada não atinge em sua totalidade os objetivos a que se propõe. Investimentos nos trabalhadores, gestor e usuários, que visem à reflexão e incorporação de tecnologias sobre o modelo pretendido ainda são caminhos a serem percorridos.

Palavras-Chave: Administração e Planejamento em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Serviços de Saúde; Política de Saúde.

ABSTRACT

Shared Health Management practiced in some health services is a management tool used as an alternative to the hegemonic valid model, which has a chief figure that has all the knowledge and decision power for conducting work processes. This paper describes the shared management experience developed at Itu Health Center, a part of the Community Health Services of Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS. It also describes the team members and the community leaders (local health counselors) perceptions about this experience; identifies the existence of processes that takes into account sharing responsibilities in tasks; organize the decision making process and its implication on daily work and describes professional interaction on work processes, satisfaction level and new senses acquired. Data was obtained through 3 focal groups; the first comprised by health workers which have higher schooling in the job they carry; the second group comprised by health workers which have medium schooling in the job they carry; and the last comprised by local health workers. The analysis of data collected on focal groups followed the principle of saturation sampling. Categories for analysis were established a priori and also others that emerged from the data collected. It was observed that the subjects have significant differences in their perceptions however; the health workers in its majority perceive a huge progress that qualified the work, turning it in a more productive and satisfactory process. Yet the user subjects, represented by the local health counselors sense the weight of “unawareness” feeling apart of many decisions. In this study it was observed that sharing management as a whole does not reach the goals that are proposed. Investments in workers, managers and user, aimed at reflection and incorporation of technology on the desired model are still paths to be followed.

Key words: Health Organization and Administration; Health Management; Primary Health Care; Health Services; Health Policy.

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada *Gestão Compartilhada em Saúde: O Estudo de Caso de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre, RS*, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 21 de Novembro de 2011. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, estão apresentados nos anexos.

2. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta diretrizes de organização e funcionamento que têm sido objeto de estudo desde sua criação, em 1988. Alicerçado em torno de seus pressupostos constitucionais (universalidade, equidade e integralidade), as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único organizado de acordo com as diretrizes de descentralização e controle social.

Desde a sua concepção, muitos foram os desafios para a real implantação do SUS como política de Estado. Os avanços percebidos na descentralização e municipalização de ações e serviços, do aumento de cobertura e qualificação da atenção à saúde da população, o conceito de vigilância em saúde, além da efetivação do controle social via Conselhos de Saúde, se configuraram como avanços nesta direção. Entretanto, muitos são ainda os obstáculos nesta trajetória, especialmente no que se refere ao modelo de atenção e gestão.

Campos (2008) aponta alguns destes obstáculos, quais sejam: (a) a dificuldade em incorporar o SUS como política de Estado, ao se defrontar com uma rede pública reduzida para atender populações carentes com programas focais; (b) a crise nas organizações públicas, pela baixa eficácia e eficiência; (c) a reforma do SUS - os fundos financeiros, conselhos e colegiados, critérios de custeio, entre outros, não foram suficientes para construir uma governança para o sistema; (d) o SUS ainda não consegue funcionar em rede com base populacional e territorial; (e) os hospitais e os centros de especialidades não foram efetivamente incorporados ao sistema; e, (f) a Estratégia Saúde da Família é uma “falsa prioridade”, revelada pelo seu financiamento insuficiente e descuido com a política de pessoal.

Assim, a rede de serviços de atenção básica é compreendida como uma estratégia para a indução das mudanças organizativas, gerenciais e dos modos de produzir saúde que se fazem necessária. Gerenciar serviços de saúde constitui uma tarefa complexa e dinâmica, esta atuação deve ser pensada como um dos pressupostos fundamentais da organização. O desenvolvimento de tecnologias, nesta área, precisa ser estudado e pesquisado para a adoção de um método gerencial que

corresponda às necessidades e à missão institucional, seja no setor público ou privado.

Neste contexto, a gestão do sistema e dos serviços de saúde em sua globalidade tem se constituído em um desafio importante para a consolidação do SUS. Discussões acerca de métodos gerenciais inovadores para unidades de saúde e para a gestão do sistema têm produzido dilemas nos campos teóricos e práticos. Um exemplo desta discussão encontra-se na viabilização de projetos como a gestão compartilhada, que visa melhorar a capacidade e autonomia de usuários e trabalhadores e a co-responsabilização desses sujeitos sociais, no contexto peculiar de cada unidade de atenção primária.

A Unidade de Saúde Jardim Itu (USJI) é uma das 12 unidades de saúde que compõe o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Este serviço, orientado nos valores, princípios e atributos da APS/SUS, atua em territórios (área de abrangência) com uma população total de cerca de 108.000 moradores das zonas leste e norte do município. Possui três finalidades principais: atenção à saúde, formação de profissionais e produção de conhecimento/tecnologias em atenção primária à saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (APS/SUS).

A gestão do SSC se dá através da constituição de um Colegiado de Gestão integrado por: Gerente do SSC (cargo indicado); Coordenador Geral do SSC (cargo eleito); Assistentes de Coordenação das 12 unidades de saúde do SSC (cargos eleitos); Coordenadores de dois Programas de Residência (cargos eleitos); representantes dos setores de Apoio Técnico e Administrativo e do setor de Ensino, Formação e Pesquisa.

A USJI é responsável por uma área de atuação correspondente a uma população de 10.832 habitantes (IBGE, 2000). Esta unidade conta com uma equipe multiprofissional, composta por 32 funcionários contratados, além das vagas de 4 médicos residentes do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e 6 vagas de residentes da Residência Integrada em Saúde com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade (RIS), estagiários curriculares (enfermagem, medicina, odontologia e psicologia) e extra-curriculares.

A trajetória de atuação no Bairro Jardim Itu coexiste com a participação popular em todos os momentos de sua história, desde a implantação da USJI, com o Conselho Local de Saúde (CLS), atuante e composto de forma paritária, ou seja, por 8 membros representando a comunidade e 8 membros a equipe de saúde, incluindo o gestor local.

O gerenciamento da USJI começou a apresentar dificuldades na medida em que o processo de trabalho apresentava uma “complexificação” aparente e a consequente sobrecarga de tarefas gerenciais centralizadas na tradicional figura do “chefe” da unidade. Isso levou a não permanência do mesmo no cargo durante o período integral de gestão, a dificuldades no trabalho em equipe, no planejamento local e na tomada de decisões. Tais dificuldades colocaram à equipe a necessidade do enfrentamento destes problemas. A reorganização do processo de trabalho e aspectos gerenciais deu-se em um cenário de discussões sobre o tema na equipe, encaminhamentos e reorganizações.

A figura de um coordenador (ou chefia), eleito pela equipe de saúde para representar e conduzir o conjunto de profissionais junto à organização e demais fóruns começou a gerar uma série de conflitos internos e insatisfações pessoais e coletivas. O trabalhador que preenche os requisitos para ser eleito por sua equipe (estar no mínimo há dois anos na equipe, ter formação superior, mesmo que não no cargo), ao se candidatar, recebe votos de todos os trabalhadores e residentes de segundo ano. Em sendo eleito, deve cumprir um mandato de 12 meses, podendo ser reconduzido por igual período. Desta forma, o trabalhador eleito passa a assumir as responsabilidades de Assistente de Coordenação (nome dado ao cargo), sendo que sua carga horária contratual de trabalho passa a ser dividida entre atribuições assistenciais e de ensino, e gerenciais (50% cada).

Tal fato demandou a necessidade de estudos e aprofundamentos teóricos de outras modalidades de gerenciamento que pudessem responder à problemática instalada neste serviço.

Após algumas discussões sobre o tema, os trabalhadores da USJI optaram por pensar no gerenciamento da unidade como um processo descentralizado e compartilhado. Para isso, constituíram-se quatro grupos de trabalho (GT) temáticos: GT Ensino e Pesquisa; Participação Popular e Eventos; Administrativo e Vigilância

em Saúde. Após um período de trabalho, observou-se a necessidade de um quinto GT, denominado Acesso e Humanização, compondo este o formato atual do Colegiado de Gestão Local.

Uma prerrogativa fundamental do modelo instituído é a adesão de todos os membros da equipe, estudantes, funcionários temporários ou definitivos em um dos GTs temáticos. Inicialmente as tarefas foram: eleger um coordenador, definir objetivos, metas, indicadores de acompanhamento e avaliação, além de estruturar mecanismos de comunicação entre os GTs.

O estudo do modelo de gestão adotado em serviços de APS constitui um cenário de investigação e de problematização ainda pouco explorado. A possibilidade prevista neste estudo consiste em identificar situações com potencial de democratização e compartilhamento da gestão e também as dificuldades encontradas, conflitos e resistências na implantação de experiências dessa natureza.

3. REVISÃO DE LITERATURA

O termo gestão pode ser definido como a condução de processos de trabalho para que estes realizem suas finalidades e atinjam objetivos determinados. A gestão pode ser caracterizada por quatro funções principais: avaliação, planejamento, administração de recursos e coordenação do processo de trabalho (RAUPP, 2006). Nesse sentido, gestão e gerência apresentam uma conotação política, estratégica e comunicativa, pois envolvem a construção de visões de futuro compartilhadas, o gerenciamento de conflitos e a introdução de inovações organizacionais - com flexibilidade necessária à adaptação permanente dos serviços de saúde a contextos cambiantes e à constituição de trabalhadores, gerentes e população usuária.

Conforme Matos (2006), a organização das instituições que seguem estruturas estabelecidas por organogramas clássicos e estruturas hierarquizadas verticalmente, com fragmentação das responsabilidades, formalização das relações, pautadas na lógica de autoridade legal, tende a produzir certo grau de “alienação” profissional e desresponsabilização dos sujeitos.

Desta forma, outras possibilidades alternativas de gestão de serviços de saúde devem ser pensadas, estudadas e experimentadas, objetivando melhorar a eficácia dos serviços e promover a autonomia e a co-responsabilização dos trabalhadores, fortalecendo os sujeitos e constituindo uma democracia institucional.

Não somente como um meio para impulsionar mudanças sociais, mas também visando a construção de espaços coletivos, deliberativos e participantes do processo de planejamento, tomada de decisão, coordenação do processo de trabalho e avaliação. Uma nova forma de gestão pública que se caracterize pela flexibilidade e co-responsabilidade, envolvendo a ideia de novas possibilidades nas “tomadas de decisão” de forma descentralizada, proporcionando a todos os sujeitos uma maior autonomia de ação, a fim de ampliar os espaços de criatividade e ousadia na busca de soluções.

À medida que a responsabilidade gerencial é descentralizada e os processos de trabalho são organizados com base nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), os grupos são valorizados e a capacidade de gerenciar os coletivos tende a se

fortalecer. Este fato constitui uma gestão inovadora que deve potencializar a saúde e desenvolver o trabalho.

A descentralização gera necessidade de pactuação, envolvendo uma dimensão política e questões complexas do processo de trabalho são discutidas sob um caráter de totalidade entre os diferentes sujeitos. Dessa forma, estratégias que variem segundo o cenário político e institucional são adotadas.

Na área da administração, ao longo da história destacam-se correntes que contribuem com o pensar e o fazer em saúde e sua gestão. As teorias administrativas que mais influenciaram os processos gerenciais no campo da saúde ainda são visíveis em várias concepções de organização de serviços e demonstram suas limitações em alguns aspectos.

3.1 Teorias Administrativas e suas influências na saúde:

A gestão dos serviços de saúde tem sido enfatizada como um importante instrumento para se operacionalizar a construção de modelos de atenção em saúde que atendam as necessidades próprias do setor, ou seja, produzir saúde com eficiência e qualidade (Paiva *et al*, 2010). Observa-se ainda fortemente a influência de diferentes correntes administrativas na estrutura organizacional dos serviços de saúde, públicos e privados. A seguir apresentaremos algumas das principais da administração.

A Teoria da Administração Científica, desenvolvida por Taylor (1856-1915) preconizava a prática da divisão do trabalho, enfatizando tempos e métodos a fim de assegurar seus objetivos "de máxima produção a mínimo custo", assumindo os princípios da seleção científica do trabalhador, do tempo padrão, do trabalho em conjunto, da supervisão e da ênfase na eficiência (TAYLOR, 1990).

