

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

GABRIELA ALVAREZ CAMACHO

**A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E SUAS DIRETRIZES
ACOLHIMENTO E COGESTÃO: a perspectiva de gestores municipais de saúde**

**São Carlos
2016**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E SUAS DIRETRIZES
ACOLHIMENTO E COGESTÃO: a perspectiva de gestores municipais de saúde

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata

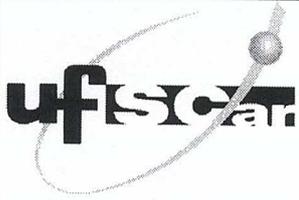
São Carlos
2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C172p Camacho, Gabriela Alvarez
A política nacional de humanização e suas
diretrizes acolhimento e cogestão : a perspectiva de
gestores municipais de saúde / Gabriela Alvarez
Camacho. -- São Carlos : UFSCar, 2016.
99 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de
São Carlos, 2016.

1. Política de Saúde. 2. Política Nacional de
Humanização. 3. Gestão em Saúde. I. Título.

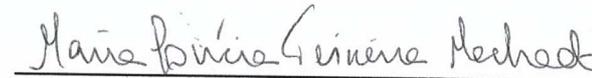


Folha de Aprovação

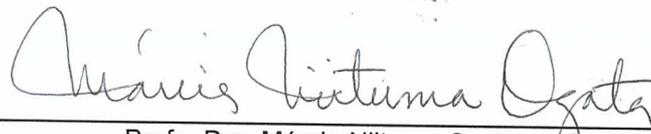
Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a defesa de dissertação de mestrado do(a) candidato(a) **GABRIELA ALVAREZ CAMACHO** realizada em 01/03/2016


Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata - PPGE_{nf}/UFSCar

Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio - UNIFESP


Profa. Dra. Maria Lúcia Teixeira Machado - DEnf/UFSCar

Certifico que a sessão de defesa foi realizada com a participação à distância do membro **Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio** e, depois das arguições e deliberações realizadas, o participante à distância está de acordo com o conteúdo do parecer da comissão examinadora redigido no relatório de defesa do(a) aluno(a) **GABRIELA ALVAREZ CAMACHO**.


Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata
Presidente da Comissão Examinadora
(PPGE_{nf}/UFSCar)

À Maria do Rosário Camacho,

*“For all the love I found in you
I’ll be forever thankful, baby*

*I’m grateful for each day you gave me
Maybe I don’t know that much
But I know this much is true
I was blessed because I was loved by you*

My world is a better place because of you

*You gave me faith 'cause you believed,
Because you loved me.”*

(Música: Because you loved me. Composição: Daiane Warren)

AGRADECIMENTOS

“Às vezes nossa própria luz se apaga e é reacendida pela fagulha de outra pessoa. Todos temos motivos para pensar com uma profunda GRATIDÃO naqueles que acenderam a chama dentro de nós” Albert Schweiter (Ganhador do Prêmio Nobel da Paz)

Agradecer não é labor, não é obrigação e tampouco formalidade. “A Gratidão é a memória do coração” (Jean-Baptiste Massieu, 1743-1818) e aproveito-me desse espaço para compartilhar tantas memórias...

A Deus, em seu infinito de amor, bondade e iluminação. Obrigada Senhor por conceder-me tanto pelo que dar graças. “Celebrem a DEUS, porque ele é bom, porque seu amor é para sempre.” (Salmos 136:1).

À Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata, a quem agradeço enormemente por confiar em mim, me receber e orientar nesta pesquisa. Obrigada pela paciência e pela respeitosa condução na orientação, obrigada pelas oportunidades ao longo dessa trajetória e por contribuir com o meu aprimoramento profissional. Muito obrigada, professora!

Aos companheiros do PPSUS “Cogestão, Apoio Institucional e Acolhimento na Atenção Básica: uma pesquisa intervenção” por me oportunizarem tantas reflexões, tantos conhecimentos e pelo generoso compartilhamento. E em especial às Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna (EERP/USP), Profa. Dra. Adriana Barbieri Feliciano (DEnf/UFSCar) e Monica Vilchez, muito obrigada.

À Profa Dra. Maria Lúcia Teixeira Machado e ao Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio pelas valiosas contribuições no exame de qualificação e defesa.

Ao meu pai Hermes Mariano Camacho, maior incentivador da minha vida e meu maior apoio!! Papito, lindo, meu amor, graças a sua dedicação estou aqui. Nem em mil séculos conseguirei enumerar todos os motivos pelos quais agradeço a você e tampouco retribuir na mesma medida. Te amo!

À minha avó Mariana, meu porto seguro e berço de todo carinho do mundo, por toda acolhida nos momentos mais oportunos, por acreditar em mim e me incentivar sempre. Te amo!

À minha avó Amélia, que tão gentilmente e amorosamente me recebeu e me cuidou. Te amo!

Aos meus avôs Hermes Camacho e Benedito Garcia, vocês são o rochedo da minha existência, todo o meu amor e carinho a vocês!!

Aos meus avós Zizi e Bé, que privilégio ser neta de vocês!

Às minhas tias e tios... Tal como forem: emprestados, de fato ou apenas assim nomeados.

Aos primos e primas mais lindos do Brasil: Adriana Ap Soares, Bárbara Aguiar, Carina Jevaux, Ciro Azevedo, Clara Camacho, David Soares, Eliana Soares, Gabriel Jevaux, Isaac Azevedo, Jéssica Daiane, Jéssica Scarpat, Mônica Silva, Sérgio Junior, Thais Gomes, Thiago Gomes, Wewerton Rodrigues e todos os que não cabem nessa folha, mas moram no meu coraçãozinho. Aos meus “Prinhos” Lucas, Lorenzo e Francisco também. Todos vocês me inspiram uma infinidade de coisas boas. Que alegria compartilhar dessa vida com vocês!!

Ao Adriano André da Silva, por fazer dessa caminhada mais sorridente. Obrigada, meu bem!

A todos os estimados amigos de *Sanca*.

À querida amiga Simone Braga Rosendo, por tanto que me ensina.

Às amigas Soraya Cirilo Carvalho e Cássia Regina Gontijo Gomes, que, cada qual em seu tempo e de diferentes maneiras, estiveram comigo nesse percurso, me ouviram, compartilharam e me ensinaram muito.

À Andressa Takahara e Lais Oliveira, só tenho uma coisa a dizer: 1, 2, 3 somos trigêmeas sim!

Aos caros colegas do PPGEnf/UFSCar, aos Docentes e funcionários.

À CAPES pela concessão de bolsa.

Destino

*Como o passado é o espelho do presente,
Você é a lembrança de um ser querido.
O mundo corre para cada um
Em sentido oposto.*

*Lá longe, o horizonte, o destino traça.
Mire o infinito e veja nele a esperança
De saber sorrir no amanhã.*

*O tempo passa indiferente,
Traz perfumes, delicias de um sonho.
Passado tempo leva o tempo e
Transforma a vida.*

*Mesmo que no tempo a memória grude,
Restará sempre a esperança de
Amanhã conquistar o mundo.*

(Rosa Camacho, entre 1977-1979)

RESUMO

A Política Nacional de Humanização (PNH) é considerada uma proposta política de readequação do sistema de saúde sob o prisma do fomento da autonomia dos atores envolvidos, ou seja, usuários do SUS, trabalhadores de saúde e gestores. Foram itens de interesse dessa pesquisa a compreensão e as ações de gestores municipais de saúde sobre a PNH e suas diretrizes Acolhimento e Cogestão. Entendendo que o perfil e as habilidades dos gestores municipais têm repercutido para os processos de efetivação de políticas de saúde e na função promotora dos gestores diante dessas, objetivou-se identificar as percepções e ações dos gestores municipais sobre a PNH, o Acolhimento e a Cogestão. Foram realizadas entrevistas individuais com 12 gestores de 6 municípios do interior de São Paulo. Para a análise dos dados utilizou-se o referencial da análise de conteúdo temático-categorial. Os resultados apontam que os gestores, de maneira geral, tem pouca aproximação com a PNH e suas diretrizes acolhimento e cogestão. A PNH ainda é compreendida por alguns gestores como atitudinal de cordialidade, entretanto, alguns a identifica como ferramenta importante para a efetivação do SUS. O acolhimento ainda é centrado na equipe de enfermagem e os gestores referenciam sua importância no cuidado, entretanto, sua realidade prática é como ferramenta de triagem para atendimento médico. A cogestão é apontada como o compartilhamento na saúde, entretanto, na realidade dos municípios as verticalidades na condução dos processos de gestão ainda se fazem presentes. Os gestores identificam a comunicação como elemento potente para a efetivação da PNH, entretanto, atribuem aos usuários e trabalhadores a tarefa de buscar comunicar-se com a gestão. Como dificuldade apontam número reduzido de trabalhadores e a modalidade de contratação (concurso público) e vínculo efetivo dos trabalhadores. O presente estudo evidenciou que os processos decisórios nos territórios dos municípios ainda reproduzem modelos de gestão centralizadores, no qual usuários e trabalhadores não são incluídos como participantes ativos. Ainda foi possível identificarmos práticas de gestão concernente com modelos pouco inclusivos e democráticos em oposição ao que propõe a PNH.

Palavras-chave: Política de Saúde, Política Nacional de Humanização, Gestão em Saúde

ABSTRACT

The National Humanization Policy (PNH) is considered a proposed policy readjustment Health System (SUS) from the perspective of promoting the autonomy of the actors involved: users, health worker and manager. Profile and abilities of municipalities have impact on health policy processes and promoting function of managers on these aimed to identify the perceptions and actions of managers at the cities level on the PNH , user embracement and the co-management. It is an exploratory research with qualitative approach whose data processing was due to the thematic analysis. Data production took place through individual interviews, oriented from semi-structured, with directors/health and a member of the 06 municipalities management team of a health region secretaries belonging to a Regional Department of Health's State of São Paulo, totaling 12 participants. The results demonstrates how that the managers, in general, are unaware of the PNH and user embracement and co-management. This study showed that decision-making processes within the territories of municipalities still reproduce centralizing management models, in which users and workers are not considered, and that this configuration reflects the context of health in the municipalities. Although it was possible to identify management practices concerned with little inclusive and democratic models as opposed to proposing the PNH.

Key-words: Health policy; Health management; Humanization of Assistance

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Caracterização dos Gestores segundo código de identificação, sexo, formação/escolaridade, cargo/função atual, tempo de atuação na saúde e tempo em função de gestão em saúde. **Página 38**

LISTA SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS – Atenção Básica à Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CGR - Colegiado de Gestão Regional
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
COPAIS – Coletivo Paulista de Investigação em Saúde
DEnf – Departamento de Enfermagem
DRS – Departamento Regional de Saúde
EAD – Educação a Distância
EERP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EPS - Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
FMABC – Faculdade de Medicina do ABC
FSP-USP – Faculdade Saúde Pública
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC – Iniciação Científica
IDEC - Instituto de Defesa do Consumidor
MS – Ministério da Saúde
PCA- Tools – Primary Care Assessment – Tool
PEC – Projeto de Emenda Constitucional
PET – Programa Educação pelo Trabalho
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH - Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde
PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNUD – Programa das Nações Unidas pela desenvolvimento
PPGEnf – Programa de Pós-graduação em Enfermagem
PPSUS - Projeto de Pesquisa para o SUS
PSF – Programa Saúde da Família
PUC – Pontifícia Universidade Católica
SES-BA – Secretaria de Estado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	13
2. INTRODUÇÃO	16
2.1. Acolhimento como diretriz da PNH	25
2.2. Cogestão como diretriz da PNH.....	28
2.3. Gestão municipal de saúde.....	32
3. OBJETIVOS	34
3.1. OBJETIVO GERAL	34
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
4. METODOLOGIA	35
4.1. Tipo de pesquisa.....	35
4.2. Local do Estudo	35
4.3. Participantes da Pesquisa	37
4.4. Instrumento de Coleta	38
4.5. Análise dos dados	38
4.6. Procedimentos éticos-legais	40
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÕES DOS RESULTADOS	41
5.1. Caracterização dos participantes	41
5.2. Análise das Categorias	43
5.2.1. Conceitos e significados atribuídos pelos gestores	43
5.2.1.1. Humanização: uma concepção em transformação	43
5.2.1.2. Acolhimento: ação pontual e ainda orientada no modelo biomédico	49
5.2.1.3. Cogestão: horizontalização e cooperação entre diversos atores	57
5.2.2. O agir da gestão entre a ação real e o pretendido	60
5.2.3. Dificuldades e Potencialidades para a implementação da PNH.....	68
5.2.3.1. Dificuldades	68
5.2.3.2. Potencialidades.....	71
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
8. ANEXOS	88
9. APÊNDICES	89

1. APRESENTAÇÃO

O meu ingresso no curso de graduação em Enfermagem na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) foi determinante para o meu despertar sobre saúde e o cuidado concreto e integral. Desde o primeiro semestre, e ao longo de toda a formação, tive contato com o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Primária à Saúde (APS) através de atividades e disciplinas teórico-práticas. Essa aproximação, certamente, corroborou para um olhar e sensibilização diferente daquele com o qual ingressei na universidade quanto ao próprio sistema público de saúde, hoje percebo o quanto me alimentei nas águas do senso comum no que tange o SUS. Em 2009, meu penúltimo ano da graduação, fui selecionada como bolsista para o Programa Educação pelo Trabalho (PET) – Saúde e permaneci por dois anos. Durante esse período me foi proporcionado contato intenso, quase como um mergulho profundo, com a Estratégia Saúde da Família (ESF).

A imersão no campo da ESF, a proximidade com profissionais (trabalhadores e residentes), a vinculação com a equipe, os aprendizados propiciados e os estudos suscitados me fizeram enxergar na APS uma potência e possibilidade, que sempre questioneei se existiria, para transformações de vida, cidadania e de saúde. Ainda durante a graduação realizei uma Iniciação Científica (IC) cujo tema foi a APS, mas na perspectiva dos graduandos. Essa experiência foi imensamente enriquecedora, pois, através dela, pude aprofundar conceitos, aprimorar meu entendimento sobre o SUS e APS e, concomitantemente, por me aproximar de um campo diferente do que até aquele momento havia experimentado, que era o do cuidado, me levando a pensar a questão da formação dos profissionais da saúde para esse campo. O estudo frutificou apresentação de trabalhos em congressos e a publicação de um artigo de pesquisa.

Ao concluir a graduação (bacharelado e licenciatura) ingressei no mercado de trabalho como docente em nível técnico, onde assumi a disciplina “Saúde coletiva” e supervisionei estágio em Unidade Básica de Saúde. Nesse momento, foi imperativo o enfoque preparatório que a instituição de ensino esperava da disciplina que assumi. Entretanto, nunca compreendi a disciplina apenas como meio de “programar” os alunos ou verter leis, portarias ou programas do SUS aos discentes. Nessa contradição, do que era pedido pela coordenação e pelos rumos que escolhi seguir na disciplina consegui criar um espaço de formação mais dialogado e reflexionado.

O paradoxo entre o SUS, a APS e o cuidado à saúde, que se alicerçam na legislação e livros, e o cenário vivenciado no estágio inquietaram não só a mim, mas também os alunos. “*Dá para acreditar no SUS?*” Essa contradição ficou em mim e me afligiu enquanto professora/supervisora de estágio. Não tive resposta que satisfizesse os alunos naquele momento.

No intuito de solidificar conhecimentos e na busca por novos iniciei uma especialização em Saúde da Família na Universidade Gama Filho, modalidade Educação à Distância (EAD), concluída em 2013. No mesmo ano realizei a disciplina “Saúde Coletiva e Enfermagem” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf/UFSCar) ofertada no segundo semestre de 2013 como aluna especial. A experiência no PPGEnf/UFSCar, bem como os estudos e provocações suscitados durante a disciplina, me levaram a um amadurecimento de ideias e conceitos, inclusive sobre o (naquele momento possível) ingresso no mestrado.

Como na geometria a menor distância entre dois pontos é uma reta e a minha foi a aprovação em concurso público para, finalmente, atuar como enfermeira na ESF. Nasceu ali a esperança de fazer diferente e aplicar tudo o que absorvi e elaborei durante minha trajetória. Permaneci com a equipe da Unidade Bela Vista no município de Muzambinho/MG de Novembro de 2013 a Fevereiro de 2014. Gosto de pensar nesse tempo como um ciclo de grande aprendizado, afirmação, construção de identidade profissional e dedicação. Desse período levo grande gratidão a todos e um punhado de desconstruções e dúvidas sobre gestão, equipes, atenção em saúde, compartilhamento e reflexões acerca do instituído e intocável. Coloquei-me a remodelar concepções sobre o SUS, não porque tivesse dúvidas do que é ou do seu alcance, mas sobre os elementos que o tecem e o produz.

Os conceitos da geometria podem ser inquestionáveis, pois são matemática e lógica, contudo a vida não os segue quando não os quer. E foi assim que a reta de menor distância se desfez e retornei à São Carlos/SP para ingressar no mestrado no PPGEnf/UFSCar. Concomitante ao início das atividades do mestrado, em Março de 2014, fui selecionada para participar como pesquisadora-auxiliar no projeto Coletivo Paulista de Investigação em Saúde (COPAIS) no núcleo São Carlos, no qual fui bolsista. Dentro do COPAIS pude trabalhar com diversos profissionais de saúde em duas frentes de pesquisa: uma avaliação da APS sob a perspectiva dos profissionais do município de São Carlos/SP, com a aplicação do *PrimaryCareAssessment – Tool* (PCA-Tools) em todas as equipes de saúde (USF e Unidade

Básica de Saúde (UBS) e no projeto “Cartografias da Atenção Primária à Saúde (APS) em São Carlos/SP”. As experiências possibilitadas no COPAIS, contribuíram para minha formação enquanto pesquisadora, me aproximaram de referenciais teóricos e metodológicos que, sem dúvida, expandiram minhas perspectivas, me apresentaram outros cenários de pesquisa e cooperaram para depurar o meu próprio olhar sobre meu objeto de pesquisa no mestrado.

