



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CEILÂNDIA

TERAPIA OCUPACIONAL

FERNANDA VICTÓRIO GIL SANTOS

COGESTÃO E INTEGRALIDADE NA PRÁTICA DE SAÚDE

Brasília

2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CEILÂNDIA

TERAPIA OCUPACIONAL

FERNANDA VICTÓRIO GIL SANTOS

COGESTÃO E INTEGRALIDADE NA PRÁTICA DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia
como requisito parcial para obtenção de grau de
bacharel em Terapia Ocupacional

Orientador (a): Prof. (a) Dr. (a) Paula G. Furlan

Brasília

2013

Fernanda Victório Gil Santos

COGESTÃO E INTEGRALIDADE NA PRÁTICA DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção de grau de bacharel em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA (Data: 05/03/2013)

Prof. (a) Dr. (a) Paula G. Furlan

(Orientadora – Membro Interno – FCE - UnB)

Prof. (o) Dr. (o) José Antônio Iturri de La Mata

(Titular – Membro Interno – FCE - UnB)

Prof. (a) Ms. Josenaide Engracia dos Santos

(Titular – Membro Interno – FCE – UnB)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela força e coragem durante esta caminhada. Sem Ele nada sou.

Aos meus pais, Paulo e Eliane, dedico esta como todas as minhas demais conquistas por terem sido a peça fundamental para me tornar a pessoa que hoje sou. Por todo amor e dedicação que sempre tiveram comigo, pelos quais tenho maior orgulho de chamar de pai e mãe, meu eterno agradecimento, pessoas que sigo como exemplo, pais dedicados, amigos, batalhadores, que abriu mão de muitas coisas para me proporcionar a realização dos meus sonhos. A minha família e amigos pelo carinho e apoio dispensados em todos os momentos que precisei. Principalmente as minhas irmãs Patrícia e Paula, e meus cunhados que me ajudaram de forma significativa na realização desta. A minha prima Raissa, por todos os conselhos e pela confiança em mim depositada, meu imenso agradecimento.

Ao meu amado namorado Wember, pelo carinho, dedicação, paciência e incentivo. Suas palavras e companhia me sustentaram durante esta grande etapa. Muito obrigada!

A todos os professores que tive a honra de passar, obrigada por cada ensinamento e compartilhamento. Todos foram importantes na minha vida acadêmica e levarei comigo grandes exemplos.

A minha orientadora Paula Furlan, por ter aceitado me acompanhar, pela paciência na orientação, por dividir comigo seu conhecimento e pelo incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho. Serei sempre grata.

Ao coordenador geral da PNH, assim como todos os presentes na reunião por cederem seu espaço tão “rico” e serem tão receptivos comigo. A presença de vocês foi fundamental.

Agradeço a banca examinadora, Josenaide Engracia e José Iturre, por terem aceitado o convite ler este trabalho. Obrigada.

Aos meus colegas e amigos que tive o prazer e a sorte de estarem ao meu lado durante quatro anos de curso. Principalmente, a Larissa, Natacha, Fabiana, Marcos e Gabriel. Aprendi muito com todos vocês são exemplos para mim.

Enfim, mais uma etapa se encerra aqui. A primeira de muitas que ainda virão. Sozinho a gente não faz nada de interessante nesta vida, por isso agradeço a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para esta pesquisa. Depois de desesperos e angústias, consegui graças a vocês. Mais uma vez obrigada!

“[...] As circunstâncias políticas, por exemplo, podem obstruir nossa evolução e o nosso crescimento pessoal. Uma pressão exterior é capaz de nos tolher. Só quando podemos desenvolver livremente as possibilidades que nos são inerentes é que podemos viver como pessoas livres. Apesar disso, somos governados pelo nosso potencial interno e pelas circunstâncias exteriores da mesma forma como o menino da idade da pedra na Renânia, o leão na África ou a macieira no jardim [...]”. (Trecho do livro “O mundo de Sofia”, p. 373).

"A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo". Albert Einstein

RESUMO

Este trabalho visou compreender de que forma o princípio de integralidade na saúde é assegurado com a implementação do modelo de cogestão, configurado através de uma revisão conceitual de integralidade na saúde, assim como observação de algumas práticas de cogestão. Para isso, teve-se como objetivo analisar a relação entre o princípio de integralidade, a cogestão e a efetividade das ações em saúde. Apresentaram-se pontos para consolidar um serviço de saúde com a gestão compartilhada, e também os que limitam a prática da gestão compartilhada no cotidiano institucional. Buscou-se, além disso, ampliar os estudos da gestão compartilhada, já que se trata de um tema atual e bastante abordado nos últimos anos. A integralidade é uma das diretrizes básica do Sistema Único de Saúde (SUS) instituída em 1988 pela Constituição Federal. Percebeu-se a dificuldade de defini-la num único sentido. Gradualmente, diferentes sentidos passaram a ser atribuídos a este princípio da integralidade. Com a revisão da literatura, podem ser compreendidas algumas formas de adoção da integralidade que ocorrem em diferentes pontos. São eles: o cuidado integral, as práticas integradas e as políticas públicas integradas. Sendo assim, foi observada a prática de um espaço “produtor de saúde” que optaram pelo modelo descentralizador de gestão - a cogestão – evidenciando que é no encontro que se tem a proliferação do verdadeiro saber, da troca, do cuidado, das práticas, e principalmente a indissociabilidade entre modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho. Nas suas várias definições e com suas múltiplas experimentações e expressões pode-se concluir que vivenciando este modelo de gestão caracterizado por fontes de compartilhamento e criação tem-se a proposta de uma das formas de se cumprir este princípio doutrinário: a integralidade em saúde.

Palavras chave: Gestão em saúde; Assistência integral a saúde; Políticas públicas.

ABSTRACT

This study aimed to understand how the principle of completeness in health is ensured with the implementation of co-management model, configured through a conceptual review of completeness in health, as well as observation of some co-management practices. For this, was an objective to analyze the relationship between the principle of comprehensiveness, co-management and the effectiveness of health interventions. Points were showed up to consolidate a health service with shared management, and also limiting the practice of management shared the institutional routine. We tried to further expand the studies of shared management, since it is a current theme and much studied in recent years. Comprehensiveness is one of the basic guidelines of the Unified Health System (SUS) established in 1988 by the Federal Constitution. It was realized the difficulty of defining it in a single direction. Gradually, different senses began to be assigned to this principle of comprehensiveness. In reviewing the literature, we can understand some forms of adoption of completeness that occur at different points. They are: comprehensive care, practices integrated and comprehensive public policies. Thus, it was observed the practice of a space "health producer" that opted for decentralized management - co-management - which shows that is at the meeting that we see the proliferation of true knowledge, exchange, care, practices, and especially the inseparability between modes produce health and ways to manage work processes. In its various settings and with its multiple expressions and experimentations we can conclude that experiencing this management model characterized by sources strengthening and creation has been one of the proposed ways of meeting this doctrinal principle: the full health.

Keywords: Health Management; Comprehensive Health Care; Public Policies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Princípio doutrinário: a integralidade	11
Figura 2. Dinâmica da cogestão	14
Figura 3. Integralidade da prática em saúde	24
Figura 4. Constituição dos coletivos regionais da PNH	32

SUMÁRIO

RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	6
LISTA DE ABREVIATURAS.....	7
LISTA DE FIGURAS.....	8
SUMÁRIO.....	9
1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS.....	16
2.1 OBJETIVOS GERAIS:.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:	16
3. METODOLOGIA.....	17
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
4.1 Integralidade: construção e implementação deste princípio constitucional.....	20
4.2 Um olhar da integralidade no espaço cogestor em saúde.....	31
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
7. ANEXOS.....	46

1. INTRODUÇÃO

O interesse em desenvolver este projeto de pesquisa estendeu-se durante todo o processo acadêmico. A instituição de ensino trouxe para seus alunos desde o primeiro semestre uma forma de ensino voltada ao pensamento da atenção integral, universal e equânime, princípios básicos e norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Naquele contexto, tive contato com projetos de extensão voltados para atenção básica de saúde, projetos que tinham como objetivo principal a saúde integral. Outro aspecto de interesse foi de conhecer como na prática estes princípios do SUS relacionados com uma gestão e um serviço de saúde compartilhado, em que ocorresse a troca de saberes, o pensar e agir coletivo, cumprindo o desafio de um atendimento mais humanizado e integral.

Desse modo, o presente estudo, vigorou-se como desafio para a pesquisa e o campo profissional, pois é um tema atual e bastante abordado nos últimos anos. Valendo-se de várias informações acerca do tema, Campos (2003, p.570) constatou que:

Após conquistas inegáveis do ponto de vista jurídico legal, tem-se atualmente como questão central a reformulação das organizações e estabelecimentos sanitários. Torna-se consenso que estes devam abandonar a lógica tradicional que regeu o seu funcionamento. Assim, busca-se criar as condições para que, de forma permanente, o sistema de saúde aproxime-se mais dos indivíduos, torne-se mais humano, solidário e, sobretudo, mais resolutivo.

Além disso, a perspectiva de desenvolvimento do estudo se justifica, na medida em que, embora existam numerosos trabalhos científicos sobre atenção a saúde integral e cogestão, o presente estudo pretendeu trazer investigações científicas que abordassem especificamente questões relacionadas à produtividade e repercussões do modelo de cogestão na definição de uma política de saúde analisada com o olhar voltado para o princípio de integralidade.

Entre os princípios definidos pelo SUS a integralidade, equidade e universalidade se estabelecem no pilar doutrinário deste. São princípios que se articulam no desejo de fazer do SUS um sistema que contesta à política fragmentada, desarticulada, excludente, desigual e discriminatória. Ponderando a interdependência entre os princípios e considerando a importância dos demais, a integralidade foi adotada como tema da presente pesquisa, dada a sua importância para provocar inovações nas

práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde. Com essa finalidade, será discutida a inserção desse princípio doutrinário, seus significados, possibilidades e limites de aplicabilidade dentro do modelo de cogestão em saúde.