O trabalho pode ser comparado com uma máquina, que segue um projeto pré-definido; o salário é importante, mas não é fundamental para a satisfação dos funcionários; existe divisão de tarefas que são executadas de maneira repetitiva e monótona. A administração científica faz uso da exploração dos funcionários favorecendo os interesses particulares das empresas. Tais pressupostos levaram ao

afastamento do trabalhador do produto final, acarretando na alienação e sofrimento dos mesmos.

A Teoria Clássica de Fayol (1841-1925) substituiu a abordagem analítica e concreta de Taylor por uma perspectiva global e universal, incorporando algumas funções à figura do administrador, como: prever, organizar, comandar, coordenar e controlar, mais tarde acrescidos de planejar, formando a sigla PPOCCC. Fayol menciona a flexibilidade administrativa, organizada a partir de experiências e conhecimentos tácitos, em detrimento de saberes teóricos e posturas rígidas no planejamento e execução do trabalho. Descreve em sua teoria quatorze princípios para o bom funcionamento da organização, como disciplina, organização, centralização, unidade de comando, entre outros. Princípios estes ainda amplamente utilizados em empresas (FAYOL, 1989).

Neste sentido, o gestor que assume a coordenação de unidades de atenção à saúde enfrenta dum duplo desafio. Inicialmente, não existe a exigência de uma formação em gestão, na maioria das vezes este cargo é ocupado por um trabalhador indicado, recebendo uma função gratificada, sem necessariamente possuir habilidades e o reconhecimento de sua equipe. E segundo, por ser algumas vezes um colega da equipe, não se sente apto a exercer cobranças e acompanhar resultados de seus colegas, pois sabe que ocupa um cargo provisório, temporário. Desta forma, no setor público, as habilidades necessárias ao gestor para atender as exigências de uma estrutura complexa de assistência, como serviços de Atenção Primária à Saúde é negligenciada, o que acarreta em baixa produtividade e resolubilidade da assistência prestada.

Ainda, o trabalho executado em diferentes medidas, acarreta no afastamento dos profissionais das etapas do processo do fazer em saúde. Do planejamento à avaliação, os trabalhadores encarregam-se da execução das ações, não participando do planejamento e conformação de metas e avaliação do que é feito, favorecendo a centralidade do pensar ao gestor e órgãos centrais.

Seguindo nas correntes administrativas que influenciam o setor saúde, utilizando os mesmos princípios do Taylorismo, Henry Ford (1913) apresenta um sistema que objetivava a redução ao máximo dos custos de produção e assim baratear o produto, podendo vender para o maior número possível de consumidores. Neste

caso cada funcionário executava uma pequena etapa do processo de produção de automóveis. Logo, os funcionários não precisavam sair do seu local de trabalho, resultando numa maior velocidade de produção. Também não era necessária a utilização de mão-de-obra muito capacitada, pois cada trabalhador executava apenas uma pequena tarefa dentro de sua etapa de produção.

Para os empresários a automação dos processos foi visto como uma forma de aumentar os lucros, para os trabalhadores o processo era desgastante, repetitivo, além da falta de visão geral sobre todas as etapas de produção e a baixa qualificação do profissional. O sistema também se baseava no pagamento de baixos salários como forma de reduzir custos de produção.

Ainda que outras teorias tenham se seguido à administração científica e à teoria clássica de Fayol, os serviços de saúde ainda hoje são organizados sob a lógica do taylorismo, em níveis variados – da definição dos tempos e movimentos em uma sala cirúrgica à estrutura da agenda de atendimentos em uma unidade de saúde, seguindo-se a lógica tradicional de gerência, centrado na figura de um “chefe”, que deve responder às necessidades de planejar as ações e processos de trabalho, bem como decidir a forma de condução dos serviços ofertados à população (MATOS, 2006). A democracia é percebida em parte nos Conselhos de Saúde e nas Oficinas de Planejamento, locais onde a prática participativa é prevista e necessária.

O que se pode perceber é o uso de várias tendências, misturadas entre si, observando-se a inconsistência de uma teoria administrativa que dê conta das necessidades dos serviços que as utilizam.

A necessidade de pensar a administração de diferentes setores, principalmente no campo da produção de saúde, mais flexíveis, e que contemplem as variáveis institucionais vigentes além das missões dos serviços, demanda formas de gestão que superem os modelos taylorista/fordista de organização do trabalho. A discussão acerca de modelos que contemplem as necessidades objetivas e subjetivas dos trabalhadores e que sejam participativos em todo o processo, incluindo este segmento em todo o ciclo, desde o planejamento até a avaliação do trabalho executado, vem sendo pensadas efetivamente (ZANINI *et al*, 2004).

Seguindo neste sentido, o estudo das tecnologias em saúde que são usadas nas práticas dos serviços de Atenção Primária à Saúde, requer a análise destas quando

implementadas, além do acompanhamento da efetividade de manutenção das mesmas. Tecnologias em saúde compreendem desde a dimensão técnica mais geral do trabalho até a mais particular de um processo de trabalho ou produção de bens e serviços (MERHY, 2007).

Através de uma gestão participativa é possível promover melhorias como a democratização do planejamento e da tomada de decisões, sob a perspectiva e visão dos sujeitos diretamente envolvidos, o que possibilitará uma produção de saúde que responda às necessidades da população e dos trabalhadores.

Concordando com Campos (2007), entende-se que sejam necessários novos valores e uma nova ética para organizar uma vida material e subjetiva que estimule a lógica da co-gestão, e não a da dominação, através da construção da capacidade de implantar compromissos coletivos, pois neste formato, não se governa sozinho.

Seguindo neste sentido, vários autores têm se debruçado a investigar aspectos da cultura das organizações (cultura organizacional). Para Macêdo e Pires (2006), as organizações dependem das pessoas para atingir seus objetivos, e é por meio da interação das pessoas que se definem os propósitos das organizações, daí a importância destes estudos.

No setor público, contexto das unidades de Atenção Primária à Saúde, o estudo da cultura segue as características de organizações públicas. Para Carbone (2000) estas características seriam dificultadores de mudanças e avanços, sejam elas: o burocratismo (com o excessivo controle de procedimentos), o autoritarismo/centralização, paternalismo (alto controle da movimentação de pessoal e da distribuição de empregos, cargos e comissões), o “levar vantagem” - através da falta de punição àqueles que obtêm vantagens em negócios com o Estado -, e o reformismo, descrito como a desconsideração dos avanços conquistados e descontinuidade administrativa, acrescida da descontinuidade da gestão, ainda empregada através de cargos comissionados.

Estas características, entre outras, podem ser empecilhos para a implantação de mudanças efetivas que visem a eficiência do serviço prestado à população e ao desenvolvimento de seus trabalhadores enquanto cidadãos.

3.2 Gestão Colegiada/ Compartilhada/ Co-gestão:

Pensar na gestão de serviços de atenção primária através da adoção de uma metodologia mais participativa e capaz de combinar coeficientes de democracia direta com a preservação de certo grau de unidade, vislumbrar os objetivos primários da organização (combinando interesses dos usuários aos dos trabalhadores) nos remete a uma reflexão necessária. Trabalhar com a produção de ações e serviços que respondam às necessidades de saúde da população, no âmbito da APS, abordando questões terapêuticas, crescimento pessoal e desenvolvimento profissional dos trabalhadores constituem-se uma possibilidade de mudança de paradigma. Como consequência, aponta-se a produção de saúde com educação e aprendizagem permanente na situação de trabalho, o que proporcionaria crescimento e desenvolvimento dos sujeitos (CAMPOS, 2007).

Co-gerir instituições ou serviços de atenção primária deve garantir além do cumprimento do objetivo primário de cada organização, ou seja, produzir saúde, com orientação no paradigma da APS/SUS, o desenvolvimento de seus trabalhadores, como cidadãos, assumindo assim um caráter pedagógico (CAMPOS, 2007). Garantido através, principalmente do estímulo dos trabalhadores a ampliar a sua capacidade de reflexão sobre suas práticas, sua participação no processo de gestão e na reorganização do processo de trabalho global, com possibilidade de maior realização profissional e pessoal.

Matos e Pires (2006) consideram que a escolha de um método que represente as questões necessárias para o adequado gerenciamento de um serviço de saúde, participativo, em todas as parcelas envolvidas, comunicativo, através de fluxos claros e de negociação de compromissos devem ser estabelecidos.

Os modelos de gestão alternativos aos vigentes buscam favorecer a autonomia, co-responsabilidade e sentimento de gratificação no trabalho, ao contrário do modelo hegemônico de gestão, baseado na disciplina e controle dos processos de trabalho. Entretanto, este processo pode levar ao sofrimento e ao distanciamento dos mesmos de seu produto final, no caso, os serviços de saúde prestados (CAMPOS, 2007).

Sendo assim, gestão colegiada pode ser definida como um “Formato Coletivo” de processo gerencial que conduza a uma organização (de saúde) que administre competências organizacionais e humanas, equipes, redes sociais, aprendizagem, mudança e inovação (RAUPP, 2006). Ainda apresenta uma proposta possível para redefinir papéis e condução do processo de trabalho em unidades de Atenção Primária em Saúde. Ou seja, Gestão Colegiada como o processo de gerenciar que garanta os seguintes pressupostos: co-responsabilização das atribuições gerenciais; divisão das tarefas, incluindo aqui as tarefas gerenciais; e favorecimento da autonomia entre gestores, trabalhadores e usuários.

Os delineamentos gerais do modelo de gestão colegiada ou participativa são: o “desmonte” do organograma verticalizado, com a quebra das linhas de mando hierárquicas, a ênfase no trabalho das equipes, a profissionalização dos gerentes, a ênfase na “comunicação lateral” e na satisfação dos clientes internos e externos, sempre buscando a melhor utilização possível dos recursos alocados no serviço de saúde. Esta proposta valoriza o potencial dos trabalhadores, permitindo a eles a ampla participação no processo decisório (RAUPP, 2006; CAMPOS, 2007).

Analisar a condução de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) implica a discussão das concepções sobre modelos tecnoassistenciais, visões de mundo e suas implicações nas relações estabelecidas, no cotidiano do trabalho em equipe e com a população a que se destinam as ações produzidas em determinado território.

Os espaços de disputa entre as diferentes concepções são os microespaços do cotidiano dos serviços de saúde, e é nestes que se constituem as relações entre trabalhadores, e destes com a comunidade, resultando no cuidado em saúde realizado (MERHY, 2007).

Desta forma, qualificar tais relações de forma significativa e produtiva significa alterações no terreno das tecnologias não-equipamentos, o território das tecnologias leves e leve-duras, que se expressam nos processos relacionais dos atos em saúde e nas práticas que governam os atos produtivos, nos processos de trabalho, e na sua capacidade de gerar novas modalidades de produção do cuidado, bem como de governá-las (MERHY, 2007).

Os processos de trabalho em serviços de APS constituem uma gama de relações que interferem diretamente no trabalho produzido. É um todo complexo,

constituído por múltiplos subprocessos (também de natureza complexa) que agem, interagem e retroagem entre si e que devem ter um projeto comum, assumindo a dimensão de finalidade, ou seja, produzir ações e serviços de saúde que respondam às necessidades de saúde da população adscrita; e a de interação, relacionada ao fato de que para que esta finalidade seja atingida é necessária uma interação qualificada entre os sujeitos envolvidos (comunidade, trabalhadores e gestor local) (RAUPP, 2006).

Cecílio (1993) aponta alguns dispositivos que podem influenciar uma mudança necessária nas organizações de saúde, com intuito de qualificar os espaços aumentando a eficiência do serviço prestado a população. Destacando-se a “aposta” em espaços colegiados de gestão; criação de unidades de produção; adoção de organogramas horizontalizados, com fim das direções verticais por corporações; uso de indicadores e metas por unidade; uso de protocolos assistenciais (visando melhorias na qualidade da assistência prestada); uso de “contratos de gestão”, entre unidades de produção e direção, incorporando na prática o uso de indicadores de avaliação; gerentes de unidades de produção, autônomos nas suas ações.

Experiências como a gestão estratégica do Laboratório de Planejamento (LAPA) da Faculdade de Medicina de Campinas se destacam neste contexto. Defende um modelo de gestão colegiada e democrática, com as seguintes premissas: forte autonomia, colegiados de gestão, comunicação lateral e ênfase na avaliação para aumentar a responsabilidade. Propõe a utilização de uma “caixa de ferramentas”, que inclui o pensamento estratégico de Testa, o planejamento estratégico- situacional (PES) de Matus, elementos da qualidade total, da análise institucional, entre outros. Esta corrente critica o modelo piramidal da proposta de hierarquização de serviços em prol do modelo do círculo, que enfatiza a coordenação horizontal entre todos os níveis da rede e a centralidade da rede básica de atendimento (RIVERA, 2010).