A partir das experiências vividas ao longo da minha (pequena) trajetória profissional, coincidentemente ou não, sempre fui levada a pensar sobre as construções da atenção à saúde que temos e que pretendemos ter. Muitas são as minhas dúvidas e interventores nesses processos, no entanto as minhas inquietações sempre tocaram o “como, para que e para quem?”. A potência que enxerguei logo que me deparei com a ESF foi a de transformação e alteração de lógicas instituídas e do SUS (especialmente no que se refere a equidade, integralidade e universalidade) como balizador na conquista por autonomia e cidadania. Entendo que essa potência não seja atributo exclusivo da ESF ou da APS, mas sim do sistema em que se constitui o SUS.

A partir das vivências do mestrado, durante as disciplinas, seminários e outras atividades de pesquisa por mim realizadas essas inquietações foram se transformando, ganhando contornos e forma a fim de definir meu projeto de pesquisa. Em agosto de 2014, a convite da minha orientadora, me uni ao grupo de pesquisadores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e Departamento de Enfermagem da UFSCar (DEnf/UFSCar) no Projeto de Pesquisa para o SUS (PPSUS): “Cogestão, Apoio Institucional e Acolhimento na Atenção Básica: uma pesquisa intervenção” coordenado pela Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna. Dentro do PPSUS pude vivenciar diversos espaços de produção de pesquisa, como as idas aos municípios para os grupos focais, conduzir grupos focais e os compartilhamentos próprios do grupo, análises coletivas e desenvolver o presente estudo. A partir do ingresso no PPSUS e das leituras para fundamentação teórica do meu projeto de pesquisa percebi o quanto a vida me trouxe a esse espaço e me proporcionou esses encontros. Aos poucos percebi o quanto as minhas inquietações se relacionavam e se tocavam com a Humanização. Mais do que me enxergar, pude visualizar uma pesquisa e desenvolvê-la, reencantando o meu próprio concreto investigando as perspectivas dos gestores sobre esse tema.

2. INTRODUÇÃO

O contexto histórico-social e o processo de redemocratização do Brasil, experimentados na segunda metade do século XX, foram fecundos para a organização e prolífero para o movimento da Reforma Sanitária. O movimento da reforma buscava provocar mudanças profundas no sistema de saúde brasileiro trazendo como estandartes o direito ao acesso irrestrito a todos os serviços de saúde por todos os cidadãos, a compreensão dos determinantes sociais na saúde, a regulação por parte do Estado em relação ao mercado da saúde, a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema, participação da população, controle democrático e a integração entre saúde previdenciária e saúde pública. As bandeiras erguidas pela Reforma Sanitária traziam em seu cerne a conquista da cidadania e espaços democráticos de decisão e participação na saúde. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; SANTOS, 2013).

Com o fim do regime militar e reconquista da democracia no país inicia-se um período de reformulações jurídico-legais. Naquele momento, meados da década de 1980, o país vivia uma crise econômica e inflacionária. No campo da saúde, o então Ministro da Saúde convoca em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que em suas plenárias abordou e discutiu alguns dos principais pontos levantados pelo movimento da reforma sanitária: saúde como dever do estado e direito do cidadão, reformulações no sistema de saúde, expansão da cobertura a todos os cidadãos e participação popular. O sentimento naquele momento era de entusiasmo com a possibilidade do Estado “encabeçar” transformações na estrutura da sociedade brasileira, o que, obviamente, também incluiria a saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A partir da força política e social que a 8ª Conferência obteve foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária cuja função foi formular uma proposta de sistema público de saúde para ser apresentada e debatida na Assembleia Constituinte. Essa comissão congregava representantes de diversos setores como dos governos federal, estaduais e municipais, instituições públicas e privadas de saúde, coletivos da sociedade civil e trabalhadores sindicalizados (SANTOS, 2013). Para garantir a participação popular nos debates sobre a saúde na Constituinte, e ainda repercutindo a força da 8ª Conferência, foi criada a Plenária Nacional de Saúde composta por movimentos e entidades da sociedade civil (SANTOS, 2013).

Em 1988 é, então, promulgada a carta magna, também conhecida como Constituição Cidadã que insere em seu texto a concepção de saúde como parte da seguridade social (ESCOREL, 2012).

Mattos (2009) pontua que, o texto constitucional é produto de árdua batalha política na negociação durante a constituinte e que, embora o texto contemple elementos fundamentais das reivindicações e propostas forjadas dentro do movimento da Reforma Sanitária, pontos considerados vitais pelos reformistas não foram incluídos, como o financiamento e o controle do estado no setor privado da saúde. (PAIVA, TEIXEIRA, 2014). Embora o texto constitucional não tenha contemplado todas as reivindicações nascidas no movimento da reforma sanitária, em seu bojo, estabelece o advento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS pode ser considerado como uma das maiores políticas sociais já implantadas no Brasil (SOUZA; COSTA, 2010). Essa perspectiva se fundamenta a partir do conteúdo da própria Constituição de 1988 que compreende saúde como resultado das condições de vida das pessoas, cabendo ao estado garanti-la através de políticas econômicas e sociais. Assim, a partir dos deveres do estado presentes na legislação e do entendimento de políticas econômicas e sociais como aquelas que abrigam questões como condições de acesso à educação, emprego, moradia, cultura, transporte entre outras, para além da assistência médico-hospitalar, podemos compreender o SUS como uma tentativa audaciosa de construção de um país mais justo.

O SUS é compreendido como uma formulação política e organizacional para reordenamento dos serviços e ações de saúde e encontra-se em constante (re)construção (BRASIL, 1990a). Sua designação é atravessada pela compreensão de “sistema”, ou seja, seus componentes (serviços e ações) devem concorrer por um produto final comum. Nesse sentido, e no intento de construir o “sistema” que se almeja institucionalizar, temos o escopo organizacional descrito na Lei 8080/90, que descreve os princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade; e organizativos: descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade (BRASIL, 1990a, 1990b), que traduzem as diretrizes políticas, organizacionais e operacionais.

A Lei Orgânica da Saúde 8080 de 1990 também apresenta as atribuições de cada esfera de governo- federal, estadual e municipal – e, de forma contundente, estabelece que a oferta de serviços e ações em saúde, diretamente ou mediante a participação dos prestadores privados que integram a rede de serviços do SUS, deve ser organizada em níveis de

complexidade tecnológica crescente e de maneira hierarquizada e regionalizada. Assim, requer da rede de serviços a oferta para dada população de todas as modalidades de assistência e acesso às tecnologias disponíveis com o propósito de atingir alto grau de resolubilidade (BRASIL, 1990a, 1990b; TEIXEIRA, SOLLA, 2005).

O arcabouço legal do SUS contempla e estabelece os modos e percursos para a efetivação do sistema, aponta critérios e condições para tal, a exemplo dos princípios doutrinários e organizativos. Ainda que a legislação conte com essas ferramentas o que se observa é que o SUS legal é diferente do SUS possível, que por sua vez se distancia, e muito, do SUS necessário (VIEGAS; PENNA, 2013). Entendemos aqui ‘SUS legal’ como o sistema estabelecido na legislação, desde as Leis Orgânicas (8080 e 8142) como as portarias e outros dispositivos legais deferidos (VIEGAS; PENNA, 2013). Segundo Souza (2009), ‘SUS necessário’ corresponde ao sistema de saúde que queremos, aquele que pretende, conforme descrito na Constituição, garantir a saúde da população por meios além dos assistenciais e curativos, mas também atendendo às necessidades por meio de políticas sociais e econômicas. O mesmo autor define ‘SUS possível’ como o sistema vivenciado no cotidiano, que embora tenha alcançado alguns avanços importantes se distancia do SUS necessário.

As discussões em torno da dicotomia e o antagonismo entre o modo como o SUS deveria funcionar, os modos de fazer gestão e a realidade vivida nos serviços de saúde se apresentam como impasses para a consolidação do sistema. Estudos tem apontado o paradoxo entre o SUS legal e teórico e o SUS cotidiano, da realidade dos gestores, dos profissionais e dos usuários. Segundo estudo realizado por Backes et al (2014), com profissionais do SUS, a compreensão desses é a de que esse sistema de saúde tem uma legislação excelente, que pode, inclusive, servir de exemplo para outros países, mas que apresenta dificuldades operacionais (BACKES et al, 2014). Outros trabalhos apontam resultados semelhantes no que se refere às dificuldades enfrentadas pelo SUS ainda que o mesmo possua um arcabouço legal bem articulado e concatenado (VIEGAS; PENNA, 2013; SOUZA e COSTA, 2010) e é inclusive assunto debatido, mesmo que de maneira sucinta, em livreto elaborado pelo Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC) em parceria com Ministério da Saúde (MS) (IDEC, 2003), aproximando a discussão da realidade cotidiana dos cidadãos.

No caminho da efetivação do SUS há percalços que de modo sucinto podem ser atribuídos a uma série de obstáculos, que não são objeto desse estudo, mas, a se fazer saber, tangem o financiamento, produção de cuidados e obstáculos estruturais, como a dificuldade

de se construir um modelo de bem-estar social diante da conformação político-econômica que nos inserimos atualmente (CAMPOS, 2007a). Muito se tem debatido sobre o distanciamento da proposta e potência do SUS, fundamentadas na legislação, e do cotidiano dos serviços. Convém retomarmos que a aprovação do SUS e Leis Orgânicas da Saúde ocorrem em um cenário de profunda crise econômica no país o que mina o entusiasmo inicial após as aprovações. Concomitante a esse fato, o otimismo frente às transformações do sistema de saúde, aguardadas desde a promulgação da Constituição de 88, esbarram nas dificuldades impostas pelos interesses econômicos que atravessam a saúde e pela complexidade dos dificultadores inerentes a implementação desse sistema de saúde em um país com dimensões continentais (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). O inconveniente de se propor um sistema de saúde consonante com um modelo de proteção social em um país que, economicamente, se alinha ao modelo neoliberal se traduz na fragilização do SUS em diversas frentes e modos, com impacto nas esferas social, política e da opinião pública, que levam a contradições jurídico-cotidianas e uma incompreensão e insatisfações (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

As estratégias de mobilização e movimentação do Ministério da Saúde (MS) para consolidação do SUS e de seus princípios se dão especialmente por meio de intervenções jurídico-regulatórias, como portaria e programas, ou por meio de pactos entre as instâncias de gestão e trabalhadores. Essas estratégias, não raro, são de difícil aplicação prática-cotidiana, pois apresentam forte conteúdo normativo de caráter técnico-processual evidenciando e favorecendo a verticalização do gerir e cuidar. Diante disso, para a construção do sistema que pretendemos, urge a necessidade do que Benevides, Passos (2005) chamam de “reencantamento do concreto”.

Varela (2003), em seu ensaio intitulado “Reencantamento do Concreto”, publicação do Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade da Pontifícia Universidade Católica, São Paulo (PUC-SP), discute sob o lugar das ciências cognitivas e nos traz o conceito de reencantamento do concreto e desencantamento do abstrato. O autor se contrapõe a tradição, por ele denominada de abstrata cujas teorias se sustentam na compreensão de que o modelo de mente e arquitetura cognitiva é resultante de um registro de informações ambientais, não influenciado pelo indivíduo, ou seja, o que se percebe do mundo é só uma projeção de algo já estabelecido, uma reprodução. A ideia que o autor defende, da centralização no presente, ou seja, no concreto, entende que a percepção não é a reconstituição de algo preestabelecido, mas sim, fruto das capacidades sensório-motoras do sujeito e do mundo, pois são indissociáveis

(VARELA, 2003; COÊLHO, ARAUJO JUNIOR; OLIVEIRA, 2011). O reencantamento do concreto é, portanto, desviar-se do “representado”, cartesiano e imutável e aproximar-se do concreto, que é onde se constrói o conhecimento, o tocável, local (inter)ação efetiva dos atores em processo e, conforme Coêlho, Araujo Junior; Oliveira (2011), também espaço onde pode-se reencantar o que se realiza e produz em busca de mudanças daquilo que se toma como inconversível no sistema e serviços de saúde.

Ao aproximarmos o conceito de reencantamento do concreto apresentado por Varela (2003) ao contexto da saúde, reencantar significa a valorização das práticas de gestão e atenção à saúde satisfatória, das experiências concretas do “SUS que dá certo” e vivências diferenciadas de gestão e cuidado para além das normatizações ou padrão-ideal (BENEVIDES; PASSOS, 2005; PASCHE et al, 2011). Além dessa perspectiva, Coêlho (2006) ressalta que o ‘reencantamento do concreto’ está nos modos de fazer gestão e atenção, pois são elementos interventores que também produzem realidade. A autora defende que ‘reencantar’ dentro de um sistema de saúde que tem comprometimento com a proteção social, com a democracia e com a dupla tarefa de produzir saúde e cidadãos é em si uma ação de defesa e sustentabilidade do sistema, pois passam obrigatoriamente pela reformulação do produzir saúde (COÊLHO, 2006).

Os desafios que se apresentam à consolidação do SUS também produzem reflexões e propostas de intervenção para seu aperfeiçoamento (NORA; JUNGES, 2013), nesse sentido o reencantamento do concreto ganha contornos a partir dos esforços pela mudança dos modelos de atenção e gestão.

Os conceitos de humanização no campo da saúde foram construídos à medida que eram evocados e dentro de certos contextos, assim a cada momento eram atribuídos e destituídos significados à humanização (BENEVIDES; PASSOS, 2005; CASATE; CORRÊA, 2005).

O termo humanização está presente na literatura nacional de saúde desde meados do século XX, essencialmente relacionado a ações e programas de saúde da mulher e assistência ao parto, sob influência e repercussões da Declaração Universal dos Direitos Humanos e movimento feminista (CONCEIÇÃO, 2009; BENEVIDES & PASSOS, 2005; PASCHE et al, 2011). O movimento da luta Antimanicomial, que também se assenta na Declaração Universal

dos Direitos Humanos, foi outro importante vetor para a construção das ações em prol da humanização no Brasil (CONCEIÇÃO, 2009).

Ao explorarmos a definição decodificada da palavra humanização no Dicionário *Online* da língua portuguesa verificamos o seguinte 1-ato ou efeito de humanizar, tendo como antônimo a palavra desumanização. O vocábulo humanizar por sua vez é definido como 1- tornar(-se) humano; dar ou ganhar atributos humanos; 2- tornar(se) sociável, civilizado; 3- tornar(-se) agradável ou suportável. Para Zoboli; Martins, Fortes (2001) humanizar significa reconhecer as pessoas enquanto sujeitos de direito, compreender suas singularidades, valores, crenças e história de vida e, no que tange o campo da saúde, é necessário compreender que as pessoas ao buscarem os serviços de saúde anseiam a solução de suas necessidades. Humanizar também pode ser compreendido como afirmação do humano na ação (WALDOW; BORGES, 2011).

Seoane (2012) defende que a humanização está contemplada na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 quando em seu texto discorre “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Todos são dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade” (ONU, 1948). Corbani; Brêtas; Matheus (2009) nos falam de humanização enquanto dignificação do humano, enquanto Sanches et al (2009), defende que a humanização é, então, a construção de relações sociais que viabilizem uma existência digna, sendo o campo da saúde um local para tal. Podemos inferir, portanto, que humanização é o resgate da dignidade do ser humano, num esforço de (re)construção de cidadania, de conquista e garantia de direitos, voz, escolha e participação.

A partir do início dos anos 90 a humanização ganha fôlego, enquanto conceito e proposta de intervenção em saúde, com a criação de programas de qualidade de assistência hospitalar e ações voltadas para o cuidado em saúde materno-infantil, no entanto, são ações isoladas, programáticas e com diferentes enfoques e propósitos (CONCEIÇÃO, 2009; RIOS, 2009; BENEVIDES & PASSOS, 2005; PASCHE et al, 2011). Embora muitos desses programas e ações utilizassem o termo humanização, a conceituação dos mesmos era frágil, imprecisa e se alinhava a ideia de certificação da qualidade na atenção-satisfação do usuário (BENEVIDES & PASSOS, 2005). Cabe assinalarmos que não apenas instituições privadas lançavam mão dessas ações, o MS, no final da década de 90, propôs uma série de programas de humanização, direcionados a qualidade na atenção ao usuário, como, por exemplo, a

“Carta do Usuário” de 1999 e a Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru de 2000.

As discussões acerca da humanização, enquanto temática de aperfeiçoamento do sistema de saúde, começam a ganhar espaço no cenário nacional a partir da XIª CNS realizada no ano 2000 com o título: “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Ainda que incipiente, a abordagem do tema teve relevância naquele contexto, pois além de propiciar a abertura ao debate também corroborou para o ingresso do tema nas agendas das políticas públicas de saúde (BENEVIDES & PASSOS, 2005).

Em 2001, o MS lança o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), nascido da emergência no enfrentamento dos desafios pela melhoria da qualidade do atendimento à saúde e da valorização dos trabalhadores (BRASIL, 2001). A proposta da PNHAH surge da percepção da qualidade da atenção ao usuário como nó crítico do sistema. O programa aponta que o compromisso e criatividade das equipes, da gestão e a qualidade da liderança são fatores preponderantes para a humanização dos serviços. A metodologia adotada pela PNHAH foi a criação de centros de referência em humanização em alguns hospitais da rede pública, que serviram de multiplicadores. O processo contou com o apoio de secretarias estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2001). Conquanto, a partir de 2003 a questão da humanização da atenção e da gestão para o SUS ganha novos contornos, os quais perpassam a ideia de transversalização, ou seja, superar o caráter limitado e pontual, próprios de programas, para a construção de uma política idealizada e concretizada coletivamente que abrangesse a totalidade do sistema de saúde (HECKERT et al, 2009).