A Constituição Federal de 1988 trata do sistema de saúde como um conjunto de ações e serviços, que é garantido mediante política sociais e econômicas, que visem além da redução do risco da doença e outros agravos, mas também ao acesso universal e igualitário a estas ações e serviços para assim promovê-la, protegê-la e recuperá-la em sua totalidade (art. 196 e 197). Na Constituição também aparece diretrizes para organização do SUS, são elas: a descentralização, a participação da comunidade e a integralidade. Esta a incorporou como uma das diretrizes para o SUS trazendo o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (art. 198). (Figura 1)

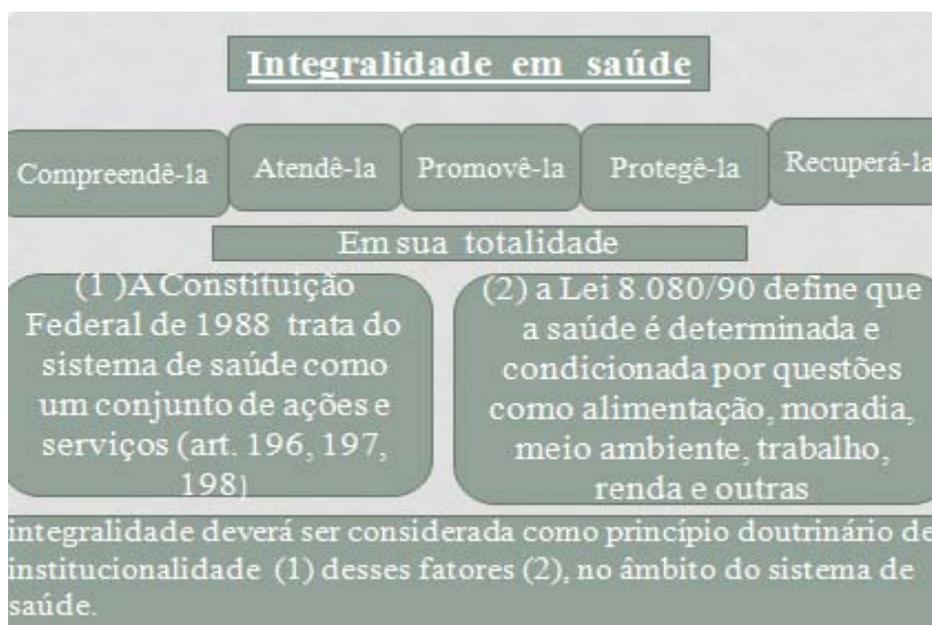


Figura 1. Princípio doutrinário: a integralidade. (Elaboração da autora)

A Lei 8.080 de 1990 define que a saúde é determinada e condicionada por questões como alimentação, moradia, meio ambiente, trabalho, renda e outras. Além disso, refere-se à integralidade da assistência, como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Ou seja, ao pensar em um atendimento integral é necessária a integração de saberes e de técnicas e um olhar global em todos os fatores que envolvem os sujeitos/ sociedade. (Figura 1)

Olhando para o modo como os serviços de saúde organizaram seu processo de trabalho ao longo do tempo, percebe-se que essa organização se deu a partir do saber das profissões e das categorias (as coordenações do corpo clínico ou médico, da enfermagem, dos assistentes sociais, etc.), e não pelos objetivos comuns (BRASIL, 2004, p. 6).

Esse tipo de organização não tem garantido que as práticas dos serviços de saúde se complementem, ou que haja solidariedade na assistência e nem que as ações sejam eficazes no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (BRASIL, 2009).

O desenvolvimento da assistência à saúde partiu de um modelo inicial centralizador e reprodutor de mão de obra, onde uns planejam e supervisionam e outros executam. “A Teoria da Administração Científica iniciada por Frederick W. Taylor (1856 – 1915) fundamenta-se na aplicação de métodos da ciência positiva, racional e metódica aos problemas administrativos, a fim de alcançar a máxima produtividade” (MATOS & PIRES, 2006, p. 509). Conhecida como taylorismo esta teoria “coloca-se a tarefa de administrar pessoas como se elas fossem instrumentos, coisas ou recursos destituídos de vontade ou de projeto próprio” (CAMPOS, 1998, p.865). Este tipo de cultura tradicional das Escolas da Administração acaba por delegar padrões, normas e programa a função de operar o trabalho cotidiano daqueles encarregados de executar ações, disciplinar o trabalhador, quebrar-lhe o orgulho, a autonomia e a iniciativa crítica (CAMPOS, 1998).

O desenvolvimento da assistência à saúde partiu de um modelo inicial centralizador e reprodutor de mão de obra, onde uns planejam e supervisionam e outros executam. As pessoas são administradas com poder e dominação absolutos, trazendo a hierarquia no sentido de submissão e obrigação “manda quem pode e obedece quem tem juízo” dependência que diminui o trabalhador e quebrando a possibilidade liberdade ou autonomia no ambiente de trabalho. Essa teoria mostra sua influência no setor saúde demonstrando predominante, até hoje, do modelo taylorista/fordista de organização do trabalho os limites destas teorias para enfrentar os desafios atuais da gestão no setor saúde e para a realização de um trabalho de melhor qualidade (MATOS & PIRES, 2006). Partindo da concepção de que este modelo de gestão não preconiza os objetivos do SUS, e traz alto grau de alienação entre os trabalhadores, é necessário que se tenha sistema gerencial descentralizado e mais participativo onde “assegurasse tanto a produção qualificada de saúde, quanto garantisse a própria sobrevivência do sistema e a realização de seus trabalhadores” (CAMPOS, 1998, p.864), ou seja, um modelo de cogestão. Deste modo, a presente pesquisa pretende questionar a prática gerencial

e se esta enfrenta limitações do cotidiano institucional para concretização de um modelo de produção de saúde integral. E ao mesmo tempo observar se o modelo de cogestão garante esta operacionalização da saúde de forma integral.

Para que se tenha uma gestão mais compartilhada, portanto mais democrática, necessita-se de alterações nos modos de organização do trabalho em saúde (BRASIL, 2009). Ou seja, “que se alterem os processos de definição das tarefas, responsabilidades e encargos assumidos pelos trabalhadores” (BRASIL, 2009, p. 9). “A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde” (BRASIL, 2004, p. 6). Sendo assim um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde.

Os princípios do SUS indicam o que deve ser feito. A integralidade do sistema de saúde, a igualdade das ofertas do SUS, e a universalidade do acesso. Mas existe uma abertura entre, o que deve ser feito e como deve ser feito, o que esta no discurso legal e como ocorre a prática concreta. Abertura essa que pode ser coberta com os “modos de fazer” que altere os padrões convencionais nas instituições.

Percebe-se que as instituições de saúde estão tradicionalmente marcadas por um modo de se comunicar que é vertical, onde os diferentes são colocados em uma organização de comunicação hierárquica. Já os iguais, com o mesmo saber e poder legitimado, por vezes caracterizado como categoria de profissão se comunicam num plano horizontal onde “igual só fala com igual” fazendo da comunicação uma experiência corporativa. Sendo assim, o que se pretende é uma mistura dos eixos tradicionais e comunicacionais que permita assim a lateralização de todos os sujeitos, sendo a prática que é “comum dos iguais” atuarem no plano da diferença, os diferentes, poderíamos dizer que os diferentes seriam colocados lado a lado. (Figura 2)



Figura 2. Dinâmica da cogestão. (Elaboração da autora)

Sendo esta uma dinâmica de lateralização que Campos (2000) definiu como Método de Roda. Esta nova racionalidade de gestão de coletivos reconhece a multiplicidade de lógicas e procura lidar com esta polaridade dos coletivos, tomando os trabalhadores como “Sujeitos Sociais”. Sujeitos com interesses, desejos e valores diferentes, com capacidade de contribuir um pensar e agir coletivo.

Esta dinâmica metodológica quebra o padrão hegemônico de organização das comunicações nas instituições. É um modo que faz circular a palavra, o sentido e o poder, não acabar com poder e sim produzir certos efeitos de deslocamento do poder fazendo aparecer à sua dimensão potencial, entrando em uma dinâmica de circulação que é chamada de cogestão.

A Política Nacional de Humanização (PNH) traz arranjos/dispositivos para que ocorra a cogestão no serviço de saúde. Sendo definidos dois pontos: a organização do espaço coletivo de gestão e mecanismos que garantam a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde (BRASIL, 2009). Trazendo a organização de espaços coletivos de gestão para a produção de acordos e pactos entre usuários, trabalhadores e gestores propiciando assim inserção/corresponsabilização no cuidado em si. Desta maneira, como já foi explicitado, este projeto teve como objetivo investigar as repercussões de uma gestão compartilhada para realização de uma saúde integral, e transitou com indagações sobre o este tema. Os serviços de saúde estão funcionando de acordo com as novas estratégias de

cogestão orientadoras no SUS? O novo modelo de cogestão tem conseguido atender ao princípio de integralidade na saúde preconizado pelo SUS?

Ao estudar e compreender tais aspectos espera-se contribuir para uma prática de saúde em que o ser humano ao ser atendido por uma abordagem integral e para a supressão (ou ao menos diminuição) da fragmentação do olhar nas intervenções sobre os sujeitos. Para o desenvolvimento deste estudo fez-se necessário uma revisão do conceito de integralidade na saúde, desta maneira apresentar-se-á a seguir algumas considerações teóricas referentes a este tema bem como sobre cogestão, que subsidiaram discussões posteriores envolvendo a integralidade e suas repercussões no modelo de cogestão em saúde.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL:

Compreender de que forma o princípio de integralidade na saúde é assegurado com a implementação do modelo de cogestão.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Apresentar os principais pontos para consolidar um serviço de saúde com a gestão compartilhada.
- Analisar os principais pontos que limitam a prática da gestão compartilhada no cotidiano institucional.
- Analisar a relação entre o princípio de integralidade e a cogestão na saúde.