Ainda, buscou no campo da Saúde Mental, os conceitos de acolhimento e vínculo, clínica ampliada trazendo um olhar voltado para a subjetividade dos usuários e outro para seu contexto social e de Mehry sobre o processo de trabalho médico, que utiliza tecnologias leves, leve-duras e duras, destacando-se a importância do componente relacional da tecnologia leve (RIVERA, 2010).

Seguindo nesta lógica, pensar na direção dos serviços de saúde sob a perspectiva de colegiados, espaços de gestão organizados e descentralizados, renegociar o papel de cada sujeito, não mais expectante de uma decisão, mas participante ativamente em todas as etapas do trabalho realizado constitui alguns dos princípios da “Gestão Compartilhada em Saúde”:

“(…) por que não pensar o mundo do trabalho, ou as organizações em geral, também como espaços para construção de novas subjetividades, nas quais, por meio da participação no governo, na gestão e na invenção de novas lógicas e estruturas organizacionais, os grupos fossem adquirindo maior capacidade de análise da realidade e de si mesmos, bem como maior capacidade de intervenção nessa própria realidade (CAMPOS, 2007, p 145)”.

4. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Descrever a experiência de Gestão Compartilhada que vem sendo desenvolvida na Unidade de Saúde Jardim Itu (USJI), Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS.

Objetivos Específicos

- Descrever a percepção dos profissionais da equipe e das lideranças comunitárias (conselheiros locais de saúde) sobre a experiência de gestão colegiada;
- Identificar a existência de processos de compartilhamento das responsabilidades na condução do trabalho realizado;
- Sistematizar as formas de tomada de decisão existentes e suas implicações no cotidiano de trabalho;
- Descrever a interação dos profissionais da equipe no processo de trabalho, nível de satisfação e produção de novos sentidos.

REFERÊNCIAS

- Bernardes, Andrea et al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. *Ciências e Saúde Coletiva* 2007; 12(4): 861-870.
- Campos, CE. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva* 2003; 8(2): 569-584.
- Campos, Gastão Wagner de Sousa. Desafios políticos e organizacionais do SUS: vinte anos de política pública. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(10): 2200-2200.
- Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública* 1998; 14(4): 863-270.
- Campos, GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(2): 508-516.
- Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública* 1997; 13(3): 469-478.
- Faria HP, Santos MA, Aguiar RAT. Gestão Colegiada: conceitos e pressupostos para o alcance da alta responsabilidade organizacional. *Saúde Digital* 2003, Edição 22.
- Fayol, H. *Administração Industrial e Geral*. São Paulo: Atlas, 1989.
- Lins AM, Cecílio LCO. Campos de intervenções organizacionais: a contribuição das ciências humanas para uma leitura crítica das propostas de gestão das organizações de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2007; 11(23): 503-514.
- Matos E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto contexto- enferm* 2006; 15(3): 508-514.
- Mendes EV. *A Atenção Primária à Saúde no SUS*. Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
- Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- Minayo MC. *Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 11ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

Minayo MCS, Deslandes SF. *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

Paiva, SMA, Silveira, CA, Gomes, ELR, Tessuto, MC, Sartori, NR. Teorias Administrativas na Saúde. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun; 18(2):311-6.

Pires, José Calixto de SP, Macêdo, Katia Barbosa. Cultura Organizacional em organizações públicas no Brasil. *RAP*. Rio de Janeiro 40 (1):81-105. Jan./Fev. 2006

Pinheiro MC, Westphal MF, Akerman M. Eqüidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(2): 449-458.

Raupp B. *Estudo da Cultura Organizacional como estratégia na sistematização de uma metodologia gerencial com enfoque na aprendizagem em situação de trabalho*. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.

Raupp B (org.) *Planejamento e gerência de Unidades Atenção Primária/Básica do SUS. Referências conceituais, metodológicas e operacionais*; 2008. Mimeo (material didático).

Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciência e saúde coletiva* 1999; 4(2): 355-365.

Schraiber LB *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência e saúde coletiva* 1999; 4(2): 825-829.

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde; 2002.

Taylor, FW. *Princípios da Administração Científica*. São Paulo: Atlas, 1990.

Tavares MRG. A Prática da Atenção Primária à Saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giuliani ERJ. *Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. p. 101-105.

Uribe, Francisco Javier. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da organização que aprende. *Ciências e saúde coletiva* 2001; 6(1): 209-219.

Veiga L, Gondim SMG. A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. *Opinião Pública* 2001; 2(1): 1-15.

Zanini, *et al.* As transformações do serviço público e a saúde dos trabalhadores da seguridade social de Porto Alegre. In: Merlo ARC. (Org.) *Saúde e Trabalho no Rio*

Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2004. p. 361-368.

ARTIGO

GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE: O ESTUDO DE CASO DE UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PORTO ALEGRE, RS

[SHARED HEALTH MANAGEMENT: A PRIMARY HEALTH CARE SERVICE CASE STUDY IN PORTO ALEGRE, BRAZIL]

Aline Arrussul Torres¹
Bárbara Raupp²
Ronaldo Bordin³

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

A ser enviado a Revista Ciência & Saúde Coletiva

1. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
2. Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Odontóloga do Hospital Nossa Senhora da Conceição.
3. Professor Associado do Departamento de Medicina Social e do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

RESUMO

A Gestão Compartilhada utilizada em alguns serviços de saúde é um modelo alternativo ao hegemônico, centrado na figura de um “chefe” que detém o conhecimento e o poder de decisão da condução do processo de trabalho. Este estudo visa descrever a experiência de Gestão Compartilhada da Unidade de Saúde Jardim Itu, Porto Alegre/RS, através da percepção dos profissionais da equipe e das lideranças comunitárias sobre a experiência de gestão colegiada; existência de processos de compartilhamento das responsabilidades; formas de tomada de decisão e suas implicações, além da interação entre os profissionais, nível de satisfação e produção de novos sentidos. Os dados foram coletados através de três grupos focais, e estes seguiram o princípio de saturação, categorias de análise foram estabelecidas a priori e outras a partir da coleta de dados. Observou-se no estudo que os sujeitos apresentavam diferenças substantivas entre suas percepções. Os trabalhadores percebem em sua grande maioria um processo de muitos avanços, já os usuários, sentem o peso do desconhecimento do processo, sentindo-se à parte de várias decisões.

Palavras-Chave: Gestão em Saúde; Serviços de Saúde; Administração e Planejamento em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Shared Health Management practiced in some health services is a management tool used as an alternative to the hegemonic, which has a chief figure that has all the knowledge and decision power for conducting work processes. This paper describes the shared management experience developed at Itu Health Center, Porto Alegre/RS. It also describes the team members and the community leaders perceptions about this experience; the existence of processes that takes into account sharing responsibilities; decision making process and its implication on daily work and describes professional interaction on work processes, satisfaction level and new senses acquired. Data was obtained through 3 focal groups. The analysis of data collected on focal groups followed the principle of saturation sampling. It was observed that the subjects have significant differences in their perceptions however; the health workers in its majority perceive a huge progress that qualified the work. Yet the user subjects, represented by the local health counselors sense the weight of “unawareness” feeling apart of many decisions.

Key words: Health Management; Health Services; Organization and Administration; Primary Health Care.

GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE:

O Estudo de Caso de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, Porto Alegre, RS.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta diretrizes de organização e funcionamento que têm sido objeto de estudo desde sua criação, em 1988. Alicerçado em torno de seus pressupostos constitucionais (universalidade, equidade e integralidade), as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização e controle social.

Desde a sua concepção, muitos foram os desafios para a real implantação do SUS como política de Estado. Os avanços percebidos na descentralização e municipalização de ações e serviços, do aumento de cobertura e qualificação da atenção à saúde da população, o conceito de vigilância em saúde, além da efetivação do controle social via Conselhos de Saúde, se configuraram como avanços nesta direção. Entretanto, muitos são ainda os obstáculos nesta trajetória, especialmente no que se refere ao modelo de atenção e gestão.

Campos¹ apontou alguns destes obstáculos, quais sejam: (a) a dificuldade em incorporar o SUS como política de Estado, ao se defrontar com uma rede pública reduzida para atender populações carentes com programas focais; (b) a crise nas organizações públicas, pela baixa eficácia e eficiência; (c) a reforma do SUS - os fundos financeiros, conselhos e colegiados, critérios de custeio, entre outros, não

foram suficientes para construir uma governança para o sistema; (d) o SUS ainda não consegue funcionar em rede com base populacional e territorial; (e) os hospitais e os centros de especialidades não foram efetivamente incorporados ao sistema; e, (f) a Estratégia Saúde da Família como uma “falsa prioridade”, revelada pelo seu financiamento insuficiente e descuido com a política de pessoal.

Neste contexto, a gestão do sistema e dos serviços de saúde em sua globalidade tem se constituído em um desafio importante para a consolidação do SUS. Discussões acerca destes métodos gerenciais inovadores para unidades de saúde e para a gestão do sistema têm produzido dilemas nos campos teóricos e práticos. Um exemplo desta discussão encontra-se na viabilização de projetos como a gestão compartilhada, que visa melhorar a capacidade e autonomia de usuários e trabalhadores, a co-responsabilização desses sujeitos e atores sociais, no contexto peculiar de cada unidade de atenção primária.

O gerenciamento da USJI começou a apresentar dificuldades na medida em que o processo de trabalho apresentava uma “complexificação” aparente e a consequente sobrecarga de tarefas gerenciais centralizadas na tradicional figura do “chefe” da unidade. Isso levou a não permanência do mesmo no cargo durante o período integral da gestão, a dificuldades no trabalho em equipe, no planejamento local e na tomada de decisões. Tais dificuldades colocaram à equipe a necessidade de enfrentamento desses problemas.

A reorganização do processo de trabalho e aspectos gerenciais deu-se em um cenário de discussões sobre o tema na equipe, demandando a necessidade de estudos e aprofundamentos teóricos de outras modalidades de gerenciamento que pudessem responder à problemática instalada nesta unidade.

O presente estudo tem por objetivo descrever a experiência de Gestão Compartilhada desenvolvida na Unidade de Saúde Jardim Itu (USJI), Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS. Através da percepção dos profissionais da equipe e das lideranças comunitárias (conselheiros locais de saúde) sobre a experiência de gestão colegiada, processos de compartilhamento das responsabilidades, formas de tomada de decisão, interação dos profissionais da equipe, nível de satisfação e produção de novos sentidos.

MÉTODOS

Este é um Estudo de Caso que buscou descrever a percepção dos sujeitos, trabalhadores e representantes da comunidade, do modelo de gestão colegiada implantado na Unidade de Saúde Jardim Itu (USJI), Porto Alegre/RS, no biênio 2009-2010.

A Unidade de Saúde Jardim Itu (USJI) é uma das 12 unidades de saúde que compõem o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Esse serviço, orientado nos valores, princípios e atributos da APS/SUS, atua em territórios (área de abrangência) com uma população total de cerca de 108.000 moradores da zona leste e norte do município. Possui três finalidades: atenção à saúde, formação de profissionais e produção de conhecimento/tecnologias em atenção primária à saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (APS/SUS).

A USJI é responsável por uma área de atuação correspondente a uma população de 10.832 habitantes (IBGE, 2000), contando com uma equipe

multiprofissional composta por 32 funcionários contratados, além de 4 médicos residentes do Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e 6 vagas de residentes da Residência Integrada em Saúde com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade (RIS), estagiários curriculares (enfermagem, medicina, odontologia e psicologia) e extra-curriculares.

Esta unidade conta em sua trajetória de atuação no Bairro Jardim Itu com um Conselho Local de Saúde (CLS), paritário, sendo composto por 8 representantes da comunidade e 8 da equipe de saúde, incluindo o gestor local. Apesar desta trajetória próxima, a relação estabelecida entre CLS e Gestão Colegiada ainda é de pouca participação, onde se mantém através da figura do Assistente de Coordenação, a real representação dos sujeitos-trabalhadores, além dos demais conselheiros representantes dos mesmos. A população do estudo foi constituída por todos os profissionais contratados dessa unidade de saúde que aceitaram participar do estudo, exercendo suas atividades profissionais desde a implantação da gestão colegiada, no ano de 2006 (n=32), além dos membros do Conselho Local de Saúde (CLS), eleitos na gestão 2007/2008, período de constituição oficial do mesmo (n=8). Realizou-se um grupo focal com os conselheiros locais de saúde, totalizando 3 sujeitos; e mais dois grupos com os profissionais da equipe, totalizando 8 participantes por grupo.