Política de saúde pode ser compreendida como estratégia organizacional que deve ser executada em conformidade com aparato legal definido e que tem como objetivo a qualidade de vida da população (FLEURY; OUVÉNEY, 2012). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) política de saúde é:

“Um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes, notadamente governamentais, que definem as prioridades e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas. A política de saúde é frequentemente estabelecida por meio de leis e outras formas de normatização que definem as regras e incentivos que orientam a provisão de serviços e programas de saúde, assim como o acesso a esses.” (WHO, 1998 apud FLEURY; OUVÉNEY, 2012)

A definição de Política Pública no Dicionário de Política a descreve como “conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público” (BOBBIO; MATTEUCI; PASQUINO, 1995 apud VIANA; BAPTISTA, 2012).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde (PNH) é uma política pública do SUS (BRASIL, 2004; BENEVIDES; PASSOS, 2005; SANTOS-FILHO, 2007; PASCHE, 2009) cujo marco teórico-político foi publicado em 2004 apresentando-a como a proposta em substituição de ações fragmentadas de humanização e como modo para qualificar o SUS (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; SILVA, 2009; BRASIL, 2010). Seu marco-teórico elenca os princípios, estratégias e parâmetros para sua implementação. Com a PNH pretende-se intensificar a humanização nas práticas de gestão e cuidado (PASCHE; PASSOS, 2008). Para Santos-Filho a PNH:

“parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população” (SANTOS-FILHO, 2007, p. 1000).

Fleury; Ouverney (2012), defendem que uma política de saúde deve definir seus objetivos e valores. A PNH é uma política pública de saúde cujos valores são seus princípios, ou seja, a transversalidade, indissociabilidade entre gestão e atenção e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

A PNH, também conhecida como HumanizaSUS, nasce a partir da necessidade de enfrentamento de três objetivos centrais, sendo esses: 1) responder aos anseios da sociedade quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; 2) reverter a lógica de precarização do cuidado e articular processos condizentes com o projeto do SUS e 3) enfrentamento das dificuldades da organização e gestão do trabalho em saúde que repercutem negativamente na produção de saúde, assim como na vida dos trabalhadores (PASCHE et al, 2011).

Diferente dos conceitos atribuídos à humanização em outros contextos e épocas, que oscilavam entre atitudes de caráter filantrópico, bondade, ações humanitárias e paternalistas, a compreensão da humanização na PNH permeia a (re)conquista de direito à saúde. Na PNH humanização é definida como “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.”(BRASIL, 2010. p. 8). A PNH

surge com o intuito de intervir na produção e nos processos de trabalho em saúde. Humanizar é, portanto, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2010).

A PNH, dada a sua potência enquanto política de saúde transversal que a caracteriza, pressupõe a superação dos limites inflexíveis, ainda bastante arraigados em diferentes núcleos de poder/saber na saúde, afirmar e ampliar sua capacidade no enfrentamento das verticalidades e da sua ascensão como vertente orgânica do SUS (BRASIL, 2010). Para tal, faz-se necessário articular e convocar usuários e profissionais da saúde nos modos de operar a gestão e o cuidado.

A PNH não é proposta de filantropia ou ação de benevolência. A PNH surge como proposta de resgate de cidadania, para mudança de modelos de gestão e atenção em saúde ultrapassados e arbitrários, substituindo-os por modelos e práticas se proponham a conhecer, compreender e atender as necessidades de todos os atores envolvidos (usuários, profissionais e gestores). Devemos pensar em humanização no SUS como ferramenta substancial para a valorização dos indivíduos, sejam usuários, profissionais ou gestores, das relações e interações construídas e como instrumento de resgate e garantia de autonomia e protagonismo, cruciais também para a corresponsabilização em saúde. A política compreende também que humanização se faz com a defesa do SUS, com a construção de espaços de participação, qualificação dos serviços e dos processos de formação e práticas de cuidado em saúde (BRASIL, 2008). Através dessa concepção de humanização é que se constroem as pistas para a operacionalização da política. As pistas atravessam a construção, o fortalecimento e resgate de referências para a produção da humanização no SUS.

A PNH, no intuito de alcançar seus objetivos e proposta, indica uma série de estratégias gerais que visa incidir no processo para sua institucionalização. As estratégias de ação dessa política abrangem segmentos importantes para a implantação da política. Aqui descreveremos brevemente os eixos previstos que compõem: o primeiro eixo é o da estrutura institucional do SUS, incluindo estados e municípios para que adotem a PNH em seus planos de ação, conforme já se encontra enquanto compromisso na proposta nacional; o segundo eixo refere que o alicerce fundamental para a PNH é a inclusão dos profissionais nos processos de discussão e espaços decisórios, sendo que esse eixo objetiva fomentar e assegurar a participação dos trabalhadores. O terceiro eixo trata da questão do financiamento. Já o quarto

é o eixo da atenção que prevê a ação incentivadora da política por ações integrais, promocionais e intersetoriais, pelo compartilhamento do cuidado e estímulo a autonomia dos sujeitos e corresponsabilização com as equipes. O quinto eixo indica as propostas da PNH junto à Educação Permanente em Saúde (EPS) e o sexto nos traz a informação e divulgação como focos, prevendo a inclusão do debate como elemento essencial (BRASIL, 2008).

A PNH se estrutura em princípios, métodos, diretrizes e dispositivos (BRASIL, 2008). Os princípios são como motores, atuam como propulsores que mobilizam, recrutam e disparam ações de um plano de políticas públicas (BRASIL, 2008). Na PNH podemos citar a transversalidade como princípio. Quanto aos métodos, a PNH propõe a tríplice inclusão, que são: 1) inclusão dos diferentes atores do processo (usuários, profissionais e gestores) para produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade; 2) inclusão dos deslocamentos dos modelos e práticas tradicionais pela mudança e; 3) inclusão das grupalidades e coletivos para fomento das redes. Quanto às diretrizes, a política as compreende como orientações gerais que expressam o método. São diretrizes da PNH: Clínica Ampliada, Cogestão, Acolhimento, Valorização do trabalho e do trabalhador, Defesa dos Direitos do Usuário, Fomento das grupalidades, coletivos e redes e Construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2008). Os dispositivos são modos de adequar as diretrizes frente ao processo de trabalho para efetivá-las, são exemplos o acolhimento com classificação de risco e o Apoio Institucional (PAVAN; TRAJANO, 2014).

Para fins desse estudo foram escolhidas as diretrizes Acolhimento e Cogestão. Entendemos que esses tem importante função na efetivação da PNH, pois tem potência de intervenção nos processos instituídos nas práticas de saúde como a fragmentação do cuidado, silenciamento e hierarquização entre os membros das equipes e usuários, bem como os modelos de gestão centralizados.

2.1. Acolhimento como diretriz da PNH

Assim como humanização, o termo Acolhimento tem sido largamente utilizado no campo da saúde com uma diversidade de significados atribuídos a ele. A palavra acolhimento remete a receber, admitir, atender, acolher e amparar (BRASIL, 2010). Acolher significa dar ouvidos, ter ou receber (alguém) junto a si, aceitar, considerar (GOMES; PINHEIRO, 2005, CARVALHO; CUNHA, 2009; BRASIL, 2010). Entendemos que acolhimento também se

refere à proximidade e inclusão, de “estar com” e “estar perto”. (CARVALHO; CUNHA, 2009)

O acolhimento é uma diretriz que orienta o processo de trabalho nos serviços de saúde sob a lógica da acessibilidade e pluralidade, ou seja, todos que procurarem os serviços devem ser atendidos sem quaisquer diferenciação ou restrição e que sejam consideradas todas as suas necessidades. Desse modo, compete aos serviços de saúde acolher, escutar, garantir atendimento resolutivo e se responsabilizar pela continuidade do cuidado, mesmo que este seja conduzido a outro nível da rede de atenção (MERHY, 2004; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011).

Sobre o acolhimento, portanto, pressupõe-se que este não deve ser tomado como procedimento, técnica de trabalho ou serviço desconectado do cuidado, ou seja, não pode ser confundido com triagem, registro de admissão, abertura de prontuários ou atividade que se encerra na recepção do usuário. Por conseguinte, o acolhimento deve ser compreendido como ação que atravessa todo o serviço de saúde, em seu espaço e atividades. Quer dizer que o acolhimento não se realiza em um único local dentro dos serviços, nem por apenas um profissional ou só em determinados momentos preestabelecidos. Não deve ser aprisionado na sala ao lado da recepção, ser atribuição exclusiva da equipe de enfermagem ou só ser realizado com prévio agendamento ou em dias e períodos alternados (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; CARVALHO; CUNHA, 2009; BRASIL, 2010).

Na PNH, o acolhimento é reconhecido como diretriz e profundamente comprometido com sua ética/estética/política (BRASIL, 2010). O acolhimento na perspectiva do seu compromisso ético pressupõe o reconhecimento do outro em todas as suas dimensões, subjetividades e singularidades. O compromisso estético assume que o acolhimento, enquanto atitude de contato e encontro deve contribuir para a dignificação da vida humana. O comprometimento com a inclusão e, através dela, potencializar protagonismo atende a perspectiva política do compromisso do acolhimento na PNH. Constitui-se como uma tecnologia do encontro, que ao produzir afetabilidades, constrói redes potenciais para a produção de saúde. Enquanto ação tecnoassistencial, o acolhimento é profícuo espaço de análise do processo de trabalho em saúde, sob o prisma das relações, e para o resgate do protagonismo dos usuários quanto ao seu processo de produção de saúde (BRASIL, 2010).

A experimentação do acolhimento pelas equipes da Atenção Básica à Saúde (ABS) tem contribuído para a redução da demanda reprimida das unidades e ampliação do atendimento das demandas espontâneas (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; SILVA, 2009; CARVALHO et al, 2008). No entanto, esse cenário nos revela a centralização do cuidado na figura do médico, produção de procedimentos e prática do tipo queixa-conduta. Revela-se um contexto onde prevalece o pouco domínio do conceito de acolhimento enquanto ferramenta de reconstrução do processo de trabalho em saúde e construção de novas relações entre profissionais e usuários. A descentralização de algumas decisões da figura do médico pode, a princípio, ser incompreendida pelos usuários, gerando conflitos (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; SILVA, 2009).

O acolhimento, ainda que não se restrinja a um espaço físico, requisita uma organização multidisciplinar e equipe comprometida com a reflexão e análise dos processos de trabalho. Segundo Scholze; Duarte Junior; Silva (2009), não basta o compromisso e intenção das equipes para que ocorra o acolhimento, são necessários também: adequada estrutura física, número de profissionais e a disponibilidade (tempo) desses, assim como boa remuneração (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; SILVA, 2009).

Um dos maiores desafios da efetivação do acolhimento, e de todo o sistema de saúde, é a ‘convivência’ com a tendência neoliberal atual, que impõe angustiantes golpes sobre a proteção social e atenção à saúde, como a readequação da máquina estatal, redução de investimentos em políticas sociais e desfinanciamento da saúde (BRASIL, 2010; BORLONI, 2012). Esse cenário contamina os processos de trabalho nos serviços e as relações profissional-profissional e profissional-usuário, impactando na qualidade do atendimento e na efetivação do acolhimento e da própria PNH.

Trabalhos com gestores, profissionais e usuários ainda demonstram a forte ideia de que cursos, capacitações e treinamentos são formulações instantâneas de mudança e representam alternativas para qualificar o atendimento e o acolhimento nos serviços de saúde (FALK et al, 2010; GUERRERO et al, 2013). Esses dados nos demonstram o quão rasos são o entendimento e abrangência do acolhimento enquanto ferramenta de rompimento das práticas atuais na saúde e dos implicadores externos que incidem no setor da saúde. Como dito anteriormente, o termo acolhimento ainda é utilizado equivocadamente, o que aprofunda a dificuldade em avançar nas discussões sobre o mesmo e colocá-lo, então, como diretriz da PNH.

2.2. Cogestão como diretriz da PNH

Para Carvalho; Cunha (2009), é imprescindível ao cumprimento das prerrogativas legais que sustentam o direito à saúde e o SUS, que se modifique o modo como os trabalhadores da saúde se relacionam com os usuários. É preciso superar a tradicional concepção que reduz as pessoas a instrumentos manipuláveis de acordo com os objetivos dos serviços de saúde, seja para transformá-las em insumos ou objetos. Ou seja, é necessário revertermos a concepção própria da racionalidade gerencial hegemônica que incide sobre os trabalhadores e sobre os usuários alienando-os com a tendência de coisificá-los e expropriar-lhes o poder de decisão (CARVALHO; CUNHA, 2009; CAMPOS, 2015a). Essa percepção também se amplia as relações estabelecidas entre os trabalhadores e os gestores e entre trabalhadores e trabalhadores.

Entendemos a racionalidade gerencial hegemônica como um método de gestão que se alicerça no encarceramento dos profissionais, retirando-lhes a voz e autogovernança sobre seu fazer (PEREIRA JUNIOR; CAMPOS, 2014).

Segundo CAMPOS (2010), grande parte das teorias e métodos gerenciais advindos a partir do século XX apresentava a intenção de controlar o trabalho humano. Essas teorias embora guardassem algumas especificidades, como o quão manifesto e claras eram as estratégias para o controle do trabalho, todas tinham esse aspecto em comum. Segundo o autor, a racionalidade gerencial hegemônica se sustenta em aspectos políticos, científicos e econômicos, que a justificam e assentam. Para o mesmo autor são três aspectos fundamentais que demonstram esse cenário: o primeiro se relaciona a tendência de subtrair do trabalhador, e do trabalho, a reflexão e raciocínio, submetendo-os a normatizações previamente estabelecidas. Essa tendência significa um engessamento e mecanização do trabalho, e do trabalhador, que é como um objeto executante de procedimentos e obediente a protocolos, sem espaços para escuta de sua subjetividade e experiência. Nesse sentido, a racionalidade gerencial hegemônica esforça-se em direção a:

“Reduzir o sujeito do trabalho a um objeto, a um recurso maleável conforme o planejamento e programas definidos pela direção ou por “quem entende do assunto”, em geral especialistas que pensam e planejam afastados do espaço onde se realiza o trabalho.” (CAMPOS, 2010, p.2338).

A racionalidade gerencial hegemônica se traduz em sistemas que preveem a limitação de escolhas e a destituição das possibilidades de autogovernança da maioria. Para tal, lança mão dos “instrumentos”: controle e disciplina que, por sua vez, pressupõem concentração de poder e se contrapõem a democratização (CAMPOS, 2015a). A alienação real dos trabalhadores, um dos sustentáculos da racionalidade gerencial hegemônica, decorre da concentração dos meios de produção por uma parcela pequena da totalidade das pessoas, conseqüentemente, o não pertencimento dos meios de produção a maioria. Esse fato implica na exclusão da maioria trabalhadora dos espaços formais de poder. Segundo Campos (2015a) a alienação formal é resultado de determinantes econômicos e políticos e tal condição impossibilita a participação dos trabalhadores na gestão, já que a propriedade confere direito de comando. Essa condição interfere de modo significativo nos trabalhadores, afetando sua autonomia, empoderamento e busca por direitos e condições de trabalho (CAMPOS, 2010; CAMPOS, 2015a).

O terceiro aspecto levantando por Campos (2010) sobre a racionalidade gerencial hegemônica encontra sustentação teórica no campo dos métodos administrativos e se refere à compreensão do ser humano como incapaz de trabalhar em coletividade, devendo, portanto, ser supervisionado. A supervisão serviria para conter os impulsos gerados a partir dos interesses individuais de cada trabalhador e, conseqüentemente, como função de controle (CAMPOS, 2015a).

Obviamente os modelos administrativos fundamentados na lógica da racionalidade gerencial hegemônica impactaram diversos setores, não se restringindo às indústrias e suas linhas de produção. No campo da saúde, para Pasche (2009), o modelo de gestão atinente à racionalidade dominante leva à “desumanização na saúde”, pois se contrapõem a democracia institucional levando a processos de hierarquização, concentração de poder, não responsabilização e alienação. Esse cenário fragiliza a eficácia das práticas de saúde.

Alternativas organizacionais com arranjos mais descentralizados, com compartilhamento de poder e decisões tendem a desfazer tensionamentos e aproximam o planejamento da execução dos serviços, ou seja, os gestores dos trabalhadores (CARVALHO; CUNHA, 2009). Essas alternativas se opõem ao sistema administrativo idealizado por Frederick Taylor, comumente denominado *taylorismo*, cujo eixo conformador é a racionalidade gerencial hegemônica. A proposta do economista americano apoia-se na desigualdade de poder e de decisão, entre dirigentes e executores (trabalhadores). Nessa

estrutura organizacional, os papéis também se distinguem. Enquanto dos dirigentes são esperadas ações audaciosas e boa capacidade de comando, aos executores cabem a obediência e a disciplina enquanto qualidades (CAMPOS, 2015a).

A alienação no trabalho na saúde tem repercussões desastrosas, pois interferem em diversos segmentos do cuidado, inclusive no encontro com o outro. Segundo Malta; Merhy (2010), o encontro entre o profissional e o usuário é espaço privilegiado para empreender mudanças e atos criativos. Entretanto, esse espaço não é imune aos arranjos e modelos que incidem na saúde (BRASIL, 2009; MALTA; MERHY, 2010). Esse cenário tem demonstrado a necessidade em se reorganizar o trabalho em saúde e ressignificar os sentidos dele para os trabalhadores (BRASIL, 2009). As relações e encontros na saúde deve ser pela corresponsabilização, com compartilhamento de saberes e restabelecimento da autonomia (BRASIL, 2009; MALTA; MERHY, 2010).

A aposta da PNH é pela democratização da gestão, por um modo de gerir inclusivo, que considere o pensar e o fazer coletivo, ou seja, com envolvimento de todos os atores do cuidado em saúde em um movimento de substituição da racionalidade gerencial hegemônica. A efetivação das diretrizes da PNH contribui para a ampliação da corresponsabilização, por permitir afetar as tensões e relações de poder dos membros das equipes e com os usuários (BRASIL, 2009). A corresponsabilização desloca os sujeitos (profissionais, usuários e gestores) do lugar de objeto nos serviços de saúde e lhes oferece autonomia.