3. METODOLOGIA

O projeto de pesquisa desenvolvido é de natureza qualitativa. Nesse sentido, a escolha do método qualitativo foi ao encontro dos objetivos desta investigação, que buscou a compreensão e o impacto do princípio de integralidade no modelo de cogestão em saúde. Denzin e Lincoln (2006, p.17) citam que o trabalho qualitativo:

(...) envolve o estudo do uso e da coleta de uma variedade de materiais empíricos — estudo de caso; experiência pessoal; textos e produções culturais; textos observacionais, históricos, interativos e visuais — que descrevem momentos e significados rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos.

Portanto, a pesquisa utilizou uma ampla variedade de práticas interpretativas interligadas, tendo como referencial teórico concepções e informações sobre a natureza da pesquisa, ou seja, “um conjunto de crenças básicas que guiam a ação” (NASCIMENTO & TRENTINI, 2004, p.231).

O método de pesquisa está intrinsecamente relacionado às características da concepção da sociologia compreensiva, que discute fenômenos sociais, como compreensão e inteligibilidade e significado da ação social. Sendo assim, a linha de pensamento metodológico é a hermenêutica. “A hermenêutica é uma abordagem à análise de textos que enfatiza o modo como compreensões e preconceitos anteriores influenciam o processo interpretativo” (DENZIN & LINCOLN, 2006, p.38).

Para o filósofo Paul Ricoeur, citado por Terra et al. (2009), a hermenêutica consiste em compreender a existência humana a partir da descoberta do sentido do discurso, buscando o sentido sobre as palavras, para compreender, entender e fundamentar-se numa intenção presente do texto a ser interpretado (TERRA, et al., 2009). “O termo hermenêutica tem designado práticas e referenciais teóricos significativamente distintos, mas que tem em comum o sentido lato de interpretação e compreensão” (AYRES, 2005, p.555), que foi a base para a presente pesquisa.

A necessidade da pesquisa foi suscitada pela compreensão das implicações da configuração atual dos saberes em saúde na definição de uma política, tendo como referência um modelo de gestão participativa nessas práticas. A hermenêutica cumpriu um relevante papel na pesquisa, auxiliando na compreensão dos discursos e forma de gestão hoje operante nas definições de modelos de saúde, e para identificação de onde e como propiciam ou obstaculizam os efeitos destas em suas práticas.

As pretensões com as hipóteses sobre os fenômenos da gestão participativa se deram de forma a reconhecer as possibilidades e as impossibilidades de construir consensos sobre o que é correto fazer na saúde tendo como referência os reais sujeitos dessas escolhas. Para isso, “é preciso construir saberes que possam responder às novas necessidades de conhecimento e de estratégias reclamadas pela expansão de horizontes normativos propostos” (AYRES, 2005, p. 554).

A proposta de saúde integral – em quaisquer dos campos e esferas sobre as quais se ocupem como, por exemplo, no modelo de gestão compartilhada – precisa se ocupar da questão do conhecimento na saúde, no sentido crítico, próprio da síntese dialética. Ayres (2002) traz que esta aproximação hermenêutica coloca-se em condições de reconhecer diversos interesses e resistências que se colocam naquele campo determinado de interações, estabelecendo novas possibilidades para sua ressignificação e reconstrução.

A tarefa reconstrutiva da hermenêutica, portanto, é uma reflexão que se coloca sobre os discursos já operantes na saúde, mas como princípio e atitude geradores da construção de novos discursos. Caprara (2003) e Onocko-Campos (2003), citados por Ayres (2005), colocam os campos de aplicações desta tarefa:

As possibilidades reconstrutivas se abrem a um campo bastante vasto de aplicações, já desde a compreensão dos processos de saúde-doença no âmbito da interação intersubjetiva no processo terapêutico (Caprara, 2003), até os planos mais abrangentes da gestão dos serviços e das políticas de saúde (Onocko-Campos, 2003). (AYRES, 2005, pg. 558).

Não se trata aqui, porém, apenas da disponibilidade técnica de uma metodologia, mas de um ponto de partida filosófico. Trata-se de uma responsável na construção de interações progressivamente mais inclusivas e ricas no campo da saúde, nas quais o sentido monológico de quaisquer desses discursos cognitivos seja substituído por um aproveitamento dialógico de seus conteúdos (AYRES, 2005).

Para tanto, o presente estudo foi realizado em três etapas, a primeira correspondeu à realização da pesquisa bibliográfica com revisão conceitual da integralidade na Saúde Coletiva no Brasil. A busca desta categoria para interpretação de dados foi efetivada a partir das bases de dados SCIELO, LILACS e BVS, além de políticas públicas brasileiras e demais publicações na área, compreendidas entre o período de 2000 a 2012. Os descritores utilizados foram: Integralidade na saúde; Assistência integral; Cuidado em saúde; Políticas de saúde; Política integrada. Contudo foram usados 18 artigos e uma cartilha do mistério da saúde.

A segunda etapa correspondeu à pesquisa de campo, que foi produzida a partir da observação da reunião do Conselho Gestor Nacional (CGN), que se utiliza do modelo de cogestão, da Política Nacional de Humanização (PNH) no mês de novembro. Com registro desta em diário de campo da pesquisadora. O diário de campo foi o instrumento utilizado pelos pesquisadores para registrar/anotar os dados recolhidos e a observação livre, ou seja, sem roteiro específico. Neste sentido, o diário de campo foi uma ferramenta que permitiu sistematizar as experiências para posterior análise dos resultados. Foi incluído, para análise dos resultados tudo o que diz respeito às observações realizadas por si e também as impressões e conclusões. Este acervo de impressões, notas, falas, comportamentos e relações que tornou mais verdadeira a pesquisa de campo.

A observação foi autorizada pelo coordenador geral da PNH e todos os presentes, grupo de 16 pessoas, estavam cientes da minha presença e assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE). (Anexo 1).

E por fim, a última etapa se referiu à pesquisa documental, através do estudo dos relatórios de gestão da PNH correspondente aos anos de 2010 e 2011.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CEP/FS-UNB, parecer nº 146.226/2012.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

4.1. Integralidade: construção e implementação deste princípio constitucional.

Para compreender os caminhos desse princípio do SUS, foi necessário olhar para história das políticas de saúde no Brasil. O modelo de saúde vigente no país, do século XIX até a década de 1920, era o sanitarista campanhista de criação militar, e tinha por finalidade o combate às epidemias. Na década de 1930, com o governo de Getúlio Vargas, a saúde passou a ser vinculada ao trabalhador, financiada e composta pelo estado, empresas e trabalhadores. Já em 1953, foi criado o Ministério da Saúde (MS) e houve um aumento das ações de Saúde Pública. Na década de 1960, criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social, seguido da Lei Orgânica da Previdência. Tendo como modelo de saúde à forma médico-assistencial privatista, composto pelo Estado, setor privado nacional e setor privado internacional (CAMPOS, 2007a; MATTOS, 2004).

Com a Conferência de Alma-Ata em 1978, ressurgiu uma nova apresentação da atuação dos determinantes de saúde. Esses fatos, aliados às dificuldades no controle da morbimortalidade nacional, fizeram com que, na década de 1980, viesse à tona um declínio ideológico, político-institucional e financeiro da previdência, culminando, em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde e na criação do Sistema Único de Saúde (BATISTA et. al. 2009). Sendo assim, a VIII Conferência Nacional de Saúde trouxe em debate a crítica à organização de programas verticais (Ex. Programa de Tuberculose) e a proposta de implementação de Ações Integradas de Saúde (AIS), reforçando a discussão no país a questão dos modelos assistenciais com vistas à integralidade da atenção (PAIM, 2008).

O sistema de saúde brasileiro vive há mais de 20 anos um processo de mudança iniciado com o movimento da reforma sanitária, na década de 1980. A integralidade nasce no movimento sanitário como atendimento integral à saúde, junto à universalidade e a equidade. Mas é na década de 1990, que se retoma o seu debate com o termo integralidade (RIBEIRO, 2008). Posteriormente, o princípio de integralidade foi inserido na constituição, na Lei Orgânica da Saúde e nas normas operacionais do SUS que postulam a mudança do modelo de atenção, além de ser fortalecido com as discussões em torno de promoção da saúde (PAIM, 2008).

A integralidade foi concebida pela Reforma Sanitária Brasileira em quatro perspectivas: a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial (GIOVANELLA et al., 2002).

A saúde continua sendo um domínio de luta e a integralidade hoje tem um papel importante nesse processo, pois ela permite que sejam feitas reflexões que diz respeito simultaneamente aos problemas de âmbito social e de âmbito político que estamos hoje, fortalecendo e qualificando ainda mais o SUS. Hoje as ações integrais estão ao alcance de todos e convida os atores sociais a encontrarem novos arranjos para as práticas de saúde. A integralidade aponta para muitas das dificuldades e muitos avanços que temos no SUS. Ela não é só preche de sentidos (polissêmico), como também autoriza as vozes silenciadas a falar (polifônico), mas acima de tudo carrega consigo os sonhos de muitos (RIBEIRO, 2008). Ou seja, a integralidade apresenta vários significados mais ao mesmo tempo, estão dentro da mesma tonalidade. Apresentando formas diferentes, independentes e harmônicas entre si para representar as varias vozes de se produzir saúde integral através das possibilidades de realidades futuras a serem criadas através de lutas.

Partindo deste pressuposto, entendemos que a integralidade é uma das diretrizes básica do SUS instituída em 1988 pela Constituição Federal. Ao pensarmos numa definição de integralidade, percebeu-se a dificuldade de defini-la num único sentido. Gradualmente, diferentes sentidos passaram a ser atribuídos a este principio da integralidade. Com a revisão da literatura, podem ser compreendidas algumas formas de adoção da integralidade que ocorrem em diferentes pontos. São eles: o cuidado integral, as práticas integradas e as políticas públicas integradas.