A seleção dos participantes de cada grupo obedeceu a critérios de categorias similares entre os participantes, ou seja, quanto a características que poderiam interferir na percepção do assunto em foco. Estes foram separados por nível de escolaridade na função exercida (médio e superior), presença de um profissional em formação (residente) em cada grupo, constituindo seis sujeitos em cada grupo; e o terceiro com representantes eleitos da comunidade. O grupo realizado com a

comunidade contou com a participação de três sujeitos, sendo este o número total que aceitou participar do estudo.

Para coletar os dados, de modo a apreender as diferentes dimensões do fenômeno estudado optou-se pela realização de Grupos Focais, estruturados conforme a compreensão da equipe de trabalhadores, gestor local e representantes da comunidade sobre o processo de Gestão Compartilhada implantado e suas características como instrumento de gestão.

Os grupos foram realizados na sala de grupos da Unidade de Saúde Jardim Itu, com os participantes recebendo um convite por escrito com data e local da realização.

Foi usado um roteiro com questões de pesquisa para orientar o diálogo no grupo composto pelas seguintes perguntas: 1. Como você percebe a gestão compartilhada nesta unidade? 2. Como percebe as relações de trabalho, os processos de tomada de decisão, o compartilhamento das responsabilidades e a valorização das contribuições de cada integrante da equipe/comunidade? 3. De que maneiras esse processo tem tido implicações no seu trabalho? E no trabalho da Unidade de Saúde como um todo?

As falas foram gravadas e transcritas e constituíram, junto com os dados da análise documental e das observações, o material empírico analisado. A análise dos dados (documentos, observações e grupos focais) ocorreu através de categorias estabelecidas *a priori*, além de outras categorias empíricas a partir do conteúdo das falas e materiais, estabelecidas por saturação³ de dados.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, sob o número 09-133, e

registrado no Sistema de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Os indivíduos envolvidos no estudo receberam um termo de “Consentimento Livre e Esclarecido”, com a privacidade e anonimato dos participantes consideradas e garantidas durante todas as fases do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Gestão Colegiada da USJI é constituída por cinco frentes de trabalho, denominados Grupos de Trabalho (GTs) temáticos: Ensino e Pesquisa, Administrativo, Vigilância em Saúde, Participação Popular e Acesso e Humanização.

Os temas foram decididos e discutidos pela equipe e todos representam questões importantes no trabalho, que demandam planejamentos singulares. Uma das prerrogativas da gestão compartilhada é a de que todos os sujeitos da equipe de saúde participem de um GT, que esta adesão seja por interesse e que se defina um representante (optou-se chamá-lo de coordenador de GT) eleito pelos profissionais. Cada GT elaborou seus objetivos e planejamentos (que são anuais) e os apresentou para a equipe. Vale ressaltar que a adesão por interesse e não por categoria profissional se deve para que se evite a fragmentação, a centralização do poder de decisão, facilitando-se o trabalho interdisciplinar.

Além destes espaços, existe um espaço de gestão interna, denominado de Colegiado de Gestão. No colegiado de gestão os representantes de cada GT, em conjunto com o Assistente de Coordenação (AC) e outros representantes que se julguem necessários (por exemplo, aqueles profissionais em formação na modalidade

de residência). Este Colegiado é um espaço deliberativo, de tomada de decisão gerencial, troca entre os GTs e manutenção de uma agenda estratégica, orientada pela visão compartilhada de futuro, que deve se explicita a todos os membros da equipe.

Outros locais de gestão também são mantidos, como reuniões com toda a equipe, com pautas definidas e acordadas, e as reuniões para estudo de caso e educação permanente em equipe.

Percepção sobre a experiência de gestão colegiada:

A possibilidade de mudanças e a abertura para adaptações dos mecanismos adotados no gerenciamento local são identificadas pela maioria dos participantes dos grupos focais como “descentralização das ações” – “... eu acho que o trabalho ficou muito melhor. Que as pessoas se empenham mais para resolver os problemas, para as atividades do dia-a-dia (Éris/E2)”; “Percebo como uma proposta de organização das demandas de trabalho que vem de acordo com a descentralização (Vênus/E1)”.

Já os membros do Conselho Local de Saúde (CLS), instância máxima de controle social local, pensam a organização da unidade de saúde a partir das necessidades locais, das políticas públicas e da oferta de serviços. Neste sentido, destacam a inserção destes na condução do processo de trabalho da unidade de saúde que, na gestão colegiada, foi diluída: “Eu entendo como gestão o seguinte: o que organiza, orienta, esclarece. Agora não sei quem é o responsável pelo posto, antes eu sabia (Lua/CLS)”.

Sob a perspectiva dos conselheiros locais, o distanciamento entre os espaços de decisão e de controle social (previsto na Lei 8.142/90¹) referido, o descompasso entre os trabalhadores e usuários, pode se converter em um entrave essencial à organização da plenitude de um modelo democrático de gestão. Afinal, construir uma nova dialética entre autonomia e controle social nos coletivos organizados para a produção, inventar um sistema de gestão participativa, um sistema de co-gestão em que co-existam arranjos institucionais, ou modalidades de espaços coletivos, é um grande desafio.

Nesta unidade em particular se observou um descompasso entre o que percebem os sujeitos-trabalhadores e os sujeitos-usuários a respeito dos processos gerenciais: prevalece o sentimento de desvalorização das propostas por parte dos representantes eleitos da comunidade, de receber as propostas já “estudadas”.

O desgaste das relações e a percepção de desvalorização dos espaços coletivos é sentida nas falas – “Muitas ideias são colocadas como boas na hora de ouvir, mas na hora da prática, deixam a desejar. O gerente deve ser mais participativo no posto, são coisas que a gente sabe na rua que acontece no posto aqui e o chefe não sabe (Sol/CLS)”.

Compartilhamento das responsabilidades na condução do trabalho:

Uma das principais prerrogativas do processo de gestão colegiada é a forma como as responsabilidades são compartilhadas entre os sujeitos do processo, esta

¹ Lei 8142/90: 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.

deve estar presente nos espaços onde a gestão se concretiza. Perceber e reconhecer o envolvimento dos diferentes sujeitos na rotina da organização torna o processo legítimo e participativo – “As pessoas realmente se respeitam, a reunião é organizada, as coisas são encaminhadas, de alguma forma as pessoas acabam se responsabilizando e fazem acontecer. Eu acho que é modelo (Urano/E2)”; “A coisa da divisão de tarefas facilita, para que a gente possa se sentir participante do processo gerencial, do processo de decisão, aumenta o comprometimento (Terra/E2)”.

Percebe-se nas falas que o desgaste imposto por situações do cotidiano do trabalho que requerem constantes debates servem como elementos que atrasam os processos, e ficam restritas aos que querem seguir, e aos que não querem, remetendo a necessidade de aceitação e mediação de um gestor centralizador.

Uma das potencialidades deste modelo de gestão é a possibilidade pedagógica⁴ dos espaços coletivos, na perspectiva de constituição de sujeitos aptos a comporem espaços até então ocupados por “outros” e a aprendizagem como mudança orientada para a ação⁵: “A gente tem que retroalimentar, recapacitar, a gente tem que voltar a discutir. Porque eu acho que hoje a gente cai em um vício, que a gestão colegiada é muito mais como uma divisão de tarefas, do que uma divisão de gestão (Marte/E1)”.

Formas de tomada de decisão e implicações no cotidiano de trabalho:

Os sujeitos da pesquisa apontam a importância do “respaldo” da equipe para a concretização destas decisões, pois a necessidade de que se cumpram as decisões tomadas por parte do grupo fica evidente na medida em que as demandas são

encaminhadas para execução - “Como a gente trabalha com categorias diferentes aqui dentro, está junto com o agente de saúde, com a enfermeira, com a odontologia, que às vezes não tem as mesmas visões que a gente já teve desde o início. (Haumea/E1)”.

Ainda assim o grupo sente dificuldade em organizar espaços coletivos, onde a necessidade do segmento “usuários” seja contemplada, muitas vezes alocando recursos para ações percebidas pela equipe de trabalhadores e gestor local como necessárias para determinado grupo populacional assistido por ações da unidade de saúde - “O exemplo foi o dia da Mulher. A gente trouxe os cabeleireiros, trouxe tudo para elas, elas não apareceram. Mas é que eles não se apoderam das coisas que tem. A gente dá tudo para eles, e eles não conseguem. Acredito que dentro da limitação deles, eles são bem participativos dentro do conselho local e a gente consegue discutir alguma coisa (Vênus/E1)”.

Identificar as necessidades e planejar ações a partir de um diagnóstico participativo, que aproxime o sujeito que executa e o que sofre a intervenção, pode resultar em intervenções mais reais⁴.

E para tal, faz-se necessário proporcionar meios para que se concretizem as ações de forma participativa, e não meramente coadjuvante de uma decisão anteriormente tomada - “Eu acho que há pouca participação na gestão de atividades. Os espaços são recentes. Então, eu acho que há uma dificuldade da gente entender esses espaços. (Marte/E1)”; “É que eu acho que eu era a pessoa mais focada lá no meu trabalho e agora eu acho que eu estou bem mais inteirada no processo de trabalho, então, eu estou me sentindo muito feliz, estou me sentindo muito útil (Júpiter/E1)”. Conceber o processo de forma a garantir a participação democrática

dos seguimentos envolvidos de forma plena, a interação proporcionada pelo processo e a valorização dos diferentes posicionamentos são elementos que garantem o compartilhamento dos processos decisórios e ainda constituem um desafio neste cenário, nas falas observa-se um distanciamento entre as opiniões sobre o mesmo tema - “O conselho local de saúde que a gente tem é bem atuante, eles são bem participativos, eles ajudam a gerenciar” (Plutão/E2); “A gente filtra o que passa pelo conselho local. A gente define atividades sem passar pelo conselho local (Júpiter/E1)”; “Eu acho que (a chefia) deve ser mais atuante, eu acho que no momento não ta correspondendo as exigências atuais. (Lua/CLS)”.

Interação, satisfação e produção de novos sentidos no trabalho:

O trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes⁶. Contrariamente a isso, a intensa especialização do setor saúde, remete a segregação dos sujeitos, ao aprofundamento de um conhecimento determinado e ao afastamento da articulação das ações e dos saberes.

Para Peduzzi nas equipes de saúde podem ser divididas em agrupamento de agentes (remetendo a conceitos de fragmentação) e integração de trabalhos (articulação à proposta de integralidade das ações de saúde)⁶. Entretanto em ambos os modelos de equipe, estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído, além da presença das tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica. Para tal a

recomposição deve privilegiar a articulação das ações, a interação comunicativa dos sujeitos e a superação do isolamento dos saberes.

Um dos grandes potenciais da proposta de Gestão Colegiada (GC) é o potencial de transformação dos sujeitos, da postura passiva, outrora assumida, para uma postura pró-ativa, atuante, envolvida e comprometida com todas as etapas da produção de saúde no território⁴.

Para isso, a proposta deve contemplar elementos que valorizem os sujeitos a partir de suas potencialidades, proporcionando ambiente para desenvolvê-las. Além de ambientar momentos e situações que contemplem o crescimento e a cidadania do trabalhador indivíduo e coletivo.

Observa-se que estas reflexões podem levar o sujeito a “repensar” seus fazeres, a partir de uma lógica não aceita até aquele momento, transformando a cultura instituída, possibilitando uma renovação das atribuições até então cristalizadas numa percepção, na maioria das vezes “auto-centrada”:

“Sempre trabalhei bastante, sempre fiz tudo o que me pediram, mas eu nunca fui de dividir muito, e não gostava de mudanças, eu ficava braba, muitas vezes, eu brigava. Se é assim, é assim. Não tem nenhuma outra saída. E eu aprendi a trabalhar diferente. Para mim foi muito importante (Netuno/E2)”.

Sabe-se que as mudanças são necessárias, mas as mais profundas levam tempo, não se abandonam rapidamente hábitos adquiridos. Para que ocorra esta mudança, deve haver a (des) construção do conhecimento instituído, estar aberto ao novo, abandonando concepções rígidas⁷ - “Não imagino o serviço sem essa gestão. sem todo mundo poder participar, Como não faz muito tempo que eu estou aqui, eu não sei como era antes, mas eu acho que deveria ser um caos (Ceres/E2)”.