A PNH propõe a ampliação dos espaços de participação popular e gestão. O princípio organizativo da participação popular é ferramenta para a democratização da gestão em saúde. Este princípio está descrito na lei 8142/90, que, entre outras normatizações, orienta sobre a criação dos conselhos de saúde nos âmbitos municipal, estadual e nacional e a composição dos mesmos. Na PNH, a identidade participativa do sistema de saúde é reforçada e seu alcance ampliado, pois compreende o alcance da participação também no que se refere ao cuidado em saúde, ou seja, a participação popular não se restringe apenas à gestão do sistema e serviços de saúde, mas abrange também o cuidado (BRASIL, 2009). O compromisso da PNH é com a qualificação do sistema de saúde com a polinização de um jeito de produzir saúde que também produza os atores capazes de provocar mudanças nos modos de cuidar e gerir (BRASIL, 2009; MORI; OLIVEIRA, 2009).

A Cogestão é diretriz estruturante da PNH. A Cogestão pretende operacionalizar a gestão democrática e participativa no sistema de saúde e, conseqüentemente, o

remodelamento das práticas gerenciais (CAMPOS, 2015a). Essa diretriz da PNH pressupõe a abertura e fortalecimento de espaços que favoreçam o exercício do diálogo e acordos entre os diferentes, o que, em outros termos significa a inclusão dos sujeitos no processo de análise e tomada de decisão (SANTOS FILHO; FIGUEIREDO, 2009).

Em oposição às práticas gerenciais comuns na saúde, a cogestão é proposta de gestão tecida em conjunto, articulada com as subjetividades e singularidades dos envolvidos para uma construção coletiva e compartilhada de conhecimentos e intervenções (SANTOS FILHO; FIGUEIREDO, 2009; GUIZARD; CAVALCANTI, 2010). O prefixo ‘co’ representa a experimentação da gestão em dupla adição: a de novas funções e a de novos sujeitos (BRASIL, 2009; MORI; SILVA; BECK, 2009).

Para o fortalecimento da gestão democrática e da construção compartilhada na saúde é importante que os sujeitos envolvidos ampliem suas capacidades reflexivas e analíticas. Segundo CAMPOS (2009) o método Paideia ou da Roda “têm como finalidade realizar um trabalho sistemático para aumentar a capacidade das pessoas de agirem sobre o mundo, favorecendo a constituição de "sujeitos reflexivos e operativos”. O método aposta na politização dos sujeitos conforme o modelo de Pólis Grega, com a noção de Ágora e Paideia. A noção de Ágora remete à um modelo de plena democracia e igualdade. Já a noção Paideia remete ao “processo de formação do homem grego”, para além do sentido de adestramento, a formação nesse contexto se aproxima da ideia de desenvolvimento integral das pessoas. Na perspectiva do método desenvolvido por Campos (2009), incidem sobre o ‘desenvolvimento integral das pessoas’ os modelos de gestão e práticas profissionais. Esses são condicionantes, podendo, então, alterar o modo de ser das pessoas. Pensando esse conceito na saúde, podemos verificar duas tendências polarizadas, a primeira se sustenta na dependência e impotência e a segunda se sustenta no fortalecimento da criticidade e capacidade interventiva das pessoas. O método Paideia se alinha à segunda tendência, sendo uma proposta de cogestão (CUNHA; CAMPOS, 2010; CAMPOS, 2015a).

Os processos, acordos e compromissos entre os indivíduos se constroem na prática da cogestão. É nesse espaço (cogestão), conforme a experimentação dos tensionamentos e disputas de cada cenário, que se produz a corresponsabilização, coanálise e codecisão. Esses elementos são imprescindíveis à construção de modos de gestão mais democráticos (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009; MORI; OLIVEIRA, 2009; CALDERON; VERDI, 2014).

Muitos tem sido os esforços para a efetivação da cogestão como método na saúde, entretanto, tantos também tem sido os desafios a serem enfrentados, entre os principais está a urgência em se fortalecer a participação popular para uma gestão democrática (BECCHI et al, 2013; MORI; OLIVEIRA, 2009, TORRES et al, 2012). Em contrapartida, encontramos na literatura relatos de experiências com cogestão satisfatórios e que a participação popular tem sido fortalecida (BOTTI; SOCCHI, 2006; BENITES, 2012). Há experimentações equivocadas no que se refere à cogestão, como com a realização de reuniões com membros das equipes, mas a exclusão de vozes importantes como os usuários e gestores (VERDI et al, 2014). Observa-se a apropriação do termo ‘cogestão’, mas a nulidade de seus conceitos e métodos.

Em trabalho sobre o funcionamento interno da coordenação da PNH no MS Mori; Oliveira (2009) discorrem sobre a importância da adoção da cogestão enquanto modo de gerir o trabalho interno. Ao adotar a cogestão, a instância central se permite as mesmas experimentações que colocam para os grupos de trabalho.

A rotatividade política-administrativa pode incidir na cogestão, fragilizando-a. Entende-se que essa rotatividade e os alinhamentos políticos interferem nas administrações, sejam elas municipais, estaduais ou nacional, e nos modos de condução e apropriação de determinadas políticas. Nesse sentido o fortalecimento do protagonismo dos trabalhadores e usuários pode preservar os cenários de cogestão já instituídos (MORI; OLIVEIRA, 2009).

2.3. Gestão municipal de saúde

No arcabouço organizacional do SUS a descentralização ganha contornos mais vívidos na proposta de municipalização. A premissa da municipalização é a adoção de um modelo político-administrativo sustentado no compartilhamento do poder, recursos e competências em contraponto a centralização praticada durante a ditadura militar.

Os municípios pouco se estruturavam para a gestão dos serviços de saúde, pois conforme o modelo centralizado, aos municípios competia a gerência de unidades de cuidados básicos, cabendo aos estados e união a gerência e custeio de serviços especializados, grandes hospitais, centros diagnósticos e outros. A reordenação desencadeada pelo SUS representou grande desafio aos municípios, principalmente pela inabilidade e inexperiência dos gestores municipais (BRASIL, 2001; ARRETICHE; MARQUES, 2002; BRASIL, 2010).

Aos gestores coube, além da reestruturação administrativa dos serviços, no sentido de assumir-se gestor delas, também a pertença de fomentar a construção de espaços de

democratização e participação social na saúde (FEUERWERKER, 2005). No entanto, a baixa motivação pela participação por parte dos usuários e trabalhadores e as práticas políticas recorrentes foram também dificultadores (FEUERWERKER, 2005).

Diversos mecanismos para promoção da participação social foram articulados, desde sua concepção, e entre eles a própria política que compreende indissociável a relação entre gestão e cuidado. A PNH também se articula na inclusão dos sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores) nos processos de gestão e construção de espaços democráticos para o campo da saúde (BRASIL, 2010). Algumas experiências no sentido da efetivação da PNH tem apontado para a construção de espaços ditos democráticos de gestão, entretanto, por não incluírem os usuários nesses espaços, não se pode considera-los de fato democráticos (VERDI et al, 2014; VILASBÔAS; PAIM, 2008). A participação dos gestores é elemento indispensável para a implantação e efetivação da PNH e outras políticas de saúde (MAERSHNER et al, 2014; VERDI et al, 2014).

A compreensão, tanto dos conceitos como dos métodos de intervenção, o compromisso com as políticas de saúde e sua efetivação, bem como a disposição dos gestores tem representado fator potente para a implementação da PNH (DESLANDES, 2005) e, conseqüentemente, deslocamentos dos modelos tradicionais de gestão (SILVA; SOUZA, BARRETO, 2014; KLEBA, ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015).

A produção científica tem sugerido que as características de cada gestor na condução de sua função refletem nos processos de implementação ou não da política de saúde. Gestores comprometidos com práticas e métodos de gestão descentralizados, democráticos, inclusivos e comprometidos com a autonomia e cidadania das pessoas têm mais condições de alcançar a efetivação da PNH (COSTA; SALAZAR, 2007; SILVA; ROQUETE, 2013; MAERSHNER et al, 2014; VERDI et al, 2014).

Conhecer as concepções e práticas dos gestores municipais de saúde pode revelar elementos e condições importantes para a compreensão da efetivação da PNH nos municípios.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Conhecer a percepção dos gestores municipais de saúde e de suas ações para o processo de implementação da PNH.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conhecer as concepções dos gestores sobre a PNH, o Acolhimento e a Cogestão;
- b) Conhecer os entraves e potencialidades apontados pelos gestores municipais de saúde para a implementação da PNH;

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa. Para MINAYO (2009), a abordagem qualitativa permite a aproximação com questões muito específicas, pois trabalha com os significados e busca abarcar o conhecimento da realidade social relacionada ao universo do sujeito, bem como as representações e significados atribuídos por estes (MINAYO, 2013).

Estudos descritivos exploratórios permitem ao pesquisador submergir em um contexto delimitado, permitindo-lhe conhecê-lo com propriedade e profundidade para levantamento dos dados de interesse para a pesquisa (TRIVIÑOS, 1987; SEVERINO, 2007).

4.2. Local do Estudo

O local de estudo desse trabalho foram os seis municípios pertencentes a um dos Colegiados de Gestão Regional do DRS – III/Araraquara. MINAYO (2013) afirma que as sociedades humanas possuem especificidades quanto a conformação social e arranjo cultural. Nesse sentido, a mesma autora enfatiza a importância, quando em pesquisas sociais, em se considerar a historicidade dessas sociedades, pois as interações, acontecimentos incidentes nessas sociedades e respostas dos indivíduos é que lhes conferem suas particularidades. Assim, torna-se necessário apresentarmos uma breve explanação sobre aspectos que configuram e revelam o cenário local desse estudo. Iniciamos essa narrativa pontuando que, de um modo geral os municípios desse colegiado apresentam grande heterogeneidade entre si, desde sua composição e indicadores. Desse modo optamos por explorar as generalidades entre os mesmos para melhor caracterizá-los nessa pesquisa.

Os municípios se localizam na região centro-leste do estado de São Paulo e respondem por mais de 3 milhões de km² do território do estado. Segundo estimativas do IBGE para o ano de 2014 a população dessa região somava 381.060 habitantes. Da distribuição da população temos um município com menos de 10 mil habitantes, um com população entre 10 e 15 mil habitantes, dois com contingente populacional entre 30 e 50 mil habitantes, um com população entre 50 e 55 mil e o maior município da região conta com mais de 200 mil habitantes. Descreveremos aqui cada município com a letra M acompanhada de número de 1 a

6 obedecendo a ordem crescente com relação ao número de habitantes, ou seja, o menor município será descrito como M1 e o maior como M6.

O processo de povoamento da região se iniciou ainda no século XVIII, quando se tornou rota para regiões de mineração em Goiás e Mato Grosso, no entanto, foi a partir do século XIX que se avolumaram os movimentos migratórios para a região. Entre os anos de 1830 e 1850 são constituídas as primeiras fazendas cafeeiras e logo se iniciam as instalações da malha ferroviária que garante o território. Parte dos lucros advindos do período de opulência do café fomentou incipiente processo de industrialização, para suprir a necessidade de maquinário e insumos para a agricultura e urbanização da região, com destaque para o M6, que experimentou processo mais intenso nesse sentido.

A partir dos anos 50, com a instalação de diversas indústrias nos municípios, a região se estabelece, no cenário estadual e nacional, como pólo industrial e, mais tarde como pólo tecnológico visto a implantação e criação de diversas universidades e faculdades nos municípios. Embora o parque industrial da região seja bastante extenso, o setor primário também tem grande importância econômica na região, sendo a cana de açúcar, o café, a laranja, avicultura e gado leiteiro suas principais culturas e produções agropecuárias. A taxa de ocupação entre os munícipes maiores de 18 anos, e em idade economicamente ativa, é em média de 67,7% (IBGE, 2015).

Quanto à renda *per capita*, os municípios apresentam disparidade considerável, sendo o maior valor renda média, em 2010, R\$: 1079,45 e o de menor renda média R\$: 552,79, sendo a média entre os seis municípios de R\$ 766,85. Importante pontuarmos que todos os municípios apresentaram crescimento de renda nas últimas duas décadas, no que tange a desigualdade social, observou-se a redução desta em todos os municípios, bem como a diminuição da porcentagem de população considerada extremamente pobre (ATLAS BRASIL, 2013).

No que se refere à escolaridade, segundo dados do IBGE, no ano de 2010, os municípios da região apresentam taxa de analfabetismo entre 3,7% e 9,5%, com média de 6,5%. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador que, de maneira muito simples, transforma numericamente um consolidado de três importantes dimensões da vida das pessoas que são: vida longa e saudável -longevidade, acesso ao conhecimento - educação e usufruir de padrão de vida digno – renda (IPEA, 2013, p.22). Num esforço por adequar

metodologias internacionais à realidade brasileira em 2013 foi elaborado o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) cujas dimensões analisadas são as mesmas do IDH global. Como resultado dessa avaliação, no que se refere aos municípios desse Colegiado de Gestão Regional do DRS-III- Araraquara, os valores de acordo com o senso de 2010 ficaram entre 0,703 e 0,805 e média de 0,744, que é considerado um IDHM alto (valores entre 0,700 e 0,799), no entanto, um município apresenta IDHM muito alto (valores acima de 0,800).

Sobre a infraestrutura a região possui bom aporte rodoviário, que permite ligação com as cidades avizinhas, com grandes centros urbanos do interior paulista, tais como Campinas, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto, bem como com a capital do estado. A região também é rota de escoamento de produções agrícolas por meio de ferrovias que cortam seus municípios. A presença de tal aparato, ferroviário e rodoviário, está intimamente relacionada com o processo de colonização e importância econômica da região para o estado.

4.3.Participantes da Pesquisa

Os participantes dessa pesquisa foram os representantes do poder executivo na saúde dos seis municípios do CGR, sendo a denominação adotada nesses municípios de secretário ou diretor de saúde. Também integraram esse estudo um profissional do quadro da gestão municipal de saúde indicado pelo secretário/diretor, totalizando 12 entrevistas. Para esse conjunto considerou-se a amostragem por conveniência, entendida como aquela que considera as pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes do estudo justificando-se por serem ligados diretamente ao processo de tomada de decisão no nível local (POLIT et al, 2004).

Todos os secretários/diretores aceitaram prontamente participar da pesquisa. A aceitação de participação nesse estudo se deu por meio de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível nos apêndices.

No intuito de preservar o sigilo utilizaram-se codificações para os participantes que foram identificados como G1M1, G2M1, de modo que G corresponde à identificação de Gestor e o numeral 1 ou 2 que se segue delimita a função do gestor participante, sendo 1 para secretário/diretor de saúde ou 2 para membro da equipe de gestão indicado, na sequência a letra M com números de 1 a 6 representam cada um dos municípios do estudo. A sequência dos números para os municípios foi determinada de forma aleatória.

4.4. Instrumento de Coleta

A entrevista é uma das técnicas de pesquisa mais utilizadas no campo da saúde dado seu valor de comunicação verbal e possibilidade de acesso a informações sobre determinados temas de interesse aos investigadores (MINAYO, 2013). A entrevista, enquanto técnica de pesquisa, é capaz de fornecer dados de duas naturezas: (1) dados objetivos, disponíveis ou acessáveis em outras fontes como atas, registros estatísticos ou documentos e; (2) dados subjetivos, que, por serem próprios das reflexões e vivências dos entrevistados, só podem ser obtidos a partir das contribuições dos sujeitos. Entende-se que a entrevista é ato de interação e, portanto, as produções geradas são sensíveis a esse contato (MINAYO, 2013).

Para TRIVIÑOS (1987) a entrevista semiestruturada é uma das principais técnicas para pesquisas qualitativas. O autor destaca que a técnica valoriza o pesquisador e, concomitantemente, permite ao sujeito da pesquisa liberdade e espontaneidade, tais condições enriquecem a investigação. A roteirização, utilizada na entrevista semiestruturada, cumpre com função de nortear a abordagem, facilitando-a e assegurando que todos os aspectos relevantes à pesquisa sejam acessados durante a conversa, sem aprisionar as contribuições dos sujeitos da pesquisa (MINAYO, 2013). Assim, optou-se por adotar a técnica de entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados desse estudo.

As entrevistas foram agendadas e realizadas individualmente com o deslocamento do pesquisador a cada município. As entrevistas e foram gravadas em áudio digital e transcritas na íntegra por empresa especializada contratada com recursos da agência de fomento da pesquisa.

A realização das entrevistas, que ocorram entre os meses de maio e junho de 2015, tiveram duração média de 40 minutos. Para este estudo foi utilizado roteiro simplificado para caracterização dos participantes da pesquisa contendo questões abertas e fechadas sobre a formação e atuação profissional e as entrevistas foram realizadas a partir de questões norteadoras elaboradas com vistas a alcançar o objetivo do estudo. Ambos encontram-se nos apêndices.

4.5. Análise dos dados

As entrevistas foram analisadas segundo análise de conteúdo temático-categorial proposta por Oliveira (2008). Pretendeu-se conhecer os consensos e dissensos, bem como os

elementos repetidos nas falas. A sistematização proposta pela autora obedece as etapas: Leitura fluante, intuitiva, ou parcialmente orientada do texto; Definição de hipóteses provisórias sobre o objeto estudado e o texto analisado; Determinação das unidades de registro e Análise categorial do texto (OLIVEIRA, 2008).

As análises são iniciadas pela leitura fluante, na qual o conjunto de materiais de análise, constituído pelas transcrições das 12 entrevistas. O material foi lido repetitivamente sem, nesse momento, o pesquisador fixar-se em perceber ou encontrar elementos específicos na leitura. A partir dessa etapa é possível a elaboração de hipóteses provisórias acerca do objeto de pesquisa e do material analisado, que compõe a segunda etapa do procedimento de análise.