Entre as referências que permeiam a discussão, estão: as concepções trazidas para o campo de cuidado em saúde: Carneiro (2008), Costa (2004), Mattos (2001) e Ribeiro (1995). Bem como algumas produções efetivadas no âmbito da prática: Alves; Ramos & Penna (2005), Amorim & Gattás (2007), Campos (2010), Merhy & Franco (2003), Saupe et al.

(2005) e Soares (2007). E por fim, da política, trazidas por: Brasil (2010), Benevides e Passos (2005), Campos (2007b), Cecílio (2001), Feuerwerker (2005), Mattos (2001), Merhy (2002), Neves e Massaro (2009), Reis e Andrade (2008), e Santos (2004).

O primeiro sentido refere-se ao cuidado integral, a pessoa é compreendida na sua totalidade, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais tirando o olhar voltado somente para cura e sim para o sujeito repleto de significados.

O termo cuidado é derivado do antigo inglês "*carion*". Como verbo "cuidar" (de *carion*) significa "ter preocupação por", ou "sentir uma inclinação ou preferência" ou ainda, "respeitar/considerar" no sentido de ligação, de afeto, amor, carinho e simpatia (WALDOW, 1992 citado por CARNEIRO, 2008).

Se olharmos para as diferentes formas de saber ser, estar e fazer, estas dão origem a dois tipos de abordagem: o tratar – orientada para o “reparar a peça defeituosa”; e outra voltada para o Cuidar. De acordo com Ribeiro (1995), a orientação para o Tratar é mais instrumental, relacionada com procedimentos terapêuticos e técnicos e visa a cura. Já a orientação para o Cuidar é mais holística, isto é, atende o usuário na sua globalidade e visa sobretudo o seu bem-estar.

O debate sobre a integralidade do cuidado nos remota a questionamentos e críticas sobre as atitudes fragmentadas oriundas do modelo biomédico. Isso ocorreu em função da demanda da chamada medicina integral (MATTOS, 2001). Pois a fragmentação, frequentemente adotada pelos profissionais, vista também como reducionista, já que o conhecimento médico nas diversas especialidades ressaltava as dimensões exclusivamente biológicas em detrimento das considerações psicológicas e sociais acerca do indivíduo e do processo de adoecimento (MATTOS, 2001). Não há dúvidas de que essas práticas de cuidado constituem saberes que a ciência já não pode mais ignorar (GADAMER, 1996, citado por COSTA, 2004). O cuidado humaniza a relação entre indivíduos que são fundamentalmente distintos, permitindo a aproximação e a confiança necessária ao processo da cura.

A linha de cuidado tem que andar ao lado da linha da cura, integralizar é compreender que o processo de “cura” não advém sem o cuidado, sem a capacidade de escuta, onde a integralidade em saúde requer uma função dialógica na produção do cuidado que somente se concretizará quando ocorre a compreensão das reais necessidades trazidas por quem busca

um serviço de saúde. O ideal é adotar o “lugar” do paciente e compreender suas necessidades singulares como ponto de partida para qualquer intervenção. Conhecendo o cuidado como valor para ter-se uma ação integral com significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o direito de ser.

O segundo refere-se a atributos das práticas dos profissionais. Enquanto prática de saúde, a integralidade engloba a assistência prestada pelos profissionais da saúde envolvidos no processo. Compromisso que traz para com os usuários, um atendimento respeitando todo o contexto biopsicossocial do indivíduo.

A prática integral organiza e articula processos de trabalho e tecnologias distintas, possibilitando que trabalhos parcelares resultem numa intervenção mais abrangente e completa. Merhy e Franco (2003) trazem como ideia central em uma de suas obras reflexões sobre o processo de trabalho em saúde. Para os autores, o processo de trabalho é composto por Trabalho morto (instrumental) e o Trabalho vivo em ato, estes formam certa razão entre si, a qual é chamada de Composição Técnica de Trabalho (CTT) (Figura 3).

Ao refletir suas análises, considero que a prática em saúde uma práxis (CAMPOS, 2010), ou seja, uma atividade em que o saber prévio não isenta o trabalhador de uma necessidade de reflexão considerando o contexto singular em que sua ação se realiza. Sendo assim, o grande dilema é “o que fazer” e “como fazer” para que as práticas de saúde resultem em um atendimento integral. É notório que, para além das máquinas e instrumentos propriamente dito, usados pelos profissionais e do conhecimento técnico/científico que alia o instrumento ao modo de cada profissional aplicar seu conhecimento que Merhy e Franco (2003) definem como tecnologia dura e leve-dura, há algo central nas práticas de saúde, que são as relações entre sujeitos como produção de vínculo, acolhimento e com o intuito de cuidar do outro e responder acerca de suas necessidades de saúde, mesmo fazendo uso da tecnologia dura e leve-dura. Este é o caso de uma prática em saúde centrada nas tecnologias leves, que passa a organizar um modo de produção com a hegemonia do trabalho vivo em ato rompendo com a lógica prescritiva e focando nas necessidades do usuário. Conformando assim um novo modo de produção em saúde chamado de transição tecnológica (MERHY & FRANCO, 2003), ou seja, uma prática que age no cotidiano do cuidado em saúde, sendo um lugar de encontro para determinação e decisão dos sujeitos que a operam (trabalhador e usuário). (Figura 3)



Figura 3. Integralidade da prática em saúde. (Elaboração da autora)

Percebe-se que, dependendo da maneira como as práticas estão configuradas, são criados obstáculos à execução desta atenção integral. Sendo assim, não se pode falar em integralidade sem considerar o trabalho em equipe como fundamental para alcançá-la. A integralidade pressupõe uma ação com o objetivo comum entre os vários trabalhadores que compõem uma equipe interdisciplinar e não somente multidisciplinar. A integralidade, vista sob a ótica das práticas dos trabalhadores, é entendida não somente como atributo médico, mas de responsabilidade de toda a equipe envolvida com a prestação de serviços de saúde (SOARES, 2007).

Deve-se diferenciar interdisciplinaridade de multidisciplinaridade, já que esta indica uma concretização de disciplinas sem objetivos comuns, sem ocorrer uma aproximação ou cooperação entre os saberes, apenas diálogos a partir do ponto de vista de cada área de conhecimento (SAUPE et al., 2009). Ou seja, existem vários profissionais que trabalham dentro de uma especificidade “de forma complementar”, mas sem áreas de interseção, sem troca de saberes e práticas. Prática esta que continua a olhar o sujeito por partes, e cada profissional olha e “trata” somente a parte que tem conhecimento.

“A interdisciplinaridade deve ser entendida como método, caracterizado pela intensidade das trocas entre especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto” (AMORIM & GATTÁS, 2007, p. 83), o que segundo os

autores não deve ser confundido com simples trocas de dados/informações. Mas ser compreendida através de relações de interdependência e de conexões recíprocas para um objetivo comum, o que não significa a sobreposição de saberes, mas sim em reconhecimento dos limites e das potencialidades de cada área de conhecimento, para que possa haver um arranjo na direção de um fazer coletivo.

As discussões sobre a interdisciplinaridade vêm se ampliando, não somente no campo acadêmico, mas também nas dinâmicas do mundo do trabalho, o que se espera hoje é um trabalhador com atuação voltada para a integração, à flexibilidade e ao desenvolvimento de competências mais diversificadas e transversais (ALEVES; RAMOS & PENNA, 2005). Na prática em saúde, a interdisciplinaridade pode ser entendida como uma forma de se abordar determinadas situações ou problemas através da integração e da articulação de diferentes saberes e práticas gerando intervenções com ações comuns. Tendo como resposta a horizontalização de saberes e relações de poder, valorizando o conhecimento e as atribuições de cada categoria profissional. Atos estes que só se alcançará com a mudança de postura e de atitude dos profissionais envolvidos e com redefinições de papéis no processo de trabalho.

E por fim, a terceira forma compreendida pela integralidade, as Políticas públicas integradas. Estas se aplicam às respostas governamentais aos problemas de saúde.

No Brasil, a relação entre as políticas públicas e o Estado, no seu papel regulamentador, não pode ser banalizada. Nossa história recente mostra a importância do movimento sanitário, em suas articulações com outros movimentos sociais nas décadas de 1960, 1970 e 1980, na indução à reconfiguração do padrão de intervenção estatal brasileiro na saúde e no campo dos direitos humanos. As lutas em prol da construção de uma política social universal, pautadas na socialização da atenção e num novo pensamento para a saúde desembocam na construção do SUS, e na sua promulgação na constituinte de 1988. (CAMPOS, 2007b).

A articulação de políticas, programas e projetos, com ação intersetorial e gestão compartilhada e integrada, a exemplo da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do SUS compõe a pactuação entre as três esferas de governo: federal, estadual e municipal na primeira, e a pactuação da esfera estadual e municipal na segunda (BRASIL, 2010). Estas comissões trazem um grande desafio metodológico e político: a descentralização. Ela propõe uma condução política integrada entre

as três esferas governamentais. Enfim, a descentralização e a gestão integrada formam parte dos dispositivos constitucionais para implementação das políticas de saúde.

A saúde tem hoje um conceito ampliado que foi historicamente e socialmente construído, que consiste principalmente, nas condições de vida as quais uma sociedade se desenvolve. Educação, moradia, saneamento e distribuição de renda entre outros determinantes constituem as condições essenciais para uma sociedade com saúde. Estes fatores trazem um novo referencial teórico conceitual, em uma época que considera a saúde como política social integrada às demais políticas, pois promovem instrumentos necessários para a formulação de políticas integradas, capazes de alterar o quadro sanitário/epidemiológico da população.

O SUS por meio de seus gestores nas três esferas de governo cumpre, através de políticas e outros mecanismos, um papel decisivo na conformação das práticas de saúde, mas não governam sozinhos. Apesar de haver uma direção (os gestores) a quem formalmente cabe governar, na verdade todos governam (os trabalhadores e os usuários). A verdadeira organização é definida pelo conjunto de ações governamentais que fazem na sucessão dos dias, planejando quem faz. (FEUERWERKER, 2005).