Ao analisarmos as divergências no processo de trabalho, pode-se considerá-las de duas formas: 1. Propulsão de mudanças; 2. Explicitação de conflitos. Na primeira, os sujeitos são vozes e ouvidos para o diferente, e usam de consensos para sintetizar as ideias, valorizando os pontos mais altos do debate. Já no segundo caso, as divergências podem enunciar “crises”, trazendo a tona assuntos mal resolvidos que permeiam as dificuldades de comunicação e relação construídas a partir de sínteses pessoais⁶ - “Então a gente aprendeu a conversar. Porque a gente não se conversava, cada um sentava na sua sala, se fechava ali, e atendia, atendia, atendia. Cada um fazia as suas coisas e acabou (Júpiter/E1)”; “São dois problemas, para mim seria o medo do atrito e a dificuldade que a gente tem em objetivar soluções (Marte/E1)”.

Apesar de instituído e implantado um modelo democrático de gestão, o tempo para que as mudanças no comportamento dos trabalhadores se dê é diferente do tempo em que as mudanças se instituem. Passar de uma chefia centralizadora das decisões para a adoção de um comportamento co-partícipe das ações requer uma mudança na cultura instituída localmente, senso assim, o gestor e o colegiado devem estar atentos para identificar estes movimentos, não reproduzindo o modelo gerencial hegemônico, descentralizando a figura do “chefe” para a figura do coordenador do GT.

Campos⁸ descreve como papel do coordenador de Unidades de Produção² e do nível central: fazer cumprir as deliberações dos Colegiados (evitando com isso a paralisia da organização); capacidade de interpretar os fatos novos segundo o que

² Nota dos autores: neste estudo a equipe optou denominar as Unidades de Produção apresentadas por Campos como Grupos de Trabalho (GT), neste estudo ambas as denominações se equivalem.

seria a suposta ótica da organização; tomar decisões e cumpri-las, assumindo assim uma postura mais a coordenação do que a ordenação.

Para isso, o investimento na qualificação dos coordenadores de GT, para que estes, ora trabalhadores ora gerentes de uma unidade de produção possam desempenhar junto a seu grupo a “facilitação” dos processos, e não a mera reprodução de decisões dos outros, já que muitas vezes o grupo, inexperiente pode esperar do coordenador a condução do processo - “Acho que sem a gestão colegiada, o serviço ficaria bagunçado. E viraria um caos, assim... é impossível uma pessoa só gerir tudo isso... sem apoio dos subalternos (Ceres/E2)”.

O pensamento com ideias contraditórias, onde ao mesmo tempo em que o sujeito entende e valoriza a gestão no formato colegiado, nomeia os trabalhadores como “subalternos” (igual a subordinado, inferior, dependente de outrem, secundário⁹). Esta dualidade também é apresentada e explorada por Campos, ao afirmar que o movimento tensionador da democratização do Poder (gerencial) deve seguir em todas as suas dimensões: na política, na micropolítica entre os saberes, entre os sexos, entre fracos e fortes⁸.

Este movimento necessário para que se estabeleça a mudança deve atentar para que não se perca a capacidade de se atender às necessidades sociais - “Quando eu consigo desenvolver trabalhos no meu GT, me satisfaz muito. Eu gosto de poder fazer as coisas que eu sei, mostrar. Eu imagino que todos se sintam da mesma forma (Haumea/E1)”.

Comunicação:

Um dos aspectos identificados pelos participantes do estudo, diz respeito aos meios utilizados para garantir o acesso a informação a todos os seguimentos envolvidos no processo de trabalho do serviço de saúde analisado. A garantia de espaços democráticos, como reuniões em colegiado e representações nos espaços definidos como deliberativos, não garantem que a informação chegue de forma adequada e com qualidade a todos os sujeitos.

Podem-se citar aqui os espaços onde se concretizam as trocas de informação usadas na USJI, divididas em espaços formais: reuniões, murais, atas e lista de emails; e informais: “rádio corredor”, espaço do café, lista de emails e encontros de grupos específicos. Entende-se aqui, “rádio corredor” como o espaço onde os trabalhadores se encontram, fora de um contexto formal de discussão, no corredor da unidade de saúde, na cozinha durante o café, na sala de estudos enquanto aguarda o próximo paciente. Espaços constituídos a partir da vivência coletiva e que se constituem como locais poderosos para disseminar uma informação, a partir da ótica daquele que transmite a mensagem, também é espaço de especulação e constituição de atritos¹⁰.

A informação divulgada, seja nos espaços formais ou informais, pode não ser transmitida ou recebida de forma integral e clara, podendo suscitar dúvidas, enraizar conceitos pré-concebidos e dar início a conflitos e insatisfações - “As informações circulam entre todos. Então, eu acho que isso é uma coisa bem confortável, bem homogênea, de conhecimento (Terra/E2)”; “Acredito que teve essa mão dupla entre informações (falando dos coordenadores de GT), entre discussões, trabalho e decisões. Com certeza (Plutão/E2)”.

A prática comunicativa é uma situação em que as mediações são o próprio fim, desta forma, a finalidade é interagir, transmitir uma mensagem que seja concebida integralmente, e neste contexto construir consensos a serem seguidos na prática de trabalho⁶.

Seguindo neste sentido, um desafio que se apresenta na operacionalização de um modelo gerencial aberto e flexível é a incorporação da dimensão “comunicativa” no processo¹¹. Para tal, a adoção de elementos que visem à distribuição mais homogeneia do poder e, por conseguinte, a autonomia para decisão constitui elementos que podem facilitar o processo de trabalho, em contrapartida aos “ruídos” que segregam os seguimentos.

Considerações Finais:

O modelo de gestão denominado Gestão Compartilhada (ou Gestão Colegiada ou ainda Co-Gestão) apresenta-se como uma ferramenta que considera as particularidades do trabalho em saúde e que pode ser utilizada por esses serviços. No presente estudo, os sujeitos apresentaram diferenças significativas entre suas percepções, sendo que os sujeitos-trabalhadores percebem em sua grande maioria, um processo de muitos avanços, que qualificou os processos de trabalho, de forma a torná-los mais produtivos e satisfatórios. Já os sujeitos-usuários, representados pelos Conselheiros Locais de Saúde sentem o peso do “desconhecimento” do processo, sentindo-se a parte de várias decisões.

No processo de implementação da Gestão Compartilhada, todos os sujeitos devem estar disponíveis para romperem com barreiras nos modos “cristalizados” de

se relacionar, ainda comuns em serviços de saúde “médico-centrados”, por exemplo. Sendo assim, há um campo rico para que a ferramenta de fato se desenvolva.

No caso dos serviços do SUS, que têm a Participação Popular como pressuposto, estes devem considerar que os fóruns locais de Controle Social (Conselho de Saúde, por exemplo) integram e contribuem em todos os espaços em que a gestão se concretiza.

Ao pensar os espaços coletivos de gestão, deve-se atentar para o objetivo dos mesmos, além da conformação proposta e seus integrantes, tal conformação deve contemplar os sujeitos envolvidos, sem privilegiar alguns segmentos em detrimento de outros. Rivera¹² aponta: “quem planeja é sempre o ator”, nesta perspectiva o desenvolvimento de elementos que confirmam autonomia aos sujeitos que compõem estes espaços de gestão, integram o planejamento, a execução e a avaliação dos processos.

Sendo assim, gestão colegiada pode ser definida como um “Formato Coletivo” de processo gerencial que conduza a uma organização (de saúde) que administre competências organizacionais e humanas, equipes, redes sociais, aprendizagem, mudança e inovação (RAUPP, 2006). Ainda apresenta uma proposta possível para redefinir papéis e condução do processo de trabalho em unidades de Atenção Primária em Saúde. Ou seja, Gestão Colegiada como o processo de gerenciar que garanta os seguintes pressupostos: co-responsabilização das atribuições gerenciais; divisão das tarefas, incluindo aqui as tarefas gerenciais; e favorecimento da autonomia entre gestores, trabalhadores e usuários.

Desta forma, na unidade de atenção primária à saúde foco deste estudo, a Gestão Colegiada não atinge em sua totalidade os objetivos a que se propõe. Investimentos nos trabalhadores, gestor e usuários, que visem à reflexão e incorporação de tecnologias sobre o modelo pretendido ainda são caminhos a serem percorridos.

Os autores revelam não ter nenhum conflito de interesse. As fontes de financiamento deste estudo foram dos próprios autores.

REFERÊNCIAS

1. Campos GWS. Desafios políticos e organizacionais do SUS: vinte anos de política pública. *Cad. Saúde Pública* 2008;24 (10): 2200-2200.
2. Minayo, MC. *Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2008.
3. Cullum N, Ciliska D, Haynes RB, Marks S. *Enfermagem Baseada em Evidências: uma introdução*. 1ª ed. Porto Alegre: ARTMED; 2009.
4. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Editora Hucitec; 2007.
5. Uribe FJ. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da organização que aprende. *Ciênc. saúde coletiva* 2001; 6(1): 209-219.
6. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35(1): 103-109.
7. Bernardes A, Évora YDM, Nakao JRS. Gestão Colegiada na visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem em um hospital público brasileiro. *Ciência & Enfermería* 2008, XIV(2): 65-74.
8. Campos GWS. Como reinventar a gestão e o funcionamento dos sistemas públicos e organizações estatais? *Ciênc. Saúde coletiva* 2008; 15(5): 2019-2021.
9. Ferreira ABH. *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 2002.
10. Raupp B. *Estudo da Cultura Organizacional como estratégia na sistematização de uma metodologia gerencial com enfoque na aprendizagem em situação de trabalho* [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do rio grande do Sul; 2006.
11. Raupp B (org.). *Planejamento e Gerência de Unidades de Atenção Primária à Saúde do SUS*. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Porto Alegre: 2005.
12. Rivera FJU, Artmann E. *Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo*. *Ciênc. saúde coletiva* 1999; 4(2): 355-365.

7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de gestão denominado Gestão Compartilhada (ou Gestão Colegiada ou ainda Co-Gestão) apresenta-se como uma ferramenta de gestão que considera as particularidades do trabalho em saúde e que pode ser utilizada por esses serviços. No entanto, para que isto de fato aconteça, os gestores destas organizações devem estar apropriados da proposta e disponíveis para a descentralização de poder exigida pelo modelo.

No presente estudo, os sujeitos apresentam diferenças substantivas entre suas percepções, sendo que os sujeitos-trabalhadores percebem em sua grande maioria, um processo de muitos avanços, que qualificou os processos de trabalho, de forma a torná-los mais produtivos e satisfatórios. Já os sujeitos-usuários, representados pelos Conselheiros Locais de Saúde sentem o peso do “desconhecimento” do processo, sentindo-se a parte de várias decisões.

No processo de implementação da Gestão Compartilhada, todos os sujeitos devem estar disponíveis para romperem com barreiras nos modos “cristalizados” de se relacionar, ainda comuns em serviços de saúde “médico-centrados”, por exemplo. Sendo assim, há um campo rico para que a ferramenta de fato se desenvolva.

No caso dos serviços do SUS, que têm a participação popular como pressuposto, estes devem considerar que os fóruns locais de controle social (Conselho de Saúde, por exemplo) integram e contribuem em todos os espaços em que a gestão se concretiza.

Ao pensar os espaços coletivos de gestão, deve-se atentar para o objetivo dos mesmos, além da conformação proposta e seus integrantes, tal conformação deve contemplar os sujeitos envolvidos, sem privilegiar alguns segmentos em detrimento de outros. Rivera¹² aponta: “quem planeja é sempre o ator”, nesta perspectiva o desenvolvimento de elementos que confirmam autonomia aos sujeitos que compõem estes espaços de gestão, integram o planejamento, a execução e a avaliação dos processos.

A gestão colegiada definida como “Formato Coletivo” de processo gerencial, pressupõe a condução da organização (de saúde) que administra competências organizacionais e humanas, equipes, redes sociais, aprendizagem, mudança e

inovação (RAUPP, 2006). Ainda apresenta uma proposta possível para redefinir papéis e condução do processo de trabalho em unidades de Atenção Primária em Saúde. Ou seja, Gestão Colegiada como o processo de gerenciar que garanta os seguintes pressupostos: co-responsabilização das atribuições gerenciais; divisão das tarefas, incluindo aqui as tarefas gerenciais; e favorecimento da autonomia entre gestores, trabalhadores e usuários.