A etapa de Determinação das unidades de registro consiste na escolha das unidades de registro (UR), que podem ser palavras, temas, frases, recortes ou parágrafos. As UR foram construídas a partir da leitura, dos objetivos do trabalho e segundo os elementos que compuseram o conjunto de materiais de análise, sendo considerados as convergências, oposições, repetições e o unário. A definição das unidades de significação ocorreu a partir da associação das UR, de modo que as unidades de significação são constituídas por um conjunto de UR que tenham singularidades entre si. O agrupamento das UR em unidades de significação obedeceu a critérios teóricos e aos objetivos da pesquisa, construindo-se a partir desse agrupamento as categorias de análise. Sobre as categorias, Oliveira (2008) aponta que:

“as categorias representam a reconstrução do discurso a partir de uma lógica impressa pelo pesquisador, portanto expressam uma intencionalidade de rerepresentar o objeto de estudo, a partir de um olhar teórico específico” (OLIVEIRA, 2008. p. 572-573).

A autora defende que, para a construção das categorias alguns critérios devem ser considerados, tais como: a homogeneidade, o pesquisador deve se atentar a similaridade dos componentes da categoria; exaustividade, de modo que a categoria represente o conjunto e a totalidade do material analisado; exclusividade, para que as categorias esgotem em si os elementos e, assim, não sejam repetidos em outras; objetividade e adequação e pertinências, que representam a adequação das categorias aos objetivos do estudo.

4.6. Procedimentos éticos-legais

Por tratar-se de uma pesquisa que envolve seres humanos todos os aspectos éticos disciplinados pela Resolução 196/969 e regulamentados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram observados e assegurados.

Este estudo está vinculado ao projeto de pesquisa intitulado “Cogestão, Apoio Institucional e Acolhimento na Atenção Básica: uma pesquisa-intervenção” com financiamento da linha de fomento da FAPESP Projeto de Pesquisa para o SUS (PPSUS) sob o nº 2014/50037-0 elaborado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP) em parceria com o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos e o Departamento Regional de Saúde (DRS) III – Araraquara/SP.

O presente trabalho foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP juntamente com o projeto ao qual se vincula, sendo aprovado em outubro de 2014 sob o número: CAE 35014514.5.0000.5393. A fase de coleta de dados sucedeu a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

5.1. Caracterização dos participantes

Conforme descrito na metodologia este estudo contou com a participação de gestores de saúde da esfera municipal de um Colegiado de Gestão Regional do DRS – III/Araraquara. Nesse tópico faremos uma breve descrição do perfil profissional dos sujeitos dessa pesquisa.

Quadro 1 - Caracterização dos Gestores municipais de saúde participantes.

Identificação	Escolaridade/Formação	Cargo/Função atual	Tempo de atuação na saúde	Ingresso na gestão em Saúde	Vínculo
G1M1	Ensino Médio e formação técnica.	Diretora de Saúde	12 anos	Dezembro de 2014	Servidora Pública
G2M1	Ensino Superior – Enfermeira	Coordenadora da Atenção Básica	6 anos	Julho de 2010	Servidora Pública
G1M2	Ensino superior incompleto	Diretora de Saúde	15 anos	Abril de 2008	Representante indicado do Poder Executivo
G2M2	Ensino superior – enfermeira	Coordenadora da Atenção Básica	12 anos	2014	Dupla vinculação: Prestadora de serviço e servidora pública
G1M3	Ensino superior – Enfermeiro	Diretor de Saúde	15 anos	2011	Servidor Público
G2M3	Ensino superior – Enfermeira	Coordenadora da Atenção Básica	14 anos	14 anos	Servidora Pública
G1M4	Ensino Superior –	Diretora de	26 anos	Fevereiro	Servidora Pública

	Pedagoga	Saúde		o de 2015	
G2M4	Ensino superior – Enfermeira	Coordenadora da Atenção Básica	10 anos	2009	Servidora Pública
G1M5	Ensino superior – Administração e História	Diretor de Saúde	Março de 2015	Março de 2015	Representante indicado do Poder Executivo
G2M5	Ensino superior – Assistente social	Coordenadora da Atenção Básica	26 anos	Janeiro de 2010	Servidora Pública
G1M6	Ensino superior – Biomédico	Secretário de Saúde	Não informa do	Janeiro de 2013	Representante indicado do Poder Executivo
G2M6	Ensino superior- Enfermeira	Enfermeira	32 anos	Não informad o	Servidora Pública

Observa-se a forte presença feminina no setor da saúde e, neste caso, na gestão. Ainda é possível observar a predominância de profissionais da área de enfermagem, o que se alinha a outros estudos de caracterização da mão de obra na saúde (COSTA et al, 2012). Além disso, é notória a prevalência de indicação dos coordenadores da Atenção Básica, esse fato pode ser explicado pelo recorte da pesquisa principal a qual esse estudo se vincula.

A partir das informações coletadas na ficha de caracterização foi verificado que todos os gestores referem terem participado de cursos, treinamentos ou oficinas com temática relativa ao seu trabalho em saúde nos últimos dois anos. A maioria das atividades foi promovida pelo DRS III- Araraquara.

Quanto à vinculação ao município, é importante destacarmos a diferença entre os gestores, pois, há entre esses trabalhadores efetivos do quadro da administração municipal que assumiram as funções de gestão e aqueles que estão na gestão, mas que não possuem outros vínculos com o município. Ainda que todos ocupem cargos na gestão por indicação do

executivo municipal, há participantes que também são trabalhadores do sistema municipal de saúde. Consideramos importante pontuarmos essa questão de vinculação, pois a rotatividade dos cenários políticos nos municípios é uma realidade e essas mudanças operam readequações nos cargos de gestão.

5.2. Análise das Categorias

Para analisarmos as ações e estratégias identificadas pelos gestores quanto à PNH e suas diretrizes Acolhimento e Cogestão e responder aos objetivos desse estudo entendemos ser importante apresentarmos as percepções dos participantes quanto a esses temas. Sendo assim inicia-se a apresentação e discussões desses temas reunindo-os em um eixo-temático intitulado “Conceitos e significados atribuídos pelos gestores”, sendo “Humanização uma concepção em transformação”, “Acolhimento: do tratar bem a resolutividade” e “Cogestão: horizontalização e cooperação entre diversos atores” categorias independentes nele agrupadas. Vale inteirarmos que parte dos resultados apresentados nessa categoria foram frutos de oficina de análise que contou com a participação dos membros do grupo de pesquisadores vinculados ao PPSUS sob nº 2014/50037-0.

5.2.1. Conceitos e significados atribuídos pelos gestores

5.2.1.1. Humanização: uma concepção em transformação

As concepções apresentadas pelos participantes quanto a Humanização e PNH foram distintas.

A pergunta feita durante as entrevistas era sobre a PNH, entretanto, alguns gestores trouxeram suas concepções quanto à humanização (atitude) e quanto a PNH. Observamos que a distinção entre esses conceitos pelos gestores não é clara e os mesmos associam os conceitos construindo uma definição híbrida, cuja política se efetiva na ação humanizada.

Alguns gestores compreendem humanização enquanto atitude de benevolência e cordialidade, entretanto, outros gestores avançam nessa ideia e já a relacionam como importante elemento para a constituição de uma política de saúde, tal como proposto na PNH. Podemos observar nas falas a seguir a humanização enquanto atitude de benevolência e cordialidade que deve ser prestada ao usuário:

“Eu acho que a humanização... As pessoas quando chegam até a gente, elas chegam fragilizadas na área da saúde. Então, pra mim, é importante que haja essa humanização”(GIM5)

“Eu falo sempre “se coloque no lugar do usuário”, “se fosse você no lugar dele, como você gostaria de ser tratado?”(GIM2)

“Eu sempre bati nessa tecla, da humanização. Sempre. De trabalhar com humanização, de se colocar no lugar do paciente”(GIM3)

A prática de assistência em saúde tem desde os primórdios da humanidade forte relação com as religiões. Sendo na idade média, com o advento do Cristianismo, período em que a influência religiosa na saúde se acentuou substancialmente (BRASIL,1965). Houve nesse período forte estímulo pela participação de ordens religiosas na assistência aos enfermos, tal fato, contribuiu para a expansão e solidificação das práticas de saúde fundamentadas pela moral cristã (BRASIL,1965; OLIVI;OLIVEIRA, 2003; SCLIAR, 2007). No Brasil, ao longo da nossa história, experimenta-se forte presença da igreja católica junto à assistência em saúde (ESCOREL, TEIXEIRA, 2012).

A proximidade religiosa com a saúde inegavelmente tem repercussões até os dias atuais. Desse modo, a perspectiva de humanização enquanto atitudinal relativo à cordialidade pode ser justificada pela presença da moral religiosa no campo da saúde. A ideia de tratar o outro tal como gostaria de ser tratado pode ser associada a trechos bíblicos do Novo Testamento, que trazem a premissa de transferência de atitudes e a recompensa por tais ações, são eles: “E assim, tudo o que quereis que os homens vos façam, fazei-o também vós a eles. Porque esta é a lei e os profetas” (Mt,7:12, BÍBLIA), “Tratai todos os homens como quereríeis que eles vos tratassem” (Lc, 6,31, BÍBLIA) e “Este é o meu mandamento: amai-vos uns aos outros, como eu vos amo”(Jo, 15,12, BÍBLIA).

Casate; Corrêa (2005) discutem em seu trabalho a transformação das concepções sobre humanização na literatura brasileira que, segundo as autoras, deslocam-se da perspectiva essencialmente caritativa ao reconhecimento da saúde enquanto direito do cidadão. As autoras discorrem sobre a modificação dessas concepções e as relacionam ao período histórico em que cada compreensão se avolumava e difundia-se. As publicações a partir da década de 50 até início da década de 80 se dão num contexto onde o modelo de assistência à saúde no país era hospitalocêntrico e de cunho curativo, sendo o acesso restrito ou, àqueles que não

atendiam às prerrogativas, ofertado em instituições filantrópicas, em sua maioria ligadas à instituições religiosas. Diante desse panorama não nos surpreende a correlação da humanização com benevolência e caridade, concepção arraigada e orientada pelo senso comum e difundida por muitos anos. As concepções acerca do tema começam a ser contestadas e repensadas juntamente com o movimento da reforma sanitária. Nesse contexto, de retomada da cidadania e a asseveração da saúde enquanto direito, a humanização é evocada na construção de um sistema de saúde que tenha como égides a cidadania e dignidade do usuário e trabalhador (CASETE, CORRÊA, 2005).

Para um dos gestores, a humanização é decorrente do entrosamento entre usuários e trabalhadores do SUS, ou seja, da relação entre esses atores, para que o atendimento prestado seja de qualidade e assim atenda as preconizações do SUS.

“Eu acho que é o entrosamento da equipe com o paciente, com o usuário, e também com os demais trabalhadores da Unidade, para todos atenderem bem e com qualidade, o atendimento humanizado que é uma das preconizações do SUS.”(GIM1)

As ações de humanização de um modo geral se inclinavam à questão da melhoria dos serviços e da atenção prestada aos usuários, somente as ações mais recentes é que incluíam os trabalhadores (SOUZA; MENDES, 2009). A PNH apresenta como uma de suas propostas centrais o enfrentamento das dificuldades de organização e gestão que impactem negativamente na vida dos trabalhadores (PASCHE et al, 2011). Obviamente que a PNH não se reduz a perspectiva dos trabalhadores, seu diferencial é justamente a inclusão desse olhar para o enfrentamento e equacionamento dos problemas no campo da saúde (SOUZA; MENDES, 2009).

Devemos pontuar que, para alguns dos participantes deste estudo, a PNH é ferramenta para atender às demandas da população, para garantir o melhor cuidado para as pessoas e melhoria da qualidade do sistema de saúde, tendo as ferramentas das tecnologias leves no cuidado como importantes estratégias para isso, sendo a escuta a mais citada.

“Eu acho que a política nacional de humanização vem pra trazer para o nosso sistema aquilo que a população necessita. E a gente aqui fala muito sobre a questão da assertividade na questão de atendimento.”(GIM6)

“O meu conceito de humanização é você saber receber, com certeza, mas principalmente saber ouvir, tá? Não deixar o paciente sair da unidade de saúde com dúvidas sobre aquilo que foi atendido. Então, para mim isso que é humanização.”(G1M2)

“Fazer com que a gente consiga olhar pra esses usuários como sujeitos, pra ver essas pessoas, ouvi-las, aprender a ouvir. Eu acho, que a política, de uma forma muito simples, ela traz isso pra gente. Faz você deixar um pouquinho da teoria, trazer do teu cotidiano, trazer pro usuário e pra você, aprender a ouvi-lo, querer ouvi-lo, questioná-lo realmente.”(G2M5)

“A política de humanização é você estar aberto a ouvir as pessoas e aberto a trabalhar com as pessoas”(G2M1)

Segundo Akerman; Feuerwerker (2009) um desafio posto ao campo da saúde é a recuperação da sua dimensão cuidadora. Para os autores, a adoção e inclusão cada vez mais crescente do aparato tecnológico fez com que se deslocasse o foco do trabalho em saúde que é o cuidado do indivíduo para o tratar da doença. Com isso, as ações dos profissionais de saúde deixaram de considerar aspectos como o vínculo, o escutar e o acolher, gerando insatisfações. Para os autores, retomarmos a dimensão cuidadora e atendermos integralmente às demandas das pessoas, dentre outras ações, é necessário para ampliar a capacidade de escuta. Segundo a fala da maioria dos gestores essa dimensão está contemplada nas suas concepções da PNH.

Além do ouvir, também trazem como elementos o vínculo, o acolhimento e a atenção às necessidades dos usuários, sejam biológicas ou não. Para a maioria dos gestores a humanização segue a orientação no sentido dos trabalhadores para os usuários, ou seja, os profissionais fazem a escuta, devem orientar, receber e acolher os usuários. Entretanto, uma das gestoras traz algo sobre protagonismo dos usuários.

“Fazer com que a gente consiga olhar pra esses usuários como sujeitos, pra ver essas pessoas, ouvi-las, aprender a ouvir. (G2M5)

A palavra sujeito, utilizada pela gestora, etimologicamente tem sua origem no Latim, derivada da palavra *subjectus*, particípio da palavra *subjicio*, que significa por debaixo, submeter, subordinar, expor, levantar. Na língua portuguesa sujeito é adjetivo ao qual são atribuídos significados como 1. que se sujeitou a algo ou alguém; 2. Dependente, subordinado; 3. Domado, subjugado, submetido (Dicionário *On-line* da Língua Portuguesa). Embora o significado da palavra nos direcione a uma compreensão de subordinação e

passividade, entendemos que, pelo contexto e fala da gestora, o sentido que a mesma tentou colocar na sua fala foi oposta a esses sentidos, trazendo o olhar para o usuário, o cidadão e a pessoa; para além da patologia, da queixa, da obrigação em atendê-lo.

Outra significação da PNH apontada por alguns gestores é a de proposta política de fortalecimento do SUS.

“Eu acho que a política nacional de humanização vem ao encontro a todos os princípios do (SUS)” (G1M6)

“Pra mim, eu acho que ela é realmente uma diretriz. Ela vem, realmente, pra qualificar o SUS. Pra fazer, assim, realmente, que o SUS funcione dentro das suas diretrizes, dentro dos seus princípios normativos. Ele qualificar esse usuário e qualificar as equipes” (G2M5)

Segundo Pasche; Passos (2010) a PNH configura-se em “um dispositivo de potencialização da política pública de saúde, uma aposta radical em sua implementação e qualificação” (PASCHE; PASSOS, 2010). Outros autores corroboram com essa análise sobre a PNH (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; SILVA, 2009), perspectiva também presente nos documentos oficiais da política (BRASIL, 2010).

Como dito anteriormente, alguns gestores desse estudo atribuem à PNH sua importância no fortalecimento do SUS, mas longe de quimeras ou atos encerrados. Eles pontam que a PNH tem potência na condução do sistema para o fortalecimento do SUS, mas que esse processo está em andamento. Conforme as falas abaixo:

“A política em si, eu acho que ela é uma coisa meio desejável, assim, a gente ainda vê que é muita coisa que facilitaria muito o serviço da gente”(G2M4)

“É uma boa política, na verdade a gente precisava que todos os municípios, todas as unidades mergulhassem de cabeça na humanização, que é o que a gente precisa hoje em dia” (G1M3)

“Eu acho, assim, que é uma coisa que é velha, mas é nova. Porque as pessoas não entendem ainda, quando você pode humanizar. Eu acho que essa política de humanização está recente, a gente está tentando inculcar isso, mas a gente tem muito o que caminhar.”(G2M2)

Após mais de 25 anos o SUS permanece em constante (re)construção e produção (FEUERWERKER,2005), e assim como a constituição do sistema de saúde não se finalizou como obra acabada, a PNH não se encerrou na publicação de seu marco teórico. A política está em processo, inclusive de caminhos, fazeres, feitos e efeitos para sua implementação. A PNH “é uma política de enfrentamento de uma lógica contemporânea pautada em relações de consumo e que trata a saúde como mercadoria, como produto.” (PEREIRA; FERREIRA NETO, 2014. p.84), O maior desafio dessa política é justamente o confronto com as lógicas mercadológicas postas no campo da saúde, mas que são ecos de outros setores como economia, educação, cultura, estrutura social e outros.