Tradicionalmente o Ministério e as Secretarias de Saúde trabalham com as políticas de saúde de modo fragmentado: gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância e cada uma delas dividida em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado (SANTOS 2004). Há poucas oportunidades de participação direta dos trabalhadores e usuários na formulação das políticas e na construção das práticas (FEUERWERKER, 2005). Reis e Andrade (2008) sustentam que as políticas públicas fragmentadas, como as que produzem uma multiplicidade de programas ou que levam à realização de ações similares, mas paralelas, criam dificuldades para a integralidade.

A integralidade enquanto objetivo da atenção em saúde nos remete ao campo da micropolítica de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos que, afinal, configuram uma macro política de saúde que chamado de sistema de saúde (CECÍLIO, 2001). Quer dizer, então, que todo ator em situação de governo encontra diante de si outros atores que também governam e disputam com ele a direcionalidade da ação, utilizando para isso os recursos de que dispõem. Esse é um elemento fundamental para a gestão das organizações de saúde e para os que pretendem favorecer a transformação das práticas de saúde (FEUERWERKER, 2005).

Este também é um espaço de possibilidades para a construção de estratégias que levem os trabalhadores a utilizar seu espaço privado de ação em favor do interesse público (dos usuários) (MERHY, 2002).

O SUS, como política, como projeto e como um sistema de saúde ao mesmo tempo, pede atores sociais para ser produzido, sustentado e recriado. No entanto, podemos dizer que o processo de efetivação do SUS como Política de Estado foi, e é, ainda hoje, construído pela e contra a história. Essa construção do sistema reclama por atores sociais que opere numa realidade “real” para assim consolidar/cumprir estas o propósito deste sistema de saúde. O não enfrentamento é a enunciação da configuração do SUS apresenta um dos riscos para esta política como a de saúde ‘para pobres’, com baixa capacidade resolutiva, cuja função seria gerir sobrevidas (NEVES & MASSARO, 2009).

Como rebate a essas críticas, a integralidade gera um olhar horizontal, pensando em organizar formas de políticas e organização de serviços de modo a responder mais adequadamente às necessidades de saúde dessa população e não mais desde o ponto de vista exclusivo de sua inserção específica neste ou naquele programa do ministério dos programas que adotavam uma forma vertical. O ideal da integralidade na formulação de uma política quer dizer uma renúncia de programas e projetos que tem como forma uma ‘política reduzida’ que consideram como objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas acontecem. São notórios os limites da integralidade nas políticas de saúde, mas também são inegáveis os avanços para quebra desta política reduzida. Nesse sentido, a integralidade é também aplicativa as propostas de respostas governamentais aos problemas de saúde, que se conforma essencialmente pela recusa ao recorte dos sujeitos sobre os quais a política de saúde acontece, e que, portanto, amplia o horizonte de abordagens a serem tratados pela política.

“Os processos coletivos afirmam a indissociabilidade entre pensamento e vida, entre o desejo e a política. Pois, fazer política implica experimentar, como campo problemático, os modos nos quais, em suas formas e intensidades, a integralidade da vida humana se dá” (NEVES & MASSARO, 2009 p. 504). É neste campo de tensões, como aposta de ativação da dimensão pública, constituinte do SUS, que se constrói a Política Nacional de Humanização (PNH).

Benevides e Passos (2005), ao discutirem o processo de construção da Política Nacional de Humanização no Ministério da Saúde, em 2003, sinalizaram que:

[...] da política de governo à política pública não há uma passagem fácil e garantida. Construir políticas públicas na máquina do Estado exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde (p. 391)

Neves e Massaro (2009) afirmam que o que move a construção da uma política de humanização do SUS é o que se passa entre. É no encontro entre - trabalhadores de saúde, usuários e rede social - imersos nas tensões cotidianas e nos paradoxos das práticas de gerir e de cuidar que um 'entre-meio' do coletivo ocorre em todos os seus liames, e não como pólos de uma relação, ou, mesmo, por espacialidades. Sendo assim, é no encontro que se tem a proliferação do cuidado, do saber com suas múltiplas experimentações e expressões.

A PNH tem como desafio se compor como política pública, que vem para afirmar a saúde experimentando o que ela propõe se caracterizando por seu caráter de obra aberta, pois ainda esta sendo afirmada, construída e vivida. Esta foi criada em 2003 com o objetivo de encontrar “outras respostas a crise da saúde, identificada por muitos como falência do modelo SUS” (BENEVIDES & PASSOS, 2005, p. 389).

Voltando a definição inicial, vê-se que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma bandeira de luta, que se relaciona a um ideal de uma sociedade mais justa e solidaria a qual vale lutar. Quer tomemos qualquer um destes significados e formas de integralidade o que nós temos hoje, o que deve ser assegurar e a recusa ao reducionismo dos sujeitos, das políticas públicas e sim, reafirmar maior efetividade de as ações intersetoriais e a construção de uma nova governança na gestão destas.

Partindo do pensamento apresentado por Mattos (2001), podemos identificar que o princípio de integralidade incide sobre diferentes pontos. No entanto, é possível reconhecer traços de semelhanças que articulam todos estes sentidos. Percebe-se que, dependendo da maneira como as práticas estão configuradas, são criados obstáculos à execução desta atenção integral.

A ideia da integralidade e a composição, ou seja, um processo que se inicia na formulação de políticas do nível macro pelo estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de ações de cuidado de saúde por meio das práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos. Permitindo o entrosamento de conjunto das intervenções (políticas, práticas e cuidados), compondo a meu ver, a integralidade do sistema, pois separadas não possuem efeito. A integralidade que constantemente buscamos, é uma luta que devemos

batalhar e fortalecer, mas contraditoriamente esta luta é impossível de ser atingida plenamente. Pois este conceito é amplo e polissêmico, vê-se, portanto que a integralidade é ao mesmo tempo inalcançável e indispensável, sem ela a saúde não teria tantas conquistas e olhares para caminhar por mais conquista para o nosso Sistema Único de Saúde.

<u>Integralidade em saúde</u>			
	Cuidado integral	Práticas integradas	Políticas públicas integradas
O que é?	<p>Curar X Cuidar</p> <p>Modelo biomédico</p> <p>X</p> <p>Modelo holístico</p> <p>Compreender o sujeito na sua totalidade. Reconhecendo-o como repleto de significados.</p>	<p>Assistência fragmentada (partes)</p> <p>X</p> <p>Assistência integral</p> <p>Equipe multidisciplinar</p> <p>X</p> <p>Equipe Interdisciplinar</p> <p>Engloba a forma da assistência prestada pelos profissionais da saúde envolvidos no processo.</p>	<p>Política reduzida / vertical</p> <p>X</p> <p>Política integral / horizontal</p> <p>Estas se aplicam às respostas governamentais aos problemas de saúde</p>
Como conseguir?	<p>Capacidade de escuta e função dialógica que só concretizará com a compreensão das reais necessidades trazidas por quem busca um serviço de saúde.</p>	<p>* Compor os instrumentos usados, o conhecimento técnico/científico ao modo de aplicar em ato.</p> <p>* Rompendo a lógica prescritiva e dividida e focando nas necessidades do usuário. Como que reconhece as potencialidades das diversas para compor a assistência integral.</p>	<p>Pela recusa ao recorte dos sujeitos sobre os quais a política de saúde acontece. Ampliar o horizonte de abordagens a serem tratados pela política. E a participação direta dos trabalhadores e usuários na formulação das políticas e na construção das práticas. “Todos governam”.</p>

Por quê?	O cuidado humaniza a relação entre indivíduos que são fundamentalmente distintos, permitindo a aproximação e a confiança necessária ao processo da cura.	Tem-se como resposta a horizontalização de saberes e das relações. Valorizando o conhecimento e as atribuições de todos (profissionais e usuários)	Para se construir uma política integral deve-se olhar para condições de vida as quais uma sociedade se desenvolve. E assim promover instrumentos que respondem as reais necessidades da população e não por políticas parcelares quanto são as especialidades.
SISTEMA INTEGRAL			

Tabela 1. Tabela resumo elaborada pela autora

4.2 Um olhar da integralidade no espaço cogestor em saúde

Um espaço cogestor é centrado no trabalho em equipe e se caracteriza por uma construção coletiva (planeja quem executa) em espaços coletivos que garantam a circulação e compartilhamento do poder, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente (BRASIL, 2010).

E como se faz isso? Como se efetiva este novo modo de gestão e organização das práticas de saúde? Os espaços coletivos, as rodas de conversa, uma equipe interdisciplinar, que incluem diferentes atores, são um dos caminhos que se acredita potente para abrigar e ampliar essas discussões?

Os espaços coletivos, os colegiados, os colegiados gestores, são ampliadores que incorporam essa concepção como estratégia de transversalizar e conseqüentemente expandir um modo participativo e cogestor de funcionamento de políticas, serviço e equipes. Eles se caracterizam por serem espaços/instâncias que reúnem representantes dos trabalhadores e gestores que apreciam e formulam propostas procedentes de diversos atores (trabalhadores, gestores e usuários), trazendo o compartilhamento do poder dos diferentes membros para se obter a coanálise, a codecisão e a coavaliação de metas, indicadores, proposta e aspectos próprios que resultam da articulação dos saberes envolvido.