Desta forma, considera-se que na unidade de atenção primária à saúde foco do estudo desta pesquisa, a Gestão Colegiada não atinge em sua totalidade os objetivos a que se propõe. Investimentos nos trabalhadores, gestor e usuários, que visem a reflexão e incorporação de tecnologias sobre o modelo pretendido ainda são caminhos a serem percorridos.

Para tal, é necessário seguir potencializando os espaços de tomada de decisão e qualificando a autonomia nos processos, que vão desde a idealização até a concretização do fazer em saúde, requerendo o envolvimento contínuo com este ideal.

8. ANEXOS

A. Projeto de Pesquisa:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM EPIDEMIOLOGIA: GESTÃO DE
TECNOLOGIAS EM SAÚDE NA LINHA DE PESQUISA
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Gestão Compartilhada em Saúde:
a percepção dos sujeitos envolvidos**

Aline Arrussul Torres

Porto Alegre, 2010

Aline Arrussul Torres

**Gestão Compartilhada em Saúde:
a percepção dos sujeitos envolvidos**

Projeto de Pesquisa para realização de
dissertação do Mestrado Profissional em
Epidemiologia: Gestão de Tecnologias em
Saúde, na linha de pesquisa de Atenção Primária
à Saúde.

Orientador: Dr. Ronaldo Bordin

Pesquisadora: Msc. Bárbara Raupp

Porto Alegre, 2010

Sumário

1. INTRODUÇÃO	55
2. JUSTIFICATIVA.....	21
3. OBJETIVOS	64
3.1 Objetivo Geral:.....	64
3.2 Objetivos específicos:	64
4. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS.....	65
4.1 Tipo de Estudo:	65
4.2 Local do Estudo:	65
4.3 População e Amostragem:.....	33
4.4 Coleta de dados:	66
4.5 Análise e Interpretação dos Dados:.....	67
4.6 Divulgação e Devolução dos Resultados:	68
4.7 Questões Éticas:	68
5. CRONOGRAMA	70
6. ORÇAMENTO	71
REFERÊNCIAS (Padronizar – ver exemplos salientados).....	72
APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	75
APÊNDICE III: Análise Documental	76
APÊNDICE IV: Observação Semi-dirigida.....	77

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Suas características e diretrizes de organização e funcionamento têm sido objeto de estudos ao longo dos últimos 20 anos. Alicerçado em torno de seus pressupostos constitucionais (universalidade, equidade e integralidade), as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização e controle social.

Desde a sua concepção, muitos foram os desafios para a real implantação do SUS como política de Estado. Os avanços percebidos na descentralização e municipalização de ações e serviços, a melhoria na ampliação da atenção à saúde da população, o conceito de vigilância em saúde, além da efetivação do controle social via Conselhos de Saúde, se configuraram como avanços nesta direção. Entretanto, muitos são ainda os obstáculos nesta trajetória, especialmente no que se refere ao modelo de atenção e gestão.

Campos (2008) apontou alguns destes obstáculos, quais sejam: (a) a dificuldade em incorporar o SUS como política de Estado, ao se defrontar com uma rede pública reduzida para atender populações carentes com programas focais; (b) a crise nas organizações públicas, pela baixa eficácia e eficiência; (c) a reforma do SUS - os fundos financeiros, conselhos e colegiados, critérios de custeio, entre outros, não foram suficientes para construir uma governança para o sistema; (d) o SUS ainda não consegue funcionar em rede com base populacional e territorial; (e) os hospitais e os centros de especialidades não foram efetivamente incorporados ao

sistema; e, (f) a Estratégia de Saúde da Família é uma falsa prioridade, revelada pelo seu financiamento insuficiente e descuido com a política de pessoal.

Assim, a rede de serviços de atenção primária ou básica é compreendida como uma grande estratégia para a indução das mudanças organizativas, gerenciais e dos modos de produzir saúde que se fazem necessária.

Neste contexto, a gestão dos serviços e do sistema de saúde em sua globalidade tem se constituído em um desafio importante para a consolidação do SUS. Discussões acerca destes métodos gerenciais inovadores para unidades de saúde e para a gestão do sistema têm produzido dilemas nos campos teórico e prático. No que diz respeito à viabilização de projetos como a gestão compartilhada, que visa melhorar a capacidade e autonomia de usuários e trabalhadores e a co-responsabilização desses sujeitos e atores sociais, no contexto peculiar de cada unidade de atenção primária.

Segundo Raupp (2006), o termo gestão pode ser definido como a condução de processos de trabalho para que estes realizem suas finalidades e atinjam objetivos determinados. A gestão teria quatro principais: avaliação, planejamento, administração de recursos e coordenação de processo de trabalho. Nesse sentido, gestão e gerência apresentam uma conotação política, estratégica e comunicativa, pois envolvem a construção de visões de futuro compartilhadas, o gerenciamento de conflitos, a introdução de inovações organizacionais, com flexibilidade necessária à adaptação permanente dos serviços de saúde a contextos cambiantes e à constituição de trabalhadores, gerentes e população usuária.

Conforme Matos (2006), a organização das instituições que seguem estruturas estabelecidas por organogramas clássicos e estruturas hierarquizadas verticalmente,

com fragmentação das responsabilidades, formalização das relações, pautadas na lógica de autoridade legal, tende a produzir certo grau de “alienação” profissional e desresponsabilização dos sujeitos.

Desta forma, outras possibilidades alternativas de gestão de serviços de saúde devem ser pensadas, estudadas e experimentadas, objetivando melhorar a eficácia dos serviços e promover a autonomia e a co-responsabilização dos trabalhadores, fortalecendo os sujeitos e constituindo uma democracia institucional. Não somente como um meio para impulsionar mudanças sociais, mas também visando a construção de espaços coletivos, deliberativos e participantes do processo de avaliação, planejamento, tomada de decisão e coordenação do processo de trabalho.

A medida que a responsabilidade gerencial é descentralizada e os processos de trabalho são organizados, com base nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), os grupos são valorizados e a capacidade de gerenciar os coletivos tende a se fortalecer. Este fato constitui uma gestão inovadora que deve potencializar a saúde e desenvolver o trabalho.

Na área da administração, encontram-se correntes de pensamento que, ainda hoje, contribuem com o pensar e o fazer em saúde e sua gestão. As teorias administrativas que mais influenciaram os processos gerenciais no campo da saúde ainda são visíveis em várias concepções de organização de serviços e demonstram suas limitações em vários aspectos.

A Teoria da Administração Científica, inaugurada por Frederick W. Taylor (1856-1915), apresenta como objetivo principal alcançar a máxima produtividade no processo de trabalho. Para tal, propõe métodos e sistemas de racionalização do trabalho e a disciplina do conhecimento do operário, colocando-o sob o comando de

uma gerência e sob um processo de trabalho fragmentado e hierarquizado. Propõe administrar pessoas da mesma forma como se administram objetos, destituídos de vontade ou projeto próprio .

Henry Ford, apesar de utilizar os mesmos princípios do taylorismo, desenvolveu uma abordagem mais abrangente do processo de trabalho, apresentando questões relacionadas com a “mecanização” e influenciando fortemente os ramos de produção em série. Podem-se apontar os efeitos negativos sobre os trabalhadores dessa abordagem, como a fragmentação do trabalho (da concepção à execução), alienação e sofrimento dos trabalhadores (Matos e Pires, 2006).

A Teoria Clássica de Fayol substituiu a abordagem analítica e concreta de Taylor por uma perspectiva global e universal, incorporando algumas funções à figura do administrador, como: organizar, planejar, coordenar, comandar e controlar.

Ainda que outras teorias tenham se seguido à administração científica e a teoria clássica de Fayol, os serviços de saúde ainda hoje são organizados sob a lógica do taylorismo, em níveis variados. A democracia é percebida em parte nos Conselhos de Saúde e nas Oficinas de Planejamento, locais onde a prática participativa é almejada, mas nos aspectos posteriores opera-se na lógica tradicional de gerência, onde o poder centra-se na figura de um chefe (Campos, 1998).

A necessidade de pensar a administração de diferentes setores, principalmente no campo da produção de saúde, mais flexíveis, e que contemplem as variáveis institucionais vigentes e as missões dos serviços, demanda formas de gestão que superem os modelos taylorista/fordista de organização do trabalho. A discussão acerca de modelos que contemplem as necessidades objetivas e subjetivas dos trabalhadores e que sejam participativos em todo o processo, incluindo este segmento

em todo o ciclo, desde o planejamento até a avaliação do trabalho executado, vem sendo pensadas efetivamente (Matos e Pires, 2006).

O estudo do modelo de gestão adotado em um serviço de APS constitui um cenário de investigação e de problematização ainda pouco conhecido. A possibilidade prevista neste estudo consiste em identificar situações com potencial de democratização e compartilhamento da gestão e também as dificuldades encontradas, conflitos e resistências na implementação de experiências dessa natureza. Com apoio nesse conhecimento pretendemos propor dispositivos de qualificação e envolvimento efetivo de todos os membros no processo de gestão.

Através de uma gestão participativa seria possível promover melhorias como a democratização do planejamento e da tomada de decisões, sob a perspectiva e visão dos sujeitos diretamente envolvidos, o que possibilitará uma produção de saúde que responda às necessidades da população e dos trabalhadores.

Concordando com Campos (2007), entende-se que sejam necessários novos valores e uma nova ética para organizar uma vida material e subjetiva que estimule a lógica da co-gestão, e não a da dominação, através da construção da capacidade de implantar compromissos coletivos, pois neste formato, não se governa sozinho.

Seguindo nesta lógica, co-gerir instituições ou serviços de atenção primária deve garantir, o cumprimento do objetivo primário de cada organização, ou seja, produzir saúde, com orientação no paradigma da APS/SUS. Concomitantemente a isso, estimular os trabalhadores a ampliar a sua capacidade de reflexão sobre suas práticas, sua participação no processo de gestão e na reorganização do processo de trabalho global, com possibilidade de maior realização profissional e pessoal (Campos, 1998).

Pensar na gestão de serviços de atenção primária através da adoção de uma metodologia mais participativa e capaz de combinar coeficientes de democracia direta com a preservação de certo grau de unidade, vislumbrar os objetivos primários da organização (combinando interesses dos usuários aos dos trabalhadores) nos remete a uma reflexão necessária. Trabalhar com a produção de ações e serviços que respondam às necessidades de saúde da população, no âmbito da APS, abordando questões terapêuticas, crescimento pessoal e desenvolvimento profissional dos trabalhadores constituem-se uma possibilidade de mudança de paradigma. Como consequência, aponta-se a produção de saúde com educação e aprendizagem permanente na situação de trabalho, o que proporcionaria crescimento e desenvolvimento dos sujeitos (Campos, 1998).

Matos (2006) considera que a escolha de um método que represente as questões necessárias para o adequado gerenciamento de um serviço de saúde, participativo, em todas as parcelas envolvidas, comunicativo, através de fluxos claros e de negociação de compromissos devem ser estabelecidos.

Os novos modelos de gestão favorecem a autonomia, co-responsabilidade e sentimento de gratificação no trabalho, ao contrário do modelo hegemônico de gestão, baseado na disciplina e controle dos processos de trabalho. Entretanto, este processo pode levar ao sofrimento e ao distanciamento dos mesmos de seu produto final, no caso, os serviços de saúde prestados (Campos, 2007).

2. JUSTIFICATIVA

A Unidade de Saúde Jardim Itu (USJI) é uma das 12 unidades de saúde que compõem o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Esse serviço, orientado nos valores, princípios e atributos da APS/SUS, atua em territórios (área de abrangência) com uma população total de cerca de 108.000 moradores da zona leste e norte do município. Possui três finalidades: atenção à saúde, formação de profissionais e produção de conhecimento/tecnologias em atenção primária à saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (APS/SUS).

A gestão do SSC se dá através da constituição de um Colegiado de Gestão integrado por: Gerente do SSC (cargo indicado); Coordenador Geral do SSC (cargo eleito); Assistentes de Coordenação das 12 unidades de saúde do SSC (cargos eleitos); Coordenadores de dois Programas de Residência (cargos eleitos); representantes dos setores de Apoio Técnico e Administrativo e do setor de Ensino, Formação e Pesquisa.