A fragilidade da PNH diante desses desafios são reverberações dos desafios que fragilizam o SUS. Conforme discutido anteriormente neste trabalho, a proposição de um sistema de saúde com inspiração na proteção social em um país cuja política econômica é neoliberal gera um enorme obstáculo. Ainda sobre os desafios do SUS, Feuerwerker (2005) nos coloca que a implantação do SUS tal como proposta não está completa, pois depende de produção das práticas e políticas de saúde, e pontua que a sofrível realidade do controle social no país, os perfis dos gestores (municipais e federais), o distanciamento de trabalhadores e usuários dos espaços de construção de política de saúde; e do necessário arrojo no campo da política, tal como em outros momentos, como na constituinte e movimento da reforma, para avançarmos em direção ao projeto de saúde enquanto direto democrático impactam negativamente nesse processo. Há que lembrarmos os recentes golpes ao SUS como a Lei 13019/14, que abriu a assistência à saúde ao capital estrangeiro e o projeto de emenda constitucional (PEC) 451/14 que obriga empregadores a garantir a seus empregados assistência em saúde, excetuando-se empregados domésticos, em uma clara tentativa de garantir por meio legal a oferta de mercado à seguradoras e operadoras privadas de planos de saúde. A implementação do SUS é um processo, não está findada e a defesa do mesmo também recruta esforços constantes e atenção às tentativas de desmanche e golpes, como os sucessivos sofridos forjados no congresso nacional.

É importante termos gestores despertos para essas demandas e desafios do sistema de saúde, que enfrentem as contrariedades e que assumam compromisso de defesa do SUS. Concomitante a essa necessidade por parte dos gestores também se faz necessário compreender o lugar da fala e da atuação do gestor, sua origem ou escola de formação e o

contexto em que desenvolve sua prática profissional. Esses elementos incidem na sua compreensão e, conseqüentemente, na prática que desenvolve. Conciliar esses dois elementos (empenho numa gestão em defesa do SUS e o contexto que circunscreve o indivíduo que se torna gestor) é tarefa urgente, ainda que carregada de estranhamentos se analisada unicamente sob a égide das políticas e arcabouço legal do SUS.

5.2.1.2. Acolhimento: ação pontual e ainda orientada no modelo biomédico

O acolhimento tem potencialidades para a legitimação do sistema de saúde, pois, favorece a reorganização dos processos de trabalho, a relação de corresponsabilização entre usuários e trabalhadores, o fortalecimento dos compromissos entre usuários, trabalhadores e gestores, bem como, pode contribuir para melhorar a capacidade das equipes em atender as necessidades dos usuários (BECK, MINUZI, 2008; BRASIL, 2010). O acolhimento pode ser tomado como uma diretriz da PNH, pois se traduz em uma orientação pelo método da inclusão dos sujeitos, fundamento da política, mas o acolhimento também pode ser considerado dispositivo, visto que, na PNH, esses têm a função de provocar transformações nos modelos de cuidado e gestão.

A compreensão de acolhimento é divergente entre os gestores, pois parte desses o concebe como momento e atitude de recepcionar bem o usuário no serviço de saúde, numa perspectiva benevolente e, como oportunidade de escuta, para compreender demandas e conduzir a atenção orientado por elas. O que pode ser observado a partir das falas a seguir:

“Acolhimento é você receber bem as pessoas. É dar atenção. É acolher mesmo, a palavra já... é acolher, você ouvir, tratar com dignidade o seu próximo. Para mim acolhimento é isso.”(G1M2)

“Pra mim, o acolhimento é isso, é você ouvir o paciente” (G2M1)

“Justamente é realmente receber esse paciente, certo?”(G1M6)

“Acolher não é só com um sorriso. É com um sorriso, mas, também, assim, tentar esgotar todas as possibilidades.”(G2M2)

Como nas concepções de humanização, as tecnologias das relações são também elencadas como estratégias para o acolhimento. Vale salientarmos que o próprio acolhimento é uma tecnologia das relações, ou seja, tecnologia leve (MERHY, 1997).

O acolhimento, segundo Merhy (2004), possui duas faces, uma na qual se caracteriza como etapa de encontro e mútuo reconhecimento entre o usuário e o serviço, ou seja, a entrada nos serviços de saúde; e outra face na qual é um dispositivo intercessor do trabalho em saúde, que se realiza em todos os lugares de encontro entre usuários e trabalhadores (MERHY, 2004). Podemos visualizar tais faces do acolhimento nas falas da gestora que se seguem:

“Eu entendo o acolhimento como uma forma de você receber uma pessoa que está precisando de alguma coisa, não é? E você é um profissional capacitado à ouvi-la, em primeiro lugar, e não só ouvi-la, mas como também observar os sinais dessa pessoa, porque às vezes, a pessoa está falando uma coisa, mas ela está totalmente... Então você observa os sinais que essa pessoa demonstra, e nisso você pode fazer uma anamnese conversando com essa pessoa, dependendo da idade da pessoa, no sexo, de qual a problemática que a pessoa tem, e você realmente acolher. Quer dizer, você realmente como se você desse um abraço na pessoa, você realmente acolhesse de uma forma que ela possa confiar em você, e te contar algumas coisas, algumas ansiedades que ela tem, para que você possa ajudá-la” (G2M6)

O acolhimento além da oportunidade de escuta do outro também possibilita ao profissional da saúde um momento oportuno para avaliação, anamnese e criação de vínculo. Para essa gestora o acolher também envolve, além da escuta, a observação visual e oportuniza um espaço de auxílio para aquele que procura o serviço de saúde.

A taxonomia das necessidades proposta por Cecílio (2001) e Cecílio; Matsumoto (2006), que está dividida em quatro grupos: necessidade de boas condições de saúde, necessidade de ter vínculo com profissional ou equipe de saúde, necessidade de se ter acesso e poder consumir tecnologias de saúde para melhorar e prolongar a vida; e necessidade de autonomia no seu modo de gerir sua vida, considera aspectos não apenas físicos, mas também da subjetividade dos indivíduos. Essa taxonomia tem demonstrado a necessidade de reorientação das práticas de atenção à saúde para propostas mais ‘vinculantes’ e com corresponsabilização. As falas dessa gestora apontam para uma perspectiva sobre o acolhimento que vem ao encontro dessa taxonomia, no sentido de olhar para as necessidades dos indivíduos para além do restrito ao que convencionalmente entende-se como saúde.

“Eu encaro o acolhimento com essas duas coisas, tanto quanto um acolhimento é um atendimento para você saber o que aquela pessoa está querendo naquele momento, como para você conhecer essa pessoa, olhar para ela, eu acho que o olhar é mais importante, eu acho que o olhar é uma coisa mais importante que tem, o olhar não só de ver, mas de olhar para pessoa como um todo, por que ela está ali na tua frente? Por que ela procura o nosso serviço de saúde? E você estar aberto a ouvir sem nenhum preconceito, sem nenhum julgamento àquilo que ela está trazendo, porque pode ser uma coisa que não é importante para você, mas para ela é importante naquele momento” (G2M6)

O acolhimento, enquanto compromisso ético/estético/político da PNH, pressupõe a compreensão do outro em toda a sua subjetividade e dimensões, a dignificação da vida humana e potencialidade na produção de protagonismo dos sujeitos. A fala da gestora vem ao encontro desses três compromissos da PNH. A impessoalidade e distanciamento entre o profissional e o usuário são tidos como prejudiciais aos processos de atenção e está atrelada a dificuldade ou não-vontade do profissional em ouvir e perceber o usuário (OLIVEIRA et al, 2010). Assim, é necessária a qualificação dos profissionais no sentido de potencializá-los para melhor acolher, receber, ouvir, dialogar e assim favorecer um cuidado mais integral (SOUZA et al, 2008). Sabemos que a dignificação do usuário enquanto cidadão perpassa o equacionamento de questões como essa e para atingirmos a perspectiva ética/estética/política do acolhimento na PNH é necessário também mobilizarmos os profissionais da saúde nessa direção, bem como usuários e gestores. A literatura científica (ALMEIDA, 2003; MENICUCCI, 2009) discute a ideia equivocada, mas alastrada, de que o SUS e os serviços públicos de saúde são destinados à população pobre. Essa ideia equivocada converge para a problemática de que, por ser um serviço para pessoas pobres, pode ser inferior ou de menor qualidade. Superar essas concepções sobre o SUS também é um desafio posto para a PNH e suas diretrizes.

Outras concepções do acolhimento abordadas pelos gestores são como ação de peneira para o atendimento médico e de lugar para acordos com os usuários no intuito de evitar insatisfações que possam virar reclamações.

“Eu acho que é muito importante o acolhimento. Porque, às vezes, o paciente chega ali procurando médico, que eles querem um médico. Mas, no momento, às vezes o médico não está, já deu o limite de consulta, já está no horário do

medico. Então, a enfermeira fazendo o acolhimento, ouvindo a pessoa, eu acho que já é mais de 50%.” (G1M1)

“Não tenho consulta? Não deixar o usuário ir embora insatisfeito. Vê que não vai dar conta, tipo alguém da recepção, chama alguém da enfermagem, chama do consultório dentário, pra poder tentar tirar o máximo de informação pra saber por que ele veio na unidade. E, aí, tentar nortear, tentar marcar, deixar agendado um dentista, deixar agendado a consulta médica, com a enfermeira. Esgotar mesmo.” (G2M2)

“Nunca deixar ninguém ir embora, insatisfeito. Ou ir até a prefeitura, que é uma cidade pequena, para ir à prefeitura é rapidinho” (G1M1)

Visto que o fazer médico é, por vezes, uma das poucas ofertas de atenção à saúde nos serviços, a busca torna-se direcionada a ela, sendo assim, há uma permanente demanda por consultas e o acolhimento passa a servir de filtro para esse atendimento, de modo a selecionar casos que devam ser priorizados. Nesse sentido, demonstra a reprodução e permanência do modelo biomédico, o acolhimento serve para avaliar uma ‘real necessidade’ do usuário, segundo critérios fisiopatológicos, de uma consulta médica e, a partir das falas, podemos apreender que tudo quanto possível de ser respondido ou resolvido por outro profissional compreende o acolhimento. Para esses gestores esse acolhimento pode responder em grande parte as necessidades dos usuários que, a priori, chegam à unidade de saúde desejosos de uma consulta médica.

Outra função que o acolhimento tem tomado, a partir da fala dos gestores, é de triagem ou pré-consulta que se caracteriza como um atendimento, geralmente prestado pela equipe de enfermagem, que visa apurar algumas questões referentes ao atendimento, como a queixa principal, a verificação de sinais vitais e outras informações que antecedem o atendimento médico. As falas a seguir demonstram tal aspecto.

“E, se ele (usuário) vai passar em consulta médica ou alguma coisa, primeiro ele vai pra sala de acolhimento, onde a enfermeira atende, faz a pré-consulta, ouve a queixa, conversa com o paciente e ele passa em consulta. [...] tem um carimbo onde é registrado os dados da pré-consulta, da queixa.” (G2M2)

“A própria recepção já pega a queixa, às vezes, é auxiliado pela técnica ou pela enfermeira, e aí já disponibiliza a consulta, ou senão a consulta, às vezes, eu estou com dor ao urinar, a própria enfermeira já pede um exame, aí para já voltar para consulta com o exame em mãos” (G2M4)

“Na verdade, logo já após a apresentação, enfim, confirmação de cadastro, eles já passam pra equipe de enfermagem, geralmente pra própria enfermeira, pra que seja recepcionado e, enfim, que faça-se ali a anamnese do próprio paciente [...] passa, faz toda uma triagem com esse paciente dentro da unidade, dedica a atenção que for pertinente [...] depois consulta médica, o pós-consulta que é muito importante também para as orientações e encaminhamento para exames”(G1M6)

A triagem/pré-consulta como sinônimo de acolhimento tem funcionado para agilizar os processos de atendimento e filtragem das demandas para os médicos, todos orientados pela lógica do modelo biologicista. Há um prejuízo em se utilizar o conceito de acolhimento erroneamente, pois, perde-se a essência que essa diretriz apresenta na transversalidade, em potencializar o protagonismo dos sujeitos e enfrentamento das verticalidades recorrentes no campo da saúde.

Segundo Franco; Bueno; Merhy (1999), a ideia básica do acolhimento é a de oferecer ao usuário uma resposta a sua necessidade de saúde. Ao mesmo tempo, o acolhimento propõe-se em garantir a universalidade na saúde, reorganizar o processo de trabalho dos serviços e a resolubilidade. Estudos tem discutido como o acolhimento, ao possibilitar a escuta do usuário, transpõe a lógica de dispensa, recusa e ‘nãos’, entretanto, não raro, ele emperra na necessidade de responder a demanda espontânea e não avança na direção de fomentar transformações nos processos de trabalho, nas relações entre trabalhadores e usuários e corresponsabilização (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Todo encontro entre o trabalhador da saúde e usuário é momento de produção de processos de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; SOUZA et al, 2008), ou seja, nesse encontro:

“Operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Estes, por sua vez, objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde.”(FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p.346)

O acolhimento é, portanto, significativo nesse contexto e possibilita intervir nas estruturas recorrentes dos serviços de saúde a partir de três princípios, são eles: 1- os serviços de saúde devem atender irrestritamente todos os usuários que o procurarem e dar respostas

positivas às demandas de saúde dessas pessoas e população atendida; 2- reorganizar o processo de trabalho nos serviços, abrangendo a equipe multiprofissional no decurso de escuta, cuidado, atenção e compromisso em resolver as necessidades de saúde, descentralizando a atenção do médico e; 3- orientar e qualificar a relação entre trabalhador e usuário sob os pressupostos da cidadania, direito e democracia e solidariedade (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Alguns gestores acreditam que o acolhimento é ação dos profissionais da recepção e da equipe de enfermagem. Para eles os profissionais da recepção têm papel importante no acolhimento, tomado como ação de admissão aos serviços de saúde.

“Eu acho que a recepção é o principal, ela que tem que começar. O acolhimento começa ali por ela.” (G1M1)

“A recepção, a recepcionista é o cartão de visita da cada unidade” (G1M3)

Aos profissionais da recepção cabe realizar a admissão do usuário ao serviço e direcionar para os profissionais que possam responder a necessidade, que, nos exemplos citados pelos participantes era à equipe de enfermagem.

“A recepcionista tem que saber acolher o paciente, aonde ela vai direcionar o paciente. As vezes eu não tenho o médico num dia, mas ela pode acolher, ouvir o paciente e passar para a enfermeira, para o auxiliar de enfermagem, que pode muito bem resolver o problema.” (G1M3)

“A recepção atende o paciente e não consegue resolver aí passa para a enfermeira, a enfermeira entra e conversa e consegue direcionar para quem é que vai.” (G2M3)

“Logo já após a apresentação, enfim, confirmação de cadastro, eles já passam pra equipe de enfermagem, geralmente pra própria enfermeira, pra que seja recepcionado e, enfim, que faça-se ali a anamnese do próprio paciente” (G1M6)

Outros estudos também apontam os profissionais da equipe de enfermagem enquanto os principais responsáveis pelo acolhimento (FRACOLI; ZOBOLI, 2004; NERY et al, 2009; GARUZI et al, 2014;), quando na verdade é atribuição de toda equipe de saúde. Com o acolhimento pretende-se também ampliar os recursos no campo da saúde para além da consulta médica, visando atender as demandas dos usuários incluindo outros profissionais da

saúde e ampliando abordagens e análises dos problemas de saúde das pessoas objetivando sua solução (TAKEMOTO; SILVA, 2007; TESSER; POLI NETO, CAMPOS, 2010).

Em um dos municípios com serviços de atenção secundária, o gestor refere que o acolhimento ainda não ocorre nessas unidades, pois eles não estão abertos à demanda espontânea, o que corrobora com o papel de triagem da demanda..

“No centro de especialidades, eu acho que nem... vão começar a fazer o acolhimento agora, porque como o centro de especialidades é uma unidade secundária, as pessoas já vão com o agendamento, não existe essa busca espontânea, entendeu?”(G2M6)

Em estudo realizado em unidades básicas de saúde em Campinas/SP, foram verificados dados parecidos em que o acolhimento é realizado essencialmente pela equipe de enfermagem e que tem funcionado na lógica de avaliação das demandas para agendar ou encaixar em consulta médica (TAKEMOTO; SILVA, 2007). O acolhimento tem sido utilizado como atividade de apoio ao trabalho médico, o que acaba por reforçar a hegemonia no campo da saúde, ao invés de superá-la (TAKEMOTO; SILVA, 2007) e a enfermagem, que deveria contribuir com o cuidado, ampliar olhares e abordagens na atenção à saúde, acaba tendo o seu fazer orientado a auxiliar o médico.

Em trabalho realizado em Betim/MG, foi verificada grande resistência à participação das enfermeiras no acolhimento, sendo inclusive gerado questionamentos na câmara municipal sobre o atendimento prestado por essas profissionais. A partir da inclusão do acolhimento e a experimentação de uma organização não médico centrada, as enfermeiras, e outros profissionais não-médicos, puderam exercitar todo seu potencial técnico e ampliar sua capacidade de intervenção (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Essas experiências (Betim/MG e Campinas/SP) e os dados do presente trabalho demonstram que ainda há desafios a serem superados e o papel da enfermagem, assim como o de outras profissões, no acolhimento precisam ser revistos, pois ainda estão atados à lógica médico centrada.

Parte dos gestores considera que o acolhimento ou a qualidade deste depende do trabalhador e da equipe que recebe os usuários e uma maneira de melhorar a qualidade do acolhimento é atribuindo a função a profissionais com perfil adequado.

“Dependendo de quem está lá atendendo”(G2M2)

“A gente é amarrado, que não tem como tirar o funcionário de lá, que atrapalha o sistema, ‘olha esse funcionário que não serve para o acolhimento’.”(G1M3)

“O acolhimento no serviço vai depender muito de cada equipe.”(G2M5)

Na lógica dos gestores, sendo o acolhimento um procedimento, ele precisa ser bem realizado e assim mostra-se com a possibilidade de revelar aos gestores os “maus” trabalhadores e as “unidades problema”, contribuindo na personificação dos insucessos no atendimento às pessoas, que para os gestores traduz-se no tratar bem, ser cordial, receptivo e não ter reclamações.

O acolhimento pode também funcionar como "lugar de acordo" entre equipe e usuários para evitar insatisfações que possam virar reclamações.