A humanização aponta para o estabelecimento de novos arranjos e pactos, envolvendo trabalhadores, gestores do SUS e a participação efetiva da população. A PNH é uma política construída de possibilidades e experiências concretas. Esta não se caracteriza como um mero conjunto de propostas abstratas que se espera tornar concreta. Ao contrário, a proposta é aprimorar e multiplicar, pois já partiram de um SUS que dá certo (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. Atualmente a PNH está presente no Ministério da Saúde (MS), na Secretaria de Atenção à Saúde, no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas em Saúde (DAPES), sendo composta por uma Coordenação Nacional, um Núcleo Técnico, responsável por atividades técnico-administrativas e um Grupo de Assesores Técnicos responsáveis pela interface com demais áreas/políticas do MS, órgãos de saúde, outros ministérios e organismos de

cooperação internacional. O arranjo atual da PNH é composto pelos Coletivos Regionais, Colegiado Gestor Nacional (CGN), Coletivo Nacional, Coletivo de Coordenadores/Representantes estaduais e das capitais. Estes trabalham frentes de atuação, são elas: a Câmara Técnica de Humanização-Formação, Planejamento, Monitoramento & Avaliação, a Rede HumanisaSUS, Saúde e Trabalho. Têm ainda, os Coletivos Ampliados de apoiadores formados pela PNH e que não são consultores diretos da política, mas que atuam nos territórios desenvolvendo ações com foco nas diretrizes da PNH (Documento Interno da PNH, 2011).

O Colegiado Gestor Nacional (CGN), que se reúne bimensalmente, é formado pela Coordenação Nacional, Coordenadores Regionais, Coordenadores de Frentes de Atuação e representantes do Núcleo Técnico. Esta é uma instância político-deliberativa da PNH, responsável por dar encaminhamento às decisões do Coletivo Nacional. Além disto, é um espaço de cogestão, que assessora e apoia a Coordenação Nacional na tomada de decisão sobre todas as questões atinentes à gestão da PNH. (Documento interno PNH, 2011). A figura abaixo, retirada do documento interno da PNH, mostra a abrangência da PNH nos Coletivos Regionais. As regionais não significam uma divisão geoadministrativa, mas sim a dimensão do trabalho. Nesse momento, os arranjos são:

Constituição dos Coletivos Regionais da PNH							
Coletivo	Estados						
Sul	Rio Grande do Sul	Santa Catarina			Paraná		
Sudeste 1	São Paulo						
Sudeste 2	Rio de Janeiro			Espírito Santo			
Sudeste 3	Minas Gerais						
Nordeste 1	Bahia	Paraíba	Pernambuco	Sergipe		Alagoas	
Nordeste 2	Rio Grande do Norte		Piauí	Maranhão		Ceará	
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul		Mato Grosso	Distrito Federal		Goiás	
Norte	Amazonas	Acre	Rondônia	Amapá	Roraima	Pará	Tocantins

Figura 4. Constituição dos coletivos regionais da PNH. Fonte: documento interno PNH 2010

Ao escolher pelo modelo de cogestão, a PNH experimenta o que propõe este novo modo gerir com todos os riscos inerentes ao processo, tais como disputas de saber, de poder e

tensionamentos. Assumindo este desafio por considerá-los fontes de criação e o fortalecimento de suas propostas (princípios, método, diretrizes e dispositivos).

A PNH se constitui com base em um conjunto de princípios e diretrizes que operam por meio de dispositivos (BRASIL, 2004). Entende-se por princípios o que causa ou impulsiona ações e dispara um determinado movimento na perspectiva de política pública. São eles: o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos, provocando atitudes de corresponsabilidade nos processos de gerir e de cuidar; o da transversalidade, entendida como aumento do grau de abertura comunicacional nos grupos e entre os grupos, isto é, a ampliação das formas de conexão intra e intergrupos, promovendo mudanças nas práticas de saúde (PASSOS, 2006); e o de indissociabilidade entre atenção e gestão, afirmando que há uma relação inseparável entre modos de cuidar e modos de gerir e se apropriar do trabalho (BRASIL, 2010).

As diretrizes da PNH são compreendidas como orientações gerais e se expressam pelo “método de tríplice inclusão” com a inclusão de gestores, trabalhadores e usuários na gestão dos serviços de saúde, por meio de mudanças no âmbito da atenção e gestão, como: clínica ampliada e acolhimento, cogestão dos serviços, valorização do trabalho e trabalhador, defesa dos direitos do usuário, e do fomento aos coletivos e redes. E por dispositivos compreende-se por colocarem em prática as diretrizes da política a partir de arranjos de processos de trabalho. Entre os vários dispositivos propostos pela PNH, há os dispositivos de gestão colegiada (exemplo dos colegiados gestores), o da equipe transdisciplinar de referência e o de contratualização (contratos de gestão), entre outros (BRASIL, 2010).

Depois de compreender a dimensão que tem esta política, partimos para uma discussão correlacionando a observação feita (reunião da CGN), a integralidade e a cogestão em saúde como norteadores e ampliadores desse “modo de fazer” saúde que se almeja.

Na oportunidade falou-se sobre a reunião que ocorreu no dia anterior e que alguns não puderam participar, o tema trazido foi o questionamento da gestão como “o vazio de gestão”. Foi possível observar o “peso” que esta expressão colocada por um dos participantes na reunião anterior pode causar para alguns, no sentido de reflexão de como cada um estava conduzindo suas propostas, se o espaço cogestor desta forma estava dando certo como “disseminador” da proposta e questionamentos, se está realizando o que propõem os próprios coordenadores e a própria política. Assim, foram colocadas as expectativas em avanços relacionados à gestão e sugerido algumas mudanças para melhoria dentro do contexto.

A grande discussão e troca da reunião foram: a análise política mais aprofundada do contexto, onde deve apostar ou não, afirmar ações e repensar outras (redirecionar), diferenciar ações espontâneas e ações sistemáticas, e a importância de seu fortalecimento, principalmente com relação aos apoios e tipos de apoio/troca que a CGN pode proporcionar.

“Temos que pensar em estratégias para chegar ao fim da gestão bem consolidados. Fortalecer as frentes de trabalho (cegonha, ambiência, entre outras), e colocar o projeto político das regiões com as frentes como transversais.” (relato de um participante).

A Política Nacional de Humanização apresenta-se como uma política transversal no SUS, que não se constitui por meio de equipamentos próprios, mas utiliza-se da estratégia do Apoio Institucional como indução a mudança de práticas. A partir da indissociabilidade entre atenção e gestão e de seu caráter transversal, por meio da intervenção do Apoio Institucional podemos afirmar que a PNH objetiva o fomento as redes e a inclusão dos diferentes sujeitos.

A política transversal é entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações práticas de saúde e esferas do sistema caracterizando uma construção coletiva. Por definição, a transversalidade, “entendida como ampliação e aumento da capacidade de comunicação, de um lado, entre políticas, programas e projetos e, de outro lado, entre sujeitos e coletivos” (PASCHE & PASSOS, 2008 p. 96), política que acredita na ampliação da capacidade de troca e interação entre sujeitos.

A definição de apoio institucional é trazida por Mori e Oliveira (2009) como acompanhamento qualificado do trabalho de equipes tendo como fundamental, a oferta de estratégias metodológicas para implementação das diretrizes e dispositivos da Política. Esta que ocorre com ações consultoria que colocam, em apreciação, os métodos de trabalho instituídos; incentiva trabalho cooperativo em equipe, de modo cogrido; estimula troca dos saberes, enfrentamento das disputas de poder, circulação de afetos, análise dos movimentos institucionais e concepção de processos de trabalho que não distanciem as atividades da atenção e gestão.

Segundo em documento interno da PNH, a proposta do apoio institucional integrado do MS é no apoio a implementação das redes de atenção prioritárias (Rede Cegonha; Redes de Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção à Pessoa Com Deficiência).

Nestes nove anos de existência a PNH tem apostado em duas principais ações de intervenção: o Apoio Institucional e a Formação de Formadores e Apoiadores. Entendendo que Formar é Intervir, foram formados na tecnologia do apoio institucional, até maio de 2011, cerca de 1.500 trabalhadores a partir de processos de formação por todo o país, segundo os dados do relatório da Câmara Técnica de Humanização-Formação, com perspectiva de chegar a 2.300 no final do ano de 2011. (Documento Interno da PNH, 2011/2012).

O que pode observar é que a PNH não possui portarias que regulamentem ou normatizem a política, e sim diretrizes e dispositivas que se encontram presentes nas legislações das demais políticas, áreas técnicas e departamentos. Esta nos mostra um novo jeito de produzir saúde, que implica produção dos sujeitos envolvidos na oferta de dispositivos (modos de fazer), forma apoiadores institucionais e, por meio do apoio institucional, “constrói junto” outro formato do trabalho em saúde, com caráter transversal.

O método de apoio depende da existência de espaços coletivos, ou seja, do estabelecimento de algum grau de cogestão ou de democracia institucional. Obstáculos precisam ser reconhecidos, analisados e, quando possível, removidos e enfraquecidos para que seja possível trabalhar-se com base em equipe interdisciplinar e sistemas de cogestão. Mudar a estrutura atual do modelo de saúde não é uma tarefa fácil por já termos em nossos serviços pessoas com conceitos cristalizados e que desde sua formação já encaram a forma vertical de tratamento e gestão vertical, onde há uma departamentalização a uma fragmentação do processo de trabalho, por isso esta nova metodologia tem que prever estes obstáculos tanto físicos da instituição como o dos próprios profissionais de saúde que atuam com este modelo (CAMPOS, 2007b).

Temos sim que quebrar esta barreira para alcançarmos uma política de atenção e cuidado em saúde mais humanizado, que valorize os sujeitos envolvidos, e quando falo nos sujeitos quero dizer todos os envolvidos (profissionais da saúde, funcionários da instituição, os usuários do serviço e os gestores) onde se tem um método que através do diálogo, da troca de conhecimentos e de uma nova gestão, nos traz a valorização e uma intervenção mais integral do sistema de saúde. Teremos então uma relação horizontal, onde há uma construção de várias linhas de transversalidade, ou seja, uma metodologia para ordenar esta relação entre sujeitos não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos, já que nenhuma proposta de saúde poderá de modo isolado (sem ouvir os sujeitos que vivenciam, sem olhar para os determinantes de saúde) assegurar uma abordagem integral.