A USJI é responsável por uma área de atuação correspondente a uma população de 10.832 habitantes (IBGE, 2002). Esta unidade conta com uma equipe multiprofissional, composta por 32 funcionários contratados, além de 4 médicos residentes do Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e 6 residentes da Residência Integrada em Saúde com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade, estagiários curriculares (enfermagem, medicina, odontologia e psicologia) e extra-curriculares.

O gerenciamento da USJI começou a apresentar dificuldades na medida em que ocorria uma “complexificação” do processo de trabalho e a consequente sobrecarga de tarefas gerenciais centralizadas na tradicional “chefia” da unidade. Isso levou a não permanência da mesma no cargo durante o período integral da gestão, a dificuldades no trabalho em equipe, no planejamento local e na tomada de decisões. Tais dificuldades colocaram à equipe a necessidade de enfrentamento desses problemas. A reorganização do processo de trabalho e gerenciais deu-se em um cenário de discussões sobre o tema na equipe, encaminhamentos e reorganizações.

Esse processo aconteceu simultaneamente à realização de uma pesquisa sobre a cultura organizacional da unidade de saúde (Raupp, 2006). Essa pesquisa, além do conhecimento da cultura, com suas contradições e sinais de mudança e resistência, sistematizou uma metodologia integradora para a coordenação do processo de trabalho direcionada para o contexto do SSC. A metodologia preconiza a integração, no cotidiano de trabalho, da avaliação, do planejamento e da educação permanente, como forma de promover e facilitar mudanças organizacionais onde a cultura constitui fator de viabilidade estratégica. O desenvolvimento e a devolução dos resultados dessa pesquisa influenciaram também os processos que ocorreram durante e após esse momento. A gerência da USJI gerou, desde 2007, algumas discussões e reflexões acerca do modelo a ser adotado na gestão da unidade.

A figura de um coordenador (ou chefia), eleito pela equipe de saúde para representar e conduzir o conjunto de profissionais junto à organização e demais fóruns começou a gerar uma série de conflitos internos e insatisfações pessoais e coletivas. Demandando a necessidade de estudos e aprofundamentos teóricos de

outras modalidades de gerenciamento que pudessem responder à problemática instalada nesta unidade.

Após algumas discussões sobre o tema, os trabalhadores que atuam naquele serviço de saúde, optaram por pensar no gerenciamento da unidade como um processo descentralizado e compartilhado. Inicialmente constituíram-se quatro grupos de trabalho (GT): GT Ensino e Pesquisa, Participação Popular e Eventos, Administrativo e Vigilância. Os trabalhadores inseriram-se em cada grupo por interesse individual, sendo que a identificação com os objetivos de cada GT era o principal indicativo para adesão. Todos os membros da equipe sejam estudantes ou profissionais contratados devem fazer parte de um GT. O gestor local, denominado Assistente de Coordenação, não fazia parte de nenhum dos grupos, perpassando por todos conforme necessidade e disponibilidade.

Cada GT elegeu seu representante, que compôs um “Colegiado de Gestão”, que junto ao Assistente de Coordenação trabalham as questões de cada GT e a relação com a organização e comunidade.

A partir desta conformação, a equipe de saúde passou a dividir-se nestes pequenos grupos para pensar o gerenciamento dentro das questões dos quatro temas centrais. Alguns avanços e obstáculos foram percebidos imediatamente, como maior autonomia aos profissionais, compartilhamento de tarefas, “ruídos” na comunicação e dificuldades no envolvimento pelo processo de tomada de decisão em equipe.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Descrever a experiência de Gestão Compartilhada que vem sendo desenvolvida na Unidade de Saúde Jardim Itu (USJI), Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS.

3.2 Objetivos específicos:

- a) Descrever a percepção dos profissionais da equipe e das lideranças comunitárias (conselheiros locais de saúde) sobre a experiência de gestão colegiada;
- b) Identificar a existência de processos de compartilhamento das responsabilidades na condução do trabalho realizado;
- c) Sistematizar as formas de tomada de decisão existentes e suas implicações no cotidiano de trabalho;
- d) Descrever a interação dos profissionais da equipe no processo de trabalho, seu nível de satisfação e produção de novos sentidos no trabalho.

4. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de Estudo:

Será realizado um Estudo de Caso com abordagem qualitativa, apoiado na hermenêutica-dialética. Conforme Minayo (2001), a hermenêutica auxilia no entendimento dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade na qual ocorrem. A dialética por sua vez, traz a contribuição da crítica pelo estranhamento, pela contradição e reflexão dos mesmos.

A abordagem qualitativa se justifica, pois conforme Minayo (2008), os estudos de caso auxiliam a mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão, sendo importante para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança.

A mesma autora defende que esta abordagem permite ao pesquisador, através das questões específicas levantadas, perceber as correlações multilaterais e sempre mutáveis que cercam a realidade objetiva, principalmente no que diz respeito aos fenômenos complexos e multicausais, atentando para o rigor científico inerente à pesquisa realizada.

4.2 Local do Estudo:

O estudo será realizado na Unidade de Saúde Jardim Itu, do Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS. A escolha do local se deve, pelo fato da pesquisadora fazer parte da equipe e da necessidade do aprofundamento teórico do tema.

4.3 População e Amostragem:

A população total será constituída por todos os profissionais contratados do serviço que aceitem participar do estudo, exercendo suas atividades profissionais desde a implantação da gestão colegiada, no ano de 2006, nesta unidade (n=32), além dos membros do Conselho Local de Saúde (CLS), eleitos na gestão 2007/2008, período de constituição oficial do CLS (n=8). Será realizado um grupo focal com os conselheiros locais de saúde, aceitando-se um mínimo de seis (6) e máximo de oito (8) participantes, e mais dois grupos com os profissionais da equipe, aceitando-se um mínimo de oito (8) e um máximo de dez (10) participantes por grupo.

A seleção dos participantes de cada grupo obedecerá critérios de homogeneidade dos participantes, ou seja, os mesmos devem possuir semelhança quanto a características que interfiram radicalmente na percepção do assunto em foco, entretanto esta não deve se aplicar a percepção dos sujeitos em relação ao problema, já que esta técnica pressupõe a diversidade de opiniões (Carlini-Cotrim, 1996).

4.4 Coleta de dados:

As seguintes técnicas serão utilizadas para coletar os dados, de modo a apreender as diferentes dimensões do fenômeno:

a) Pesquisa Documental: atas das reuniões de equipe, do Colegiado de Gestão e análise de uma Pesquisa sobre a Cultura Organizacional realizada nesta unidade de saúde, orientada por questões de pesquisa (APÊNDICE III).

b) Observação Semi-dirigida, guiada por um roteiro previamente estabelecido, nos espaços de reuniões de equipe, do colegiado de gestão e dos grupos de trabalho da Gestão Colegiada (APÊNDICE IV).

c) Grupos Focais: instrumento definido como um método de pesquisa qualitativa que pode ser utilizado no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviços, possibilitando a obtenção de informações de cunho qualitativo em profundidade. É uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador. Os grupos focais se constituem como um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos (Veiga e Gondim, 2001).

O grupo focal será estruturado conforme a compreensão da equipe de trabalhadores, gestor local e representantes da comunidade sobre o processo de Gestão Compartilhada implantado nessa unidade e suas características como instrumento de gestão. O mesmo será realizado na Unidade de Saúde Jardim Itu, na sala de grupos, os participantes receberão um convite por escrito com data e local da realização do grupo. Será usado um roteiro com questões de pesquisa para orientar o diálogo no grupo.

O conteúdo das falas do grupo focal terá o áudio gravado, conforme APÊNDICE I. As falas serão transcritas e constituirão, junto com os dados da análise documental e das observações, o material empírico a ser posteriormente analisado e interpretado.

4.5 Análise e Interpretação dos Dados:

A análise dos dados (documentos, observações e grupos focais) se dará através de categorias estabelecidas a priori, relacionadas com a teoria que sustenta

este estudo e os objetivos do mesmo. A partir desta análise serão construídas categorias empíricas que emergirão da coleta dos dados.

A análise o material qualitativo tem a finalidade de inserir-se no contexto de descoberta a que a pesquisa se propõe, correlacionar os achados, as hipóteses e os pressupostos, e, desta forma, ampliar a compreensão de contextos culturais, ultrapassando-se o nível espontâneo das mensagens (Minayo, 2008).

Sendo assim, nesta etapa do estudo os dados coletados nos permitirão descrever, analisar, explicar e compreender, com apoio na abordagem teórico-metodológica da hermenêutica-dialética, que permitirá descrever a complexidade do fenômeno gestão em saúde e sua “multidimensionalidade” (institucional, cultural, organizacional e subjetiva).

4.6 Divulgação e Devolução dos Resultados:

Os resultados obtidos com este estudo serão divulgados através da apresentação da dissertação no Programa do Mestrado Profissional - Epidemiologia: Gestão de Tecnologias em Saúde na Linha de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. Com a equipe e a comunidade, os resultados serão divulgados e discutidos, em uma oficina ou grupo focal. O relatório de pesquisa será entregue para a equipe, para o Centro de Documentações da GEP-GHC, ao Grupo Temático em Gestão do SSC/GHC, além da confecção de um artigo, divulgando os resultados, que será encaminhado para publicação.

4.7 Questões Éticas:

O estudo em questão será encaminhado ao Comitê de Ética da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição para apreciação e liberação da

pesquisa. Posteriormente, será registrado no Sistema de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) Os indivíduos envolvidos no estudo receberão um termo de “Consentimento Livre e Esclarecido” (APÊNDICE I) para participação na coleta de dados, sendo explicitado que será usado gravador de voz. Estes poderão sair do estudo a qualquer momento, se assim o desejarem. A privacidade e anonimato dos participantes serão considerados e garantidos. Todo material coletado, incluindo as gravações de voz, serão guardado por um período de cinco (5) anos e após destruído, sendo utilizado apenas para este estudo.

5. CRONOGRAMA

Este item será descrito na tabela a seguir. O período corresponde aos anos de 2008 a 2010, respectivamente.

Meses Fases	Ago a Dez, 2008	Jan a Mai, 2009	Jun a Out, 2009	Nov a Dez, 2010	Fev e Março, 2010	Abr a Ago, 2010
Elaboração do projeto	X	X	X	X		
Revisão bibliográfica	X	X	X	X		X
Encaminhamento ao Comitê de Ética			X			
Entrega do projeto de pesquisa			X			
Coleta de dados					X	
Análise				X		X
Elaboração do relatório	X	X	X	X		X
Entrega do relatório						X
Divulgação e devolução dos resultados da pesquisa						X
Produção de um artigo para publicação				X		X

6. ORÇAMENTO

Os valores estimados a serem dispensados durante a realização desta pesquisa estão descritos na tabela abaixo e são de responsabilidade da autora.

Materiais	Quantidade	Valor Unitário em Reais (R\$)	Valor Total em Reais (R\$)
Folhas A4 para impressão	500	0,03	15,00
Pen Drive 2 Gb	01	70,00	70,00
Tradução do resumo para a língua inglesa	01	15,00	15,00
CD - Rom RW	01	1,50	1,50
Caneta Azul	02	1,00	2,00
Cartucho preto para impressora HP	01	35,00	35,00
Fotocópias	100	0,10	10,00
Gravador digital	01	200,00	200,00
		Total	384,50

REFERÊNCIAS

BERNARDES, Andrea et al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 4, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acesso em: 23 fev. 2009.

CAMPOS, Carlos Eduardo. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8(2): 569-584. 2003

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Como reinventar a gestão e o funcionamento dos sistemas públicos e organizações estatais? **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 28 de mar de 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Desafios políticos e organizacionais do SUS: vinte anos de política pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 28 de mar de 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, 1998, vol.14, n. 4.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 236 p.

CARLINI-COTRIM, Beatriz. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, Junho de 1996. Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 20 de abril de 2009.

CECILIO, Luiz C. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 08 mar. 2009.

CECÍLIO, Luís C. Inventando a mudança na administração pública: reconstituição e análise de três experiências na saúde. **Tese (doutorado)** Departamento de Medicina Preventiva, UNICAMP. São Paulo, 1993.

CECILIO, Luiz C. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, set. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 08 mar. 2009.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000. 463 p.

FARIA, Horácio Pereira; SANTOS, Max André dos; AGUIAR, Raphael A. Teixeira. Gestão Colegiada: conceitos e pressupostos para o alcance da alta responsabilidade organizacional. **Saúde Digital**, 2003, Edição 22. Disponível em: www.pbh.gov.br. Acesso em: 25 de junho de 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006. 175 p.