“Nunca deixar ninguém ir embora, insatisfeito. Ou ir até a prefeitura, que é uma cidade pequena, para ir à prefeitura é rapidinho”(G1M1)

E outros participantes referem desconhecer as práticas de acolhimento nos serviços de saúde do seu município.

“Eu realmente não estou a par de como está acontecendo” (G2M6)

“[Conheço] superficialmente, porque não convivo lá” (G1M2)

As duas participantes cujas frases foram supracitadas estão na gestão a muitos anos (32 anos e 7 anos, respectivamente) e possuem experiência bastante importante na área da saúde (32 anos e 15 anos). Trevisan; Junqueira (2007) apontam que as interações organizacionais são oportunidades valiosas para enfretamento da extrema verticalização dos processos decisórios e construção da ideia de rede, que, segundo os mesmos autores, é “essencial para que atividades interorganizacionais envolvam, de fato, diferentes atores nas políticas pública” (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007). As falas das gestoras apontam que suas realidades se opõem a esse entendimento.

Aos gestores são atribuídas funções de planejamento, análise e avaliação do sistema de saúde, na implementação das políticas do SUS e na articulação com os demais atores sociais envolvidos na saúde (usuários e trabalhadores). A PNH prevê que para a efetivação do acolhimento são necessárias ações conjuntas e comprometidas entre usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2010; COSTA, CAMBIRIBA,2010), assim, a pouca aproximação de alguns gestores junto às equipes demonstra uma fragilidade no desempenho de suas funções. O modelo de gestão verticalizado corrobora com ações mais pontuais e menos integradas, entretanto, essas precisam ser superadas. Neste sentido, o acolhimento é mais uma expressão utilizada, mas que produz pouco sentido cuidador para estes gestores.

5.2.1.3. Cogestão: horizontalização e cooperação entre diversos atores

Uma das apostas da PNH é pela democratização da gestão, ou seja, por um modo de gerir inclusivo, que considere o pensar e o fazer coletivo e que, portanto, envolva todos os atores do cuidado em saúde (usuários, trabalhadores e gestores) em um movimento de substituição aos modelos verticalizados e alinhados à racionalidade gerencial hegemônica.

Dentre os participantes deste estudo, dois gestores não souberam definir cogestão. A maioria deles desconhece a cogestão enquanto diretriz da PNH e expressaram concepções diferentes das estabelecidas nos documentos oficiais. De um modo geral, a ideia central apresentada pelos participantes foi a de compartilhamento. A partir dessa concepção inicial, os gestores atribuíram significados diversos. Ou seja, cogestão é compartilhar, mas o ‘com quem’ ou ‘o que’ se compartilha são compreendidos de maneira distinta entre os participantes.

A cogestão, para parte dos entrevistados, é o compartilhamento de questões da gestão, em um movimento de coparticipação na gestão, conforme podemos verificar nas falas a baixo.

“Eu acho que seria a gestão não só com a (diretora de saúde), mas nós, que ajudamos e também das outras pessoas que possam trazer, ajudar com essa gestão” (G2M2)

“Pra mim, a cogestão é você estar participando com. Você fazer uma gestão junto com todas as diretrizes, junto com o gestor” (G2M5)

“É a gestão em equipe. Não é aquela gestão vertical, que tem o diretor e ele passa a ordem, vem direto de cima pra baixo. É uma gestão horizontalizada, no caso, que as ações são discutidas” (G2M1)

Os gestores trazem a participação e compartilhamento como elemento da cogestão, entretanto, as falas de ‘com quem’ partilham a gestão evidenciam uma restrição aos profissionais que atuam diretamente na gestão.

“Agora nós temos, eu acho, uma cogestão [...] até hoje eu nunca vi ela (diretora de saúde) tomar uma decisão que não tenha sido conversada com os responsáveis por aquela área” (G2M1)

“Nada é decidido nessa gestão que não for com a participação do olhar técnico das coordenadoras e do técnico competente daquela área.” (G1M4)

“Na verdade, cogestão é o que a gente tem. A gente marca essas reuniões com os coordenadores de cada área”(G1M3)

No entanto, uma gestora traz uma fala diferente, na qual inclui os trabalhadores e usuários, como se segue.

“Antes de impor qualquer coisa, assim como a gente vai perguntar pro usuário o que ele quer, a gente vai perguntar também pros nossos funcionários o que eles acham. Porque de repente uma coisa que vem de cima não é a realidade, como já aconteceu.”(G2M2)

“É uma gestão junta, todo mundo. Não só o usuário, mas os colaboradores, eles tem a opção de também estar falando e perguntarem sobre o que vai ser feito. E junto a gente vê o que é melhor” (G2M2)

A PNH propõe um modelo de gestão orientado pelo trabalho em equipe, na construção coletiva com a o compartilhamento de decisões e poder, que se faz por meio de análises, decisões e avaliações produzidas em coletivo. Assim, as ações e metas devem ser orientadas pelas propostas dos usuários e profissionais; apreciadas, construídas e analisadas em coletivos e relativizadas nesses espaços (BRASIL, 2009). Observamos que, a partir das falas dos gestores, para a maioria, nem todos os atores sociais estão inclusos nessa construção e compartilhamento. Há uma preocupação em ouvir o outro para realizar a gestão, mas em sua maioria os gestores se limitam a ouvir seus pares, sendo os usuários referidos apenas por uma gestora. Segundo Campos (2015a) para se construir a cogestão é necessária a inclusão da sociedade civil, ou seja, dos usuários, na gestão e considerar as alteridades na construção de compromissos e contratos. Corroboramos com a perspectiva de Guizardi; Cavalcanti (2010), quando reiteram que o SUS, ao longo de sua estruturação se assentou em preceitos da racionalidade gerencial hegemônica e que superar tal situação tem esbarrado em limites e dificuldades. A superação desses desafios atravessa a reconfiguração da formação profissional na área da saúde (BAPTISTA, GONÇALVES, 2011), o fortalecimento da representação civil, incluindo setores tradicionalmente ligados à defesa da democracia, como partidos e sindicato, que perderam apoio e legitimidade ao longo dos últimos anos (CAMPOS, 2015b) e a reorganização do modelo político-gerencial brasileiro fundamentado no patrimonialismo, na

burocracia, autoritarismo e dominado por interesses do setor privado (PAIM; TEIXEIRA, 2007; CAMPOS, 2007; CAMPOS, 2015b).

Dentre os participantes observamos a concepção de cogestão enquanto compartilhamento com instituições (públicas e privadas) e instâncias de poder, tal como verificamos nas falas a seguir.

“Cogestão nós podemos ter ela em várias situações. Nós podemos ter um processo de cogestão entre os entes federativos, município, estado e união. E nós podemos também, através da descentralização, ter um programa de cogestão entre município e entidade filantrópica, empresas privadas, que possam vir nos auxiliar na execução dos nossos trabalhos.”(G1M6)

“A cogestão, por exemplo, seria uma gestão partilhada com outro tipo de instituição por exemplo, eu tive a experiência de cogestão no Centro Municipal de Especialidade em (município), e nas Unidades Básicas também, com a universidade, então os docentes das universidades, eles vieram, por exemplo, no centro de especialidades nós montamos vários ambulatórios, onde os professores atendiam a população junto com os alunos, e isso tem Atenção Básica também, não é? Então os alunos são preparados para atuar, e ao mesmo tempo a população ganha com toda a capacitação que a universidade tem, e a minha experiência de cogestão foi essa, de uma gestão compartilhada com a universidade.”(G2M6)

Diante das falas desses gestores, cabe pontuarmos que a maioria das concepções trazidas pelos mesmos quanto à cogestão não se relaciona a da proposta da PNH, mas representam as possibilidades de compartilhamento identificadas pelos vistas pelos participantes.

Ainda que em uma análise mais pormenorizada as concepções trazidas se relacionam mais com os conceitos de intersectorialidade e complementaridade do setor privado, esses são experiências e aplicação da cogestão nos municípios, embora não configurem essencialmente a cogestão tal como definida nos documentos oficiais, mas como vem sendo possível em resposta as suas demandas.

A intersectorialidade no SUS pode ser compreendida como articulação entre a com outros setores vislumbrando resultados na saúde mais efetivos, eficientes e sustentáveis. Entende-se que agir isoladamente torna certos resultados mais morosos, além disso a saúde é resultado de uma série de fatores, condicionantes, estruturas e aspectos que ultrapassam as

delimitações do campo da saúde (BRASIL, 2004b; SILVA; RODRIGUES, 2010). Nesse sentido, a partir da fala da gestora, apreende-se que a articulação entre universidade e serviços de saúde atende ao conceito de intersetorialidade.

A complementaridade está prevista na Lei 8080 no Capítulo II, Artigo 24 para que, quando a rede pública tiver oferta insuficiente de serviços, serviços do setor privado possam ser contratados para suprir a rede. Também é previsto que seja dada preferência a contratação/convênios com instituições filantrópicas e sem fins lucrativos, tal como no exemplo do gestor entrevistado. Tanto a intersetorialidade e a complementaridade estão contemplados no arcabouço legal do SUS e representam possibilidades de compartilhamento e cogestão para esses gestores participantes desse estudo.

5.2.2. O agir da gestão entre a ação real e o pretendido

Essa categoria analisa as concepções expressas pelos gestores quanto ao que compreendem ser função e papel da gestão, como desenvolvem suas ações na gestão e a vivenciadas e percebidas por eles, pois, há dissonâncias entre esses aspectos. Apresenta-se uma discussão sobre as falas dos gestores quanto ao que compreendem como ação e função enquanto representantes da gestão municipal de saúde e aquilo que desenvolvem e percebem na realidade dos seus municípios, apontando consensos e dissensos.

Quanto ao seu papel e importância na gestão em seus municípios, os gestores percebem-se como elemento central, ou seja, eles atribuem à função de gestão um papel protagonista na saúde, tal como verificamos nas falas a seguir.

“Eu acho que o gestor, ele é a cabeça de toda a cadeia”(G1M6)

“A gente não consegue ir pra frente, sem o apoio dos gestores”(G2M1)

A perspectiva de centralidade e protagonismo da gestão de um modo geral é recorrente no meio da administração clássica (CHIAVENATO, 2004). Os modelos gerenciais foram se refinando a partir do advento da indústria, ou seja, da revolução industrial, que recrutavam cada vez mais a racionalização dos processos de produção com três finalidades primordiais, segundo estudiosos do campo da administração: a incorporação das novas tecnologias aos processos, atender as exigências legais que foram postas e preservar a saúde e integridade

física dos trabalhadores (CHIAVENATO, 2004). Sabemos que o capitalismo também foi balizador na construção dos modelos gerenciais e que a busca por melhor desempenho, maior produção e a redução de custos operacionais foram nortes para a construção destes. Assim sendo, desde o século XVIII o homem reflete sobre modos e métodos para otimizar os processos, sejam quais forem as organizações.

Dentro da lógica capitalista, todo aparato que favoreça a lucratividade é bem-vindo e assim a administração ganha status privilegiado. A gestão, em alguns segmentos, como a saúde e educação, não visa contribuir para o lucro propriamente, mas sim para melhorar resultados e alcançar objetivos específicos desses setores com eficiência e eficácia (CHIAVENATO, 2004). O SUS ainda que proponha métodos de gestão orientados por uma perspectiva inclusiva e descentralizada, herdou práticas e estruturas dos modelos de administração tradicionais (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010).

A identificação da gestão enquanto elemento central no cenário da saúde pode repercutir nos processos como se constroem a gestão nos municípios e caminhar contra a proposta da PNH e do próprio SUS. Os gestores discursam sobre a gestão enquanto eixo central no campo da saúde e essa perspectiva corrobora com a análise dos mesmos sobre cogestão, na qual o compartilhamento das decisões se processa entre profissionais que atuam diretamente na gestão conforme foi discutido na categoria anterior.

Outros elementos evocados nas entrevistas que demonstram esses aspectos são o reconhecimento de que os processos decisórios na saúde são definidos pelos profissionais que atuam diretamente na gestão, sendo em alguns municípios possível a participação de outros agentes como os profissionais, e as reuniões como espaços primordiais na gestão da saúde.

As práticas de gestão nesses municípios apresentam-se distintas. Nesse estudo foi possível conhecer essas diferenças no que tange às decisões em saúde. Verificamos estruturas de gestão bastante centralizadoras, com pouca ou nenhuma referência à participação de coletivos, profissionais e usuários. Entretanto, também há municípios em que os gestores referem incluir outros atores nos processos decisórios.

“A palavra final é sempre do diretor. Mas, assim, as decisões, a gente costuma tomar em conjunto, dependendo da área. Por exemplo, é uma ação do pronto-socorro, então o diretor toma junto com o coordenador do pronto-socorro”(G2M1)

“Nós temos toda a construção de planos, as deliberações partem dentro da prefeitura, na maioria das vezes com anuência com o conselho e a câmara municipal”(G1M6)

“Todos, todos. Os coordenadores e até os próprios trabalhadores de saúde. Eu dou abertura para todos. Quando nós vamos discutir alguma coisa que é para mudar, eu não tomo a decisão sozinha. Eu chamo todos os atores [...] Normalmente, a decisão é coletiva, nunca de forma individual.” (G1M2)

Um dos gestores relata incluir usuários e trabalhadores nos processos decisórios dentro do município. Essa inclusão atende a proposta da PNH, assim como a inclusão de coletivos. Um dos gestores aponta a câmara municipal como participante dos processos deliberativos. O poder legislativo é eleito pela população e representativo desta, assim como os conselheiros municipais, também apontado por um dos gestores. Apesar das falas de parte dos gestores identificarem a gestão como protagonista nos processos deliberativos na saúde, os discursos desses dois gestores demonstram que há abertura para a participação de outros agentes nesse processo. No entanto, na contramão desses, há um município em que as decisões da saúde são feitas pelo prefeito e a equipe de gestão da diretoria de saúde é identificada como assessoria, cuja função é levar as opções possíveis para que o prefeito escolha dentre essas. Conforme relato:

“A gente trabalha com esses coordenadores em equipe. A gente discute o que é necessário, na hora da decisão final quem toma é o prefeito. A gente passa tudo para o prefeito. Então a decisão final, na verdade, quem toma é ele. A gente discute né? Leva bem filtrado pra ele decidir “Olha, a gente tem essa e essa opção”, na verdade a gente trabalha sempre, né? Com a equipe para filtrar um pouquinho e levar para ele.”(G1M3)

“Aqui ainda é o gestor, o gestor mor mesmo é o prefeito. A gente é a assessoria do prefeito” (G1M3)

Diante desses dados fica clara a diversidade nos processos decisórios na gestão em saúde entre os municípios e nos modos como os gestores incluem outros atores sociais nos processos decisórios, como trabalhadores e usuários. Para alcançarmos o SUS que atenda ao

seu projeto e que, portanto, transponha a noção de sistema para oferta de serviços de saúde e avance em direção a mudanças nos modos de vida da nossa sociedade, é necessário assumirmos o sistema de saúde como campo de transformações de práticas, de indivíduos e de produção de engajamento por esse projeto de uma nova sociedade (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010). Nesse sentido, corroboramos com Guizardi; Cavalcanti (2010) que defendem:

“A participação política na gestão do sistema de saúde não se constitui apenas como um caminho para construí-lo da melhor maneira, mas, primordialmente, como o próprio terreno onde, a partir do campo da saúde, é possível agenciar os sujeitos para a luta pelo SUS e por um outro mundo. Nesse sentido, o aprofundamento do projeto da Reforma Sanitária Brasileira passa fundamentalmente por uma radicalização democrática do cotidiano institucional do sistema de saúde. Esta nos parece ser a arena onde é possível, ao mesmo tempo, avançar na construção da institucionalidade do SUS e produzir novas formas de subjetivação que permitam alcançar a almejada revolução nos modos de vida.”(GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010. p. 634)

A PNH é proposta no sentido de confrontar as estruturas tecnocráticas e enraizadas no campo da saúde. Entretanto, a política não é lançada à ingenuidade de que esse confronto e operacionalização de seus objetivos são fáceis, pelo contrário, reconhece-se que demanda mudanças que tangem a inclusão dos atores usuários, trabalhadores e gestores nos processos de produção (de saberes, práticas e relações), compartilhamento, aumento da comunicação e de colaboração (BENEVIDES; PASSOS, 2005; SOUZA; MENDES, 2009). Desse modo, portanto, é necessária movimentação nos âmbitos de gestão para a incorporação dessas práticas. Neste estudo observamos ações contrárias à essa movimentação, de pouca inclusão e, ainda que, a maioria dos gestores tenham se declarado membros de coletivos no campo da saúde, terem realizado cursos oferecidos pelo DRS ou o próprio MS, a descrição que fazem do seu cotidiano na gestão se assemelha mais a um modelo engessado.

As ações reconhecidas e descritas pelos gestores que visam corroborar com a implementação da PNH são relacionadas a reuniões com membros da equipe de gestão, cobrança e controle das equipes e fomento à capacitação profissional.

“Hoje, na minha gestão, de 15 em 15 dias, eu tenho uma reunião com todos os responsáveis de cada UBS” (G1M5)

“Eu acompanho, tenho que estar acompanhando, vendo.”(G1M5)

“Sempre tento passar para elas como eu gostaria que fosse o atendimento.”(G1M1)

A priorização de reuniões, especialmente com membros da própria equipe de gestão, demonstra a continuidade de práticas de gestão centralizadoras e alinhadas à racionalidade gerencial hegemônica. Nesse sentido, as ações descritas pela maioria dos gestores confirmam a concepção que os mesmos tem sobre o papel da gerência no campo da saúde e que as decisões são tomadas unilateralmente, considerando apenas a visão da própria gestão. O controle exercido sobre as equipes também é encontrado como ação fundamental dentro da racionalidade gerencial hegemônica (CAMPOS, 2015). Quanto maior for o controle sobre os trabalhadores menos autonomia e democratização verificam-se nas instituições.