Ao compreender as implicações da configuração dos saberes em saúde no CGN da PNH, que tem como referência um modelo de gestão participativa nessas práticas, pode observar e reconhecer diversos interesses e resistências, como em qualquer campo de interações em que se têm diversos atores e saberes, pessoas que representam regionais diferentes, com demandas diferentes e que por estarem envolvidas mais diretamente com a área em que também é responsável colocam para este encontro sua visão e vivência singular e representacional (da região), o que pode ser observado foi a riqueza desta troca que se colocaram neste campo determinado de interações, eles não estavam ali para impor suas experiências e afirmarem como verdades, pelo contrário, estavam para contribuir e ser contribuído, ou seja, compartilhar e criar. Campos (2003) defende que:

Ao se integrar a um grupo é fundamental a postura de abrir-se à influência dos outros sem renunciar ao próprio interesse e a própria experiência. Desenvolver capacidade para construir análises e soluções compartilhadas. Combinar firmeza com abertura à composição de interesses e de visão do mundo. Capacidade de reconhecer autoridade em outros sem se submeter a ela. Reconhecer o limite imposto pelo coletivo sem desistir de sua singularidade de desejo e de concepções. (CAMPOS, 2003, p.95, citado por MORI e OLIVEIRA, 2009 p. 635)

A gestão participativa cria uma rede de espaços coletivos para cogestão do trabalho em saúde: conselhos, colegiados etc. Sujeitos com interesses, desejos e valores diferentes, com capacidade de construir um pensar e agir coletivo, capazes de enfrentamento de conflitos com pactuações de compromissos. Ou seja, a cogestão com a democracia do compartilhamento dos saberes e das decisões.

Colocando-se em análise a reunião, pode ser observado como os diferentes sujeitos envolvidos em um espaço de diálogo, com um clima favorável para que todos tivessem direito a voz e a opinião, troca de opiniões, de críticas sem perder a associação com a objetividade da reunião pode contribuir no fazer em saúde.

Intervir na atenção em saúde implica em intervir, necessariamente, nos processos de gestão do trabalho. Sendo a CGN um local onde a corresponsabilidade pela saúde tem que estar integrada. Um dos focos da reunião foi os fortalecimentos das trocas dos saberes entre os coletivos regionais, sendo reforçada a importância de caminhar junto, de dar apoio e compartilhamento, não somente de ideias e propostas, mas também das dificuldades. Integrar as regionais, colaborar para articulação e integração das tarefas atribuídas às regiões de sua responsabilidade com as demais sem deixar de considerar as especificidades regionais e locais de cada uma. Tendo em vista a identificação dos problemas e soluções adequadas, para serem

pactuadas. A gestão sozinha não tem condições de identificar todos os problemas, quem está diretamente no setor é que tem mais informações sobre os acontecimentos. Dessa forma todos os sujeitos implicados serão protagonistas e corresponsáveis na atenção em saúde.

“Horizontalizar o poder, ampliar a inclusão de sujeitos na gestão e na clínica, construir corresponsabilização, não são atos do acaso, mas construídos segundo dispositivos e arranjos para tal fim” (PASCHE, 2010 p. 66). Sendo a CGN um exemplo de medidas concretas para uma gestão democrática e compartilhada.

O trabalho desse grupo é de fundamental importância, de certa maneira, subsidia a compreensão dos discursos e forma de gestão hoje operante nas definições de modelos de saúde, para identificar onde e como propiciam ou obstaculizam os efeitos destas em sua prática. Construindo com saberes que possam responder às novas necessidades de conhecimento e de estratégias reclamadas.

A reunião do grupo do CGN, que tem como papel principal o apoio institucional a coordenação nacional e representa-la em reuniões, teve por objetivo discutir a atual situação da política e verificar os caminhos propostos, para a resolução dos problemas apontados pelas regionais. Ressaltou-se o papel do grupo para chegar ao fim da gestão presidencial bem consolidado, foram discutidas/sugeridas algumas formas para organização e direcionamento desta conformação nos próximos dois anos. Outro objetivo foi reafirmar as metas até o colegiado nacional para assim disseminar a informação com objetivo de mostrar pontos consolidados e pontos para apostar e assim tensionar e dar um retorno das ações regionais no Coletivo Nacional (composto por todos integrantes da PNH). Este é o maior espaço de formulação, definição de prioridades, diretrizes, decisões estratégicas e avaliação dos resultados.

Sendo assim, este colegiado cumpriu função integradora, ao articular o que a centralização do poder tenderia a fragmentar. São nesses espaços descentralizadores que são definidas diretrizes, propostas, prioridades e metas, e discutida a avaliação de resultados e os indicadores do trabalho e dos fluxos futuros, sempre em consideração ao preceito da política, trabalhando assim a diversidade do objetivo comum e a indissociabilidade entre modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho. “O que precisa é fortalecer sem ficar preso no arranjo” mencionou um dos participantes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de gestão participativa proposto busca fortalecer e valorizar o trabalho de equipe, criando espaços que possibilitem o pensar e o fazer coletivo. Dentro desse contexto, se inserem os colegiados gestores, que são espaços coletivos, deliberativos que fomentam as tomadas de decisões de forma compartilhada no âmbito institucional, em conformidade com as diretrizes e contratos definidos. Uma das finalidades é elaborar o plano de ação, buscando a participação de todos os atores envolvidos, sugerindo, elaborando propostas, redefinindo outras e avaliando os indicadores.

Esta é uma das formas de se fazer cumprir um dos princípios do SUS: a integralidade. O compartilharmos de experiências, olhares e possibilidades de mudança, em espaços onde os usuários/trabalhadores podem, mesmo que a margem dos gestores democratizar a realização de mudanças que permitam a produção da “vida” nos espaços de saúde.

A existência do colegiado gestor não garante a democratização da gestão. Cabe aos gestores à equipe da unidade e aos usuários garantir que o colegiado gestor seja de fato um instrumento de construção coletiva. Não basta, portanto, ter como modo de fazer a gestão participativa nos serviços se essa diretriz se operacionalizar como prescrição verticalizada de modos de fazer ou de metas a serem alcançadas. Em muitas situações, almejasse um fruto e não se tem dado muita importância ao modo como ele acontece.

A forma como a política se configura já nos retoma a integralidade da saúde, esta que define no capítulo sobre integralidade como três caminhos: o do cuidado, da prática e o da política. Quando afirmo que a reunião da CGN é integral, digo isso pela forma como conduzem a definição de metas, prioridades e objetivos da política. A repercussão da PNH é nacional e isso requer uma articulação e troca de saberes e práticas muito complexas. Afinal, a sociedade é complexa, no sentido de vários fatores e determinantes sociais influenciarem a saúde assim como a saúde influencia outras áreas. Se existem uma correlação entre todos estes fatores, não seria válido olhar para um deles somente, então falar em “saúde” nos remete a diversos determinantes para ela é aí que a reforma sanitária entra e caminha a mais de 20 anos.

Hoje o SUS conta com uma política de humanização que surgiu para reafirmar e multiplicar ações que deu certo, esta dando e vai continuar no caminho certo. Além disso, apresenta “modos de fazer” e não o “que fazer”, saiu da proposta e foi para prática para

mostrar “como fazer”. Esta chama para a análise, pois põe em apreciação o próprio trabalho, fazendo isso nos espaços coletivos onde é essencial a inclusão dos atores, trabalhadores, gestores e usuários.

Em um pequeno espaço (CGN) desta grande política pode-se de fato compreender a dimensão da então “bandeira de luta” pela qual sempre vamos caminhar. Falo sempre caminhar porque a sociedade é mutável e com elas surgem outras demandas e outros desafios, que acredito ser consequências das conquistas de hoje. Querer um sistema de saúde comprometido e eficaz sem nenhum obstáculo é impossível. A observação da CGN me mostrou que um modelo de cogestão desde a definição de uma política acontece e que a este modo de gestão que a PNH fez questão de colocar para teste é uma forma de se fazer cumprir a integralidade do sistema. Quando de fato existe um espaço em que a troca/compartilhamento de saberes se configuram em defesa das demandas individuais de cada região, e por estas é compartilhado e definido em conjunto.

A mudança esperada requer dedicação, tempo e luta por aquilo que acreditamos e está nos mostrando que dá certo. Com a força desta política transversal, que se articula às demais ações e programas de saúde já existentes e que ao mesmo tempo esta atenta ao movimento social, à capacidade de criação que constitui o humano, a valorização de seu saber e sua autonomia, nos mostra a força da cogestão na integralidade. Enfim, todos nós somos corresponsáveis pela gestão das situações de trabalho e pela ampliação dos olhares e práticas de saúde. Sendo assim temos o potencial de ajudar a transformá-las ou mantê-las como estão. “Não, não tenho um caminho novo, o que tenho de novo é o jeito de caminhar”. (Thiago de Mello)

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Marília; RAMOS, Flávia Regina Souza; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Texto contexto - enferm.** [online]. Vol.14, n. 3, p. 323-331, 2005. ISSN 0104-0707. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300002>

AMORIM, D.S.; GATTÁS, M. L. B. Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde. **Revista Medicina Ribeirão Preto.** Vol. 40, n. 1, p. 82-84, 2007. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2007/vol40n1/pv_modelo_pratica_interdisciplinar.pdf>

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.10, n.3, p. 549-560, jul./set.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200500300013>

_____. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia.** 2ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

BATISTA, Kátia Tôres Batista; CALDAS, Karin Richter; PORTILLO, Jorge Alberto Cordon. Integralidade da saúde: significado e situação atual. **Com. Ciências Saúde.** Vol.20, n.1, p.9-16. 2009. Disponível em: <http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2009Vol20_1art01integridade.pdf>

BENEVIDES, Regina.; PASSOS, Eduardo . Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunic.,Saude, Educ.**, v.9, n.17, p.389-94, 2005.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Promulgada em 5 de outubro de 1988.