LINS, Auristela Maciel; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Campos de intervenções organizacionais: a contribuição das ciências humanas para uma leitura crítica das propostas de gestão das organizações de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2007, vol.11, n. 23.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto contexto- enferm.**, Florianópolis, v.15, n.3, set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acesso em: 23 fev. 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. 89p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 244 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. **Caminhos do Pensamento**: Epistemologia e Método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 380 p.

MINAYO, Maria Cecília. **Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 11^a ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

PINHEIRO, Marcelo Cardoso; WESTPHAL, Márcia Faria; AKERMAN, Marco. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, Apr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org>. Acesso em: 08 mar. 2009.

RAUPP, B. (Org.) Planejamento e gerência de Unidades Atenção Primária/Básica do SUS. Referências conceituais, metodológicas e operacionais. 2008. Mimeo (material didático disponível em [www/GHC/GEP/Ensino/RIS/material didático](http://www/GHC/GEP/Ensino/RIS/material%20didatico))

RAUPP, B. Estudo da Cultura Organizacional como estratégia na sistematização de uma metodologia gerencial com enfoque na aprendizagem em situação de trabalho. Relatório de Pesquisa. Aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do GHC. 2006. Disponível em: [http://www.ghc.com.br/GEP/teses e dissertações](http://www.ghc.com.br/GEP/teses%20e%20disserta%C3%A7%C3%B5es)

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acesso em: 25 Fev. 2009.

SCHRAIBER, Lilia Bima et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.org.br>. Acesso em: 25 Fev. 2009.

STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde; 2002.

TAVARES, Mário. A Prática da Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, Bruce B; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R J. **Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. Cap. 1, p. 101-105.

URIBE, Francisco Javier. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da organização que aprende. **Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acesso em: 05 mar. 2009.

VEIGA, L. GONDIM, S.M.G. (2001). A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. *Opinião Pública*. 2(1), 1-15

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N. **Pesquisa qualitativa em saúde: Uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 133p.

APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Mestrado Profissional em Epidemiologia: Gestão de Tecnologias em Saúde na linha de pesquisa de
Atenção Primária à saúde
Serviço de Saúde Comunitária- Grupo Hospitalar Conceição

Título da Pesquisa: Gestão Compartilhada em Saúde: a percepção dos sujeitos envolvidos.

Objetivos da Pesquisa: *Objetivo Geral:* Descrever e refletir sobre a experiência de Gestão Colegiada que vem sendo construída na Unidade de Saúde Jardim Itu, Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS e, com apoio no conhecimento produzido, fazer sugestões à equipe e à comunidade para aprimorar a experiência estudada.

Coleta de dados: a coleta de dados ocorrerá na Unidade de Saúde Jardim Itu através de grupo focal, observações e análise de documentos. As falas serão gravadas através de um gravador digital.

Eu, _____ declaro para os devidos fins que:

- estou ciente dos objetivos deste estudo e autorizo a gravação das minhas falas;
- não serei exposto a qualquer tipo de dano a minha integridade física e/ou moral durante a realização deste estudo. Tenho liberdade de retirar meu consentimento de participação neste estudo caso achar conveniente;
- tenho a garantia de anonimato no relatório desta pesquisa;
- qualquer dúvida ética, poderei entrar em contato com a Coordenador do CEP Dr. Vitto Giancristoforo dos Santos, telefone: 3357-2407.
- este documento é em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra com o participante.
- os dados serão guardados por cinco anos, posteriormente destruídos, não sendo utilizados para nenhuma outra finalidade.

Nome e assinatura do participante da pesquisa

Nome e assinatura da testemunha

Assinatura do pesquisador

Aline Arrussul Torres, enfermeira, mestranda
e-mail: alineatorres@yahoo.com.br US Jardim Itu (Rua Biscaia, 32, Fone: 33481288)
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa/GHC Dr. Vitto Giancristoforo dos Santos.
Fone: 3357-2407

Porto Alegre, de de 2010.

APÊNDICE II: Análise Documental

Questões orientadoras para a análise documental:

1- Descrição do processo:

- Descrição da história da implantação do modelo de gestão compartilhada:

2- Quais decisões são deliberadas em cada espaço:

- Coordenação e Gerência do SSC:

- Assistente de coordenação:

- Colegiado de Gestão:

- Grupos de trabalho:

- Reunião de equipe:

- Conselho Local de Saúde:

3- Avaliação:

- Modelos e periodicidade das avaliações:

- Participantes:

- Mudanças instituídas a partir das avaliações realizadas:

APÊNDICE III: Observação Semi-dirigida

Locais de observação: reuniões de equipe; reuniões do colegiado de gestão, reuniões de GT.

- A organização da reunião favorece a participação de todos?
- Como são organizadas as pautas?
- O que é decidido em cada fórum?
- O assistente de coordenação e coordenadores de GT estimulam a participação de todos os membros da equipe?
- Existe planejamento, avaliação e educação permanente em equipe?

APÊNDICE IV: Grupos Focais:

- 1- Como você percebe a gestão compartilhada nesta unidade?
- 2- Como percebe as relações de trabalho, os processos de tomada de decisão, o compartilhamento das responsabilidades e a valorização das contribuições de cada integrante da equipe/comunidade?
- 3- De que maneiras esse processo tem tido implicações no seu trabalho? E no trabalho da Unidade de Saúde como um todo?

B. Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do GHC:



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião extraordinária de 27 de Janeiro de 2010 avaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 09-133

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

RONALDO BORDIN

BÁRBARA RAUPP

ALINE ARRUSSUL TORRES

Título: Gestão compartilhada em saúde: a percepção dos sujeitos envolvidos.

Documentação: Aprovados

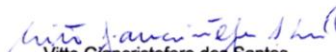
Aspectos Metodológicos: Aprovados

Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.

Considerações Finais: Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC, bem como os Eventos Adversos ocorridos. O Pesquisador compromete-se a encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e ao Centro de Resultado onde a pesquisa for desenvolvida.

Porto Alegre, 27 de janeiro de 2010.


 Vitor Giancristoforo dos Santos
 Coordenador do CEP

C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Mestrado Profissional em Epidemiologia: Gestão de Tecnologias em Saúde na linha de pesquisa de
Atenção Primária à saúde
Serviço de Saúde Comunitária- Grupo Hospitalar Conceição

Título da Pesquisa: Gestão Compartilhada em Saúde: a percepção dos sujeitos envolvidos.

Objetivos da Pesquisa: *Objetivo Geral:* Descrever e refletir sobre a experiência de Gestão Colegiada que vem sendo construída na Unidade de Saúde Jardim Itu, Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS e, com apoio no conhecimento produzido, fazer sugestões à equipe e à comunidade para aprimorar a experiência estudada.

Coleta de dados: a coleta de dados ocorrerá na Unidade de Saúde Jardim Itu através de grupo focal, observações e análise de documentos. As falas serão gravadas através de um gravador digital.

Eu, _____ declaro para os devidos fins que:

- estou ciente dos objetivos deste estudo e autorizo a gravação das minhas falas;
- não serei exposto a qualquer tipo de dano a minha integridade física e/ou moral durante a realização deste estudo. Tenho liberdade de retirar meu consentimento de participação neste estudo caso achar conveniente;
- tenho a garantia de anonimato no relatório desta pesquisa;
- qualquer dúvida ética, poderei entrar em contato com a Coordenador do CEP Dr. Vitto Giancristoforo dos Santos, telefone: 3357-2407.
- este documento é em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra com o participante.
- os dados serão guardados por cinco anos, posteriormente destruídos, não sendo utilizados para nenhuma outra finalidade.

Nome e assinatura do participante da pesquisa

Nome e assinatura da testemunha

Assinatura do pesquisador

Aline Arrussul Torres, enfermeira, mestranda
e-mail: alineatorres@yahoo.com.br US Jardim Itu (Rua Biscaia, 32, Fone: 33481288)
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa/GHC Dr. Vitto Giancristoforo dos Santos.
Fone: 3357-2407

Porto Alegre, de _____ de 2010.

D. Questões orientadoras do Projeto de Pesquisa:**GRUPOS FOCAIS/ EQUIPE:**

- 4- Como você percebe a gestão compartilhada nesta unidade?
- 5- Como percebe as relações de trabalho, os processos de tomada de decisão, o compartilhamento das responsabilidades e a valorização das contribuições de cada integrante da equipe/comunidade?
- 6- De que maneiras esse processo tem tido implicações no seu trabalho? E no trabalho da Unidade de Saúde como um todo?

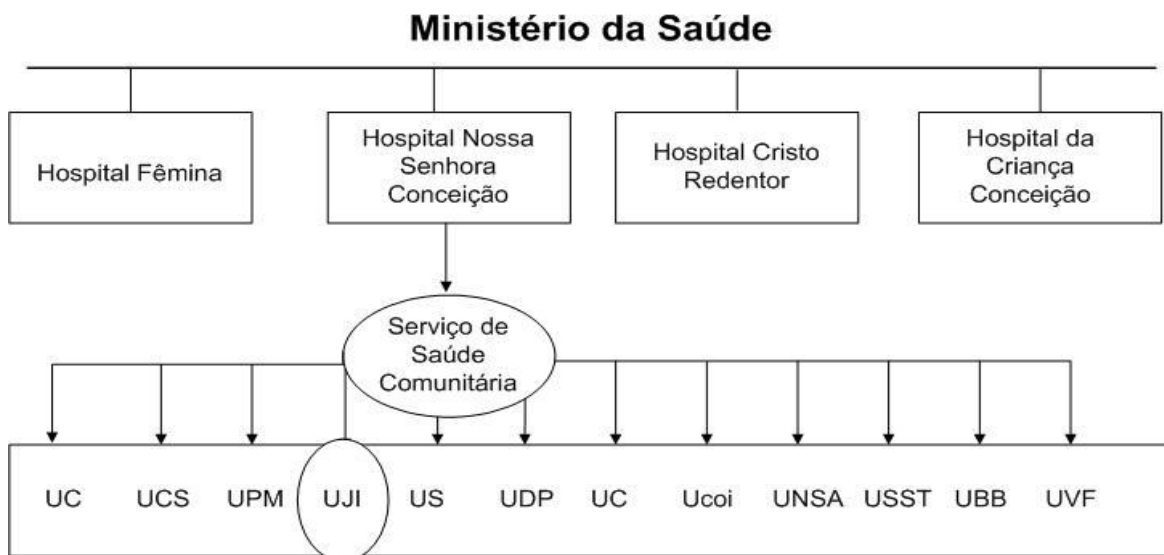
GRUPOS FOCAIS/ CLS:

- 1- O que você sabe sobre a gestão (gerenciamento) da unidade?
- 2- Como você percebe a valorização das contribuições da comunidade no funcionamento do posto?
- 3- De que maneira você acha que esta relação (gerenciamento x comunidade) tem acontecido? (Aspectos positivos e negativos).

E. Distribuição dos sujeitos em cada grupo do estudo:

Seguimento	Usuários	Equipe	
		Ensino Médio	Ensino Superior
1. Sexo:			
Masculino	1	1	1
Feminino	2	5	5
2. Nível de instrução			
Fundamental completo			
Médio completo	3	3	
Superior completo		3	6
3. Tempo de moradia no território/ serviço nesta US:			
≥ 2 a < 5 anos		2	5
≥ 5 a > 10 anos		1	
≥ 10 a < 20 anos		3	1
> 20 anos	3		
4. Participa atualmente do colegiado de gestão			
Sim		3	4
Não	3	3	2
5. É assistente de coordenação (gestor local):			
Sim		1	
Não	3	5	6
Total	3	6	6

F. Sistematização da Gestão Compartilhada na USJI



LEGENDA:

GT ADMIN: Grupo de Trabalho Administrativo
 GT AH: Grupo de Trabalho Acesso e Humanização
 GT EPC: Grupo de Trabalho Ensino, Pesquisa e Cultura
 GT VIGITU: Grupo de Trabalho Vigilância em Saúde
 GT PP: Grupo de Trabalho Participação Popular

Espaços da Gestão Colegiada:

1. GTs: reuniões quinzenais
2. Colegiado de Gestão Local: reuniões semanais
3. Administrativas: reuniões semanais
4. Educação Permanente: reuniões mensais
5. Estudo de Caso: reuniões mensais
6. Áreas de Vigilância: reuniões quinzenais