_____. **Lei 8.080** de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 19 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Caderno Gestão Participativa - Co-gestão.** Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Humaniza – SUS. **Gestão Participativa e Cogestão**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Humaniza – SUS. **Gestão Participativa e Cogestão**. Brasília, 2010.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.877-906, jul.-set. 2007a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300011>

_____. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 2, p. 569-584. 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf>>

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.15, n.5, p. 2337-2344, 2010. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a09.pdf>>

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo, Editora Hucitec, 2000.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.14, n.4, p. 863-870, out./dez.1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1998000400029&script=sci_arttext>

_____. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 12, p. 1865-1874, 2007b.

CARNEIRO, Taize Muritiba. Vivenciando o cuidar e o curar como familiar em um hospital. **Rev. bras. enferm.** [online]. Vol.61, n.3, p. 390-394, 2008. ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000300019&script=sci_arttext>

CECÍLIO, L. C. As Necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. _____ In. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, p.113-126, 2001. Disponível em: <http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saide_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf>

COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde soc.* [online]. Vol.13, n.3, p. 5-15, 2004. ISSN 0104-1290. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/02.pdf>>

DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: _____. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Artmed. p. 15.- 41, 2006.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunic.**, Saúde, Educ., v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

GIOVANELLA, Lígia; LOBATO, Lenaura de Vasconcellos Costa; CARVALHO, Antonio Ivo de; CONILL, Eleonor Minho. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde debate**, vol. 26, n. 60, p. 37-61, jan.-abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/09.pdf>>

MORI, Maria Elizabeth; OLIVEIRA, Olga Vânia Matoso de. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface (Botucatu)** [online], vol.13, suppl.1, pp. 627-640, 2009. ISSN 1414-3283. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500014&script=sci_arttext>

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. TEORIAS ADMINISTRATIVAS E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: DE TAYLOR AOS DIAS ATUAIS, INFLUÊNCIAS NO SETOR SAÚDE E NA ENFERMAGEM. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, vol.15, n.3, p. 508-514, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17.pdf>>

MATTOS, Ruben Araujo. de. Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**. Vol.20, n.5, p.1411-1416, Set./Out.2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>

_____. Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. Disponível em: <http://www.uefs.br/pepscentroeste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf>

MERHY, E. E. SAÚDE: **A CARTOGRAFIA DO TRABALHO VIVO**. 3ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2002. (Saúde em Debate, 145). ISBN: 85-271-0580-2 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/23.pdf>>

MERHY, E.E. & FRANCO, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **In Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003. Disponível em: < http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>

MORI, Maria Elizabeth; OLIVEIRA, Olga Vânia Matoso de. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface (Botucatu)** [online]. Vol.13, n.1, p. 627-640, 2009. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500014>

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; TRENTINI, Mercedes. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.12, n.2, p. 250-257, mar./abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000200015>

NEVES, Claudia Abbês Baêta. MASSARO, Altair. Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. **Interface (Botucatu)** [online], vol.13, suppl.1, p. 503-514, 2009. ISSN 1414-3283. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a03v13s1.pdf>>

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: _____. Giovanella L, organizadora. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 547-573, 2008.

PASCHE, Dário Frederico. Humanizar a formação para humanizar o SUS. **Cadernos Humanizatus** – Formação, vol. 1, p.63-71, 2010.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO A PARTIR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Rev. Saúde públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/19/82>>.

PASSOS, E. Proposta de apresentação dos níveis de composição da PNH. Brasília, 2006. Mimeo.

REIS, Cássia B.; ANDRADE Sonia M. O. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência á saúde da mulher na rede básica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, 2008.

RIBEIRO, Carla. A integralidade e seus percursos no SUS. Florianópolis; 2008. **Dissertação de Mestrado [Pós-Graduação em Saúde Pública]** - Universidade Federal de Santa Catarina.

RIBEIRO, Lisete Fradique. Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento socio-moral. s. ed.. Lisboa: **Co-edição Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses**. P. 109, maio 1995. Disponível em: <<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3702>>

SANTOS, N. R. Ética social e os rumos do SUS. Conasems, 2004. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=1327&codPagina=1334#>>.

SUAPE R.; CUTOLO L. R. A.; WENDHAUSEN, A. L. P.; BENITO, G. A. V. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface (Botucatu)** [Internet]. Vol. 9, n. 18, p.521-36. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a05v9n18.pdf>>

SOARES, Marilú C. **A integralidade na saúde da mulher: possibilidades de atenção à mulher com câncer de colo uterino nos serviços de saúde**. 2007. 204 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-14112007-140211/pt-br.php>>

TERRA, Marlene Gomes; GONÇALVES, Lucia HisakoTakase; SANTOS, Evangelia Kotzias Altherino dos; ERDMANN, Alacoque Lourenzini. Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem. **Acta paul. enferm.** Vol.22, n.1, p.93-99, jan./fev. 2009. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a16v22n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a16v22n1.pdf)>

7. ANEXOS

Anexo 1.

2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE

Eu, _____,
residente: _____;

autorizo a Universidade de Brasília, por intermédio da aluna **Fernanda Victório Gil Santos**, devidamente assistida pela sua orientadora **Prof.^a Paula Giovana Furlan**, a desenvolver a pesquisa **“Cogestão e Integralidade na prática de Saúde”**. Nestes termos, eu me comprometo a receber a aluna para as observações de reuniões técnicas dos gestores e análise de documentos e relatórios, com registro em diário de campo da pesquisadora, para sua realização, em data e local a serem informados. Informamos que o (a) Senhor (a) poderá recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Estou ciente que: tenho a garantia de respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida por parte dos pesquisadores supracitados, a qualquer tempo, quanto aos assuntos relacionados à pesquisa; que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano a mim; que terei direito à privacidade, com a não divulgação de minha identidade (nomes e sobrenomes). Permiti, através da assinatura do termo de consentimento, a utilização, por parte dos pesquisadores, dos resultados obtidos na pesquisa em congressos e publicações. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Paula Giovana Furlan, orientadora responsável pela pesquisa, através do telefone: (61) 3326-8581, Celular: (61) 81180707 ou pelo e-mail paulagio@gmail.com.

Fui informada que esta pesquisa será elaborada de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atendendo à Resolução n 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde – Brasília – DF. E em caso de dúvida quanto aos meus direitos, posso escrever e procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília no endereço Faculdade de Ciências da Saúde Campus Darcy Ribeiro Universidade de Brasília CEP: 70.904-970 BRASÍLIA – DF Telefone: (61) 31071947 ou e-mail: cepfs@unb.br.

Brasília, _____ de _____ de 2012

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

ASSINATURA DO PESQUISADOR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COGESTÃO E INTEGRALIDADE NA PRÁTICA DE SAÚDE

Pesquisador: Paula Giovana Furlan

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08482812.0.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 146.226

Data da Relatoria: 13/11/2012

Apresentação do Projeto:

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção de grau de bacharel em Terapia Ocupacional da aluna Fernanda Victório Gil Santos orientada pelo Profa. Dra. Paula G. Furlan.

Este trabalho visa compreender de que forma o princípio de integralidade na saúde é assegurado com a implementação do modelo de cogestão, configurada através de uma revisão conceitual de integralidade na saúde, assim como observação de algumas práticas de cogestão. Visa analisar a relação entre o princípio de integralidade, a cogestão e a efetividade das ações em saúde, apresentando os principais pontos para consolidar um serviço de saúde com a gestão compartilhada, e os também os principais pontos que limitam a prática da gestão compartilhada no cotidiano institucional. Busca-se, além disso, ampliar os estudos da gestão compartilhada, já que é um tema atual e bastante abordado nos últimos anos.

O estudo será realizado em três etapas, a primeira que corresponde à realização da pesquisa bibliográfica com revisão conceitual do uso do conceito integralidade na Saúde Coletiva no Brasil. A busca desta categoria para interpretação de dados será efetivada a partir das bases de dados SCIELO, LILACS e BIREME, além de políticas públicas brasileiras e demais publicações na área, compreendidas entre o período de 2000 a 2012.

A segunda etapa correspondente à pesquisa de campo, que será produzida a partir de observação de reuniões da Política Nacional de Humanização - PNH que se utilizam do modelo de cogestão. Com registro destas em diário de campo da pesquisadora.

E a última etapa refere-se à pesquisa documental que se dará através do estudo dos relatórios de gestão das reuniões inseridas na pesquisa, além dos relatórios de gestão da PNH correspondente aos anos de 2010, 2011 e 2012.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL: Compreender de que forma o princípio de integralidade na saúde é assegurado com a implementação do modelo de cogestão.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: Apresentar os principais pontos para consolidar um serviço de saúde com a gestão compartilhada. Analisar os principais pontos que limitam a prática da gestão compartilhada no cotidiano institucional e a relação entre o princípio de integralidade e a cogestão na saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não existe estimativa de sujeitos uma vez que o projeto prevê observação de reuniões técnicas dos gestores e análise de documentos e relatórios em diários de campo da pesquisadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado, orçamento detalhado ficando a pesquisadora responsável pelos eventuais gastos. O cronograma está adequado e a folha de rosto foi assinada pelo Coordenador de Graduação em Enfermagem em exercício da Faculdade de Ceilândia. Foi apresentado o termo de concordância da Coordenação da Política Nacional de Humanização sem assinatura com justificativa esclarecendo que o coordenador não possui carimbo tendo assinado por extenso. Ao mesmo tempo foi apresentado um TCLE (não está na forma de convite) que seria dispensável uma vez que já se tem a autorização para observar as reuniões

do PNH.

Recomendações:

O projeto já possui as autorizações institucionais requeridas e não necessita de TCLE individualizado, uma vez que não haverá identificação específica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado do CEP-FS solicita ao pesquisador que, ainda que tenha a anuência do coordenador de política, durante as sessões que serão observadas seja informado aos participantes que o processo da reunião está sendo avaliado. Ressalva-se que não deve haver identificação individual dos indivíduos observados em reunião.

BRASILIA, 14 de Novembro de 2012

**Assinado por: Natan Monsores de Sá
(Coordenador)**

Endereço: Facul. de Ciências da Saúde-Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Lago Sul

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: Brasília

Telefone: (61)3307-2113

Fax: (61)3307-3799E-mail: cepfs@unb.br; cepfsunb@gmail.com