O incentivo à capacitação também é elencada por parte dos gestores como ação para implementação da PNH, especialmente por aqueles ligados à área da educação. Nesse contexto, os gestores identificam a criação de projetos de capacitação dentro dos municípios, a realização de palestras e a liberação para participação em cursos/reuniões.

“A gente tem o programa que ainda está em fase embrionária de desenvolvimento da qualificação pessoal” (G1M6)

“Vai ter uma palestra sobre humanização pra toda a equipe da saúde.”(G2M5)

“É não deixando de patrocinar esses funcionários para as capacitações.” (G1M4)

“Deixando eles participarem de cursos quando tem, de palestras,[...]então assim, a gente liberar eles para ir, condução, nas reuniões.”(G1M3)

As capacitações, entendidas aqui como cursos de aprimoramento, especializações, treinamentos e cursos são consideradas importantes e estão elencadas na Política Nacional de Educação Permanente em saúde (PNEPS), entretanto, não se limita a essas ações, pois a EPS pressupõe além da instrumentalização e melhoria do desempenho dos trabalhadores, mudanças e reflexões a partir do cotidiano do trabalho para a construção de práticas transformadoras no sistema de saúde (FIGUEIREDO, 2014; CUNHA et al, 2014). A partir das falas, podemos observar que, para os participantes, a atuação da gestão municipal de saúde é liberação e financiamento para que os trabalhadores façam capacitações. Um dos gestores refere a criação de um programa dentro do município para qualificação dos trabalhadores. As capacitações, moldadas na tradição da educação bancária, tem sido recorrentes no campo da saúde e solicitadas pelos trabalhadores (FIGUEIREDO, 2014;

CUNHA, 2014). É necessário cautela na proposição de ações de EPS em saúde, para que essas não reiterem modelos tecnicistas, fragmentados e pouco reflexivos dos processos de trabalho e cuidado, assim como foi verificado em estudo realizado por Figueiredo (2014), que constatou a pouca apropriação dos gestores sobre a EPS. Vale ressaltarmos que o aprofundamento dessa questão não foi objeto dessa pesquisa e que, portanto, não se investigou as ações da gestão na implementação da PNEPS nos municípios.

Nos municípios onde se desenvolveu esse estudo, e de acordo com os participantes do mesmo, os cargos de coordenação nos serviços de saúde são, em geral, ocupados por enfermeiros, com exceção de uma Unidade de Saúde da Família no M2 que é coordenada por um médico.

“O papel das enfermeiras fazem comigo [...] a gente senta e se reúne, e conversa mesmo, mas eu acho que o apoio que elas dão de logística, de execução de ações, de descentralização das ações, de retorno mesmo dos problemas” (G2M4)

“Cada unidade tem um enfermeiro que ele é o responsável por aquela unidade. A responsabilidade, nas unidades, ela não é compartilhada, como é preconizado [...] O médico vai lá, ele faz o atendimento dele, não engloba, e o dentista também.” (G2M5)

“Deixo, assim, em cada equipe um responsável pela unidade de saúde, como enfermeira, a maioria é enfermeira. Tem uma que é um médico, mas na maioria é a enfermeira, que ela é a responsável por aquela unidade de saúde.”(G1M2)

“Elas (enfermeiras) trazem bastante ideias para mim, para a gente tentar trabalhar [...]Tentar traçar algumas diretrizes junto com elas, para tentar melhorar.”(G2M3)

A partir das falas desses gestores, podemos fazer uma analogia com a fisiologia do sistema circulatório onde identificamos que as coordenações funcionam como capilarização da gestão nos serviços de saúde. Analogamente, podemos descrever tal situação como à fisiologia do sistema circulatório em que o coração bombeia sangue oxigenado para os vasos sanguíneos, nessa comparação a gestão é o coração, que bombeia decisões, projetos, ações e ordens (que são equivalentes ao sangue), os vasos são os coordenadores que levam as orientações da gestão para os outros trabalhadores, mas que também retornam à gestão com as repercussões das decisões tomadas no centro nas equipes.

Frequentemente o enfermeiro é encarregado dos processos administrativos nos serviços de saúde no qual se insere (MOURA, 2015; SILVA; SILVEIRA, 2015), entretanto, essa função não é exclusiva desse profissional. Um dos gestores refere que a participação, tal como preconizada, não ocorre no seu município, pois médicos e dentistas não se envolvem para além do seu atendimento. Nesse sentido, outros gestores identificam situações semelhantes:

“[Médicos e dentistas] são meros trabalhadores fora da equipe [...] tenho poucos médicos que são colaborativos, que interagem, que combina com a equipe, que faz ações educativas, por exemplo, eles se restringem às visitas domiciliares que está no protocolo do PSF, e assim, alguns até com bastante dificuldade, bastante resistência, e é atendimento, eles vão fazer o atendimento e vão embora.”(G2M4)

A atuação desses profissionais (médicos e dentistas) pouco participativa nas equipes de saúde é tema recorrente na literatura, sendo diversas as interpretações dessa realidade como a carga horária restrita, persistência da visão de superioridade médica, número insuficiente de profissionais no mercado, baixos salários no setor público, formação profissional nos moldes biomédico, bem como lacunas na formação (MORETTI-PIRES, 2009; SILVA, 2011; RODRIGUES et al, 2013; MORI; OLIVEIRA, 2014). Entretanto, muito tem se debatido sobre o equacionamento dessas questões, inclusive com uma crítica sobre a ideia frequente de que faltam profissionais médicos no Brasil (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013). Concomitante a esses dados sobre médicos e dentistas, alguns gestores referem a sobrecarga de trabalho que incide sobre o enfermeiro.

“Acaba sobrando muita responsabilidade para a enfermagem. Além do papel da administração, elas fazem a parte assistencial.”(G2M3)

“Eu vejo as enfermeiras das unidades, eu falo pra elas que eu sou solidárias a elas” (G2M5)

A maioria dos gestores refere que, nos serviços de saúde do seu município, os enfermeiros que são coordenadores exercem funções de assistência e coordenação, não havendo carga horária específica para cada atividade. Se considerarmos que, como dito por grande parte dos gestores, outros trabalhadores das equipes atuam exclusivamente na clínica, a sobrecarga sobre o enfermeiro passa a ser algo recorrente e que merece ser considerada. Como dito anteriormente, tradicionalmente ao enfermeiro é atribuída à administração dos

serviços de saúde. A hierarquia dentro da própria categoria profissional favorece essa prática, entretanto, segundo a fala dos gestores que participaram desse estudo, podemos observar outras razões para isso.

“Se o médico ficar sem o paciente ele vai embora e não atende os próximos depois.” (G2M4)

“Nós temos médicos nos 2 períodos. Eles não fazem a carga horário que deveria” (G2M2)

“Eles (dentistas) têm carga horária diferente, já são concursos antigos e a gente não conseguiu esquematizar para trabalhar.” (G2M3)

A partir das falas desses gestores podemos identificar que médicos e dentistas cumprem nos serviços de saúde cargas horárias diferentes dos outros profissionais ou a depender da demanda por seu trabalho clínico. A escolha de um coordenador para as equipes de saúde pode ter se apoiado neste cenário no qual a permanência de alguns profissionais nos estabelecimentos de saúde não é linear, sendo a escolha pelo enfermeiro pautada na tradição de gerência dessa profissão e na sua maior permanência nas unidades e serviços de saúde.

A centralização das decisões da saúde no âmbito municipal também é reproduzida nos serviços de saúde, tanto da AB quanto unidades hospitalares, tendo um profissional para assumir a coordenação desses serviços, atribuição essa, que na prática, demonstra funcionar como tentáculo da gestão nos serviços, levando as orientações para as equipes e retornando com os resultados dessas para a gestão. Há que se repensar a pouca participação de outros profissionais nos processos das equipes, sejam na gestão do cuidado, do trabalho ou da educação. Foi possível identificarmos falas bastante contemporâneas entres os gestores sobre a inclusão de outros atores sociais, entretanto, também há exemplos opostos nessa região de saúde. É necessário que os gestores municipais incorporem na sua atuação o fomento às ações para fortalecimento da gestão participativa nas equipes e no município como um todo. No entanto, por em prática essas ações é um desafio a ser equacionado e demandam alterações nos modos como a saúde pública tem se constituído no país.

É necessário rever os modos de contratação dos profissionais, a formação em saúde, os interesses que incidem no campo da saúde pública, as práticas gerenciais e os acordos e tradições entre algumas classes de trabalhadores e a gestão de saúde (CARVALHO;

SANTOS; CAMPOS, 2013), entretanto, tais dificuldades não podem ser justificativas para a paralização das ações no sentido de superá-las.

5.2.3. Dificuldades e Potencialidades para a implementação da PNH

5.2.3.1. Dificuldades

Os fatores que dificultam a implementação da PNH, sob a perspectiva dos gestores, são de ordens distintas. O vínculo empregatício dos trabalhadores do SUS é apontado como uma barreira para a efetivação da PNH.

“No município é mais difícil porque funcionário que não se enquadra, você não pode assim, mandar embora, é difícil até trocar de unidade, por problemas políticos, problema constitucional, problema do bairro, por exemplo o agente comunitário, se ele mora naquele bairro você não pode trocar, não pode mandar embora. Então a gente tem um quadro meio fechado. São concursados.”(G1M3)

“O ideal é que nós pudéssemos escolher a nossa equipe, nós não temos esse poder por conta do regime do funcionário público, por contado concurso público. Então, a gente não consegue.” (G2M5)

No campo da saúde a discussão sobre os vínculos empregatícios tem sido frequente (MACIEL et al, 2010; ASSUNÇÃO; MACHADO; ARAÚJO, 2012; BERNADO; VERDE; PINZÓN, 2013; RIBEIRO; SOUZA; SILVA, 2014). Falar de um sistema de saúde que nasce como uma política social, comprometida com a democracia e cidadania dos indivíduos e alinhada a um modelo de proteção social e associá-lo às lógicas de trabalho frágeis e vínculos instáveis é incompatível e ilógico. Para os gestores, tal como está organizada a contratação de profissionais (concursos) e a estabilidade do emprego público representam menor controle sobre o trabalhador, o que desagrade o gestor. Essa lógica de controle condiz com os pilares da racionalidade gerencial hegemônica que se sustenta na fragilidade do trabalhador diante da gestão, na obediência e controle (CAMPOS; 2015a).

A opção pela precarização dos vínculos de trabalho não é ingênua, obedece à lógica da privatização da saúde, no sentido de entregá-la a setores privados da ‘indústria da doença’. Assim, limita-se o SUS à posição de comprador de serviços de saúde, que por sua vez são onerosos ao sistema. A fragilidade dos vínculos empregatícios também fragiliza o SUS na medida em que comprometem a relação do trabalhador com o sistema, provoca

descontinuidade das ações e serviços pela rotatividade dos trabalhadores, o que, por sua vez, dificultam o planejamento de média e longo prazo (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013)

Ainda sob o prisma dos trabalhadores do SUS, os gestores referem ter dificuldades por disporem de pouca força de trabalho na saúde.

“A gente tem problemas com recursos humanos, o município é pequeno, A gente tem que trabalhar com pouco, falta de funcionários.”(G1M3)

“Só que está todo mundo no limite. Então, como a gente tem poucos recursos humanos, então a gente acaba não fazendo. Faz o estritamente o necessário” (G2M5)

“Uma coisa assim, entendo assim, acho difícil de a gente trabalhar tanto a humanização quanto o acolhimento, porque exige muito das pessoas e os funcionários públicos vocês conhecem, são funcionários as vezes mais antigos que não aceita mudanças muito rápidas, então tem que ir conquistando aos poucos” (G2M3)

Os participantes referem terem poucos ‘recursos humanos’, nomenclatura própria da Administração Clássica, o que denota a aproximação dos gestores com esta escola da administração. Matos; Pires (2006) apontam que a utilização e adoção dos referenciais da administração clássica são recorrentes no campo da gestão em saúde, dados que corroboram com outros estudos (HAYASHID et al, 2014; KLERING; PORSEE, 2014). Outra justificativa para esse fato é a formação dos gestores entrevistados. Metade dos participantes (6) desse estudo são enfermeiros e um administrador, sendo a presença das teorias administrativas clássicas recorrentes no campo da enfermagem e na própria administração (MONTZELLI; PERES, 2012; SANTOS et al, 2013; HAYASHIDA et al, 2014).

A questão do baixo número de trabalhadores no SUS é tida como ponto chave para a estruturação do sistema e implementação das políticas de saúde, entretanto, esbarra em questões como limites na contratação, como a lei de responsabilidade fiscal, os vínculos frágeis de trabalho e na falta de políticas de planejamento da força de trabalho no SUS (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013; GONÇALVES et al, 2014; MENDES, WEILLER, 2015). Além desse contexto, temos a desmotivação no trabalho em saúde reforçada pela baixa remuneração e distanciamento da prática integral em saúde. Para a mudança deste cenário é necessário investirmos na qualificação, responsabilização e

fortalecimento do compromisso entre gestores e trabalhadores, incluindo a participação cidadã e o planejamento sobre a força de trabalho no SUS.

Entre os participantes a ideia de centralidade da gestão no campo da saúde é recorrente, assim como discutimos anteriormente. Em contraposição a essas concepções foi possível identificarmos, enquanto dificuldade apontada pelos gestores, a concentração de responsabilidades pelos gestores. Assim, observamos um confronto de ideias. A maioria dos participantes aponta que a gestão deve concentrar as decisões no campo da saúde e, simultaneamente, entendem que a concentração dificulta o seu trabalho, pois, inviabiliza ações, aumenta responsabilidades e interfere na qualidade do trabalho realizado.

“No momento a gente está meio que tentando fazer 2, 3 coisas ao mesmo tempo, e aí a gente às vezes, reflete, e fala, não está sendo 100% eficiente porque uma parte eu estou deixando de fazer, porque você não consegue fazer tudo ao mesmo tempo.”(G2M4)

“Hoje, o departamento de gestão do cuidado ambulatorial que cuida da nossa atenção básica como um todo, ele é bem amplo e acaba inviabilizando, talvez, algumas ações.”(G1M6)

“Já há alguns anos, tiraram o departamento de especializada, então no mesmo departamento ficou atenção básica e a especializada [...]Então isso realmente levou a uma dificuldade maior, no gestor, da diretoria [...] porque fica uma coisa muito grande. Então esse departamento em si, ele é muito grande, então para uma pessoa só responder à muitas unidades, e à muitas questões, é muito difícil, (G2M6)

Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado com coordenadores de Saúde da Família (SILVA, 2009). Ainda que os participantes apontem essa centralização como dificuldade, observamos, a partir das entrevistas, pouca inclinação a mudanças desse cenário. Entendemos que esse desenho de gestão (centralizadora) é reflexo dos modelos adotados ao longo dos mais de 25 anos do SUS (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2009), entretanto, a transformação desse cenário depende de movimentos e esforços para que ocorra, algo ainda timidamente visualizado no cenário deste estudo.

5.2.3.2. Potencialidades

Os elementos identificados pelos gestores como potencializadores para sua gestão em direção à implementação da PNH foram: a comunicação, a disponibilidade e abertura dos gestores em receber os usuários e trabalhadores.

“A gente se comunica muito, a gente se fala muito [...] às vezes, você só deliberar as coisas você não tem a resposta de como está lá na ponta, então eu acho que esse feedback da ponta para gente também é muito importante e auxilia muito.”(G2M4)

“Sempre que vem qualquer assunto mesmo, eu como gestora eu não dispense nenhum, [...] inclusive ontem, teve uma munícipe que falou, “nossa, foi a primeira vez na minha vida que eu consegui falar com uma Direto de Saúde em (Município).” (G1M4)

“Eu sou muito aberta. Eu estou aqui todos os dias, a minha porta fica aberta. Então, se você ficar mais um tempinho aí, daqui a pouco vai ter enfermeira entrando sem precisar marcar dia, sem precisar marcar hora. Vai estar entrando, “com licença, posso falar?”. Nunca estive, “não, não posso te ouvir hoje”, não. Eles não podem reclamar disso, minha porta fica aberta o tempo inteiro.”(G1M2)

“Porque a hora que elas [equipes] precisarem de mim, ou a população precisar de mim, eu estou aqui.” (G1M1)

Esses elementos (comunicação, abertura em receber usuários e trabalhadores e disponibilidade) se relacionam a abertura ao diálogo, ou seja, as potencialidades apontadas pelos gestores convergem para a ideia de que a gestão mantenha o diálogo e se abra para conversar (ouvir e ser ouvida), fatores entendidos como importantes para a implementação da PNH. Embora os gestores falem em comunicação e abertura ao trabalhador e usuário, não abordam a negociação no campo da saúde. Deslandes, Mitre (2009) nos coloca que:

“O desafio colocado é o de reconhecimento, aprendizagem e negociação com um outro que não é nosso espelho, mas um outro imbuído do tríptico estatuto de: indivíduo - detentor de direitos; sujeito - detentor de capacidade de autonomia para fazer escolhas; pessoa - detentor de estoque cultural que lhe confere uma identidade de referência no seu grupo social de pertencimento.” (DESLANDES; MITRE, 2009 p. 647)

Não é apenas ao ouvir e se comunicar que se consolida uma política de saúde, para a PNH é preciso também considerar a heterogeneidade dos atores, o lugar e posição que ocupa nessas relações, pois esses elementos em conjunto que constroem os significados atribuídos por esses atores ao processo, seja de comunicação, de negociação ou de abertura. A PNH não é proposta de padronização, mas sim de diversidade e da construção de reflexões e práticas a partir dessa diversidade (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Os gestores devem mais do que manter-se abertos aos usuários e trabalhadores, devem produzir encontros e negociações, construindo, no cotidiano do processo e em conjunto com outros agentes, os debates, as escolhas e acordos (SANTOS-FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No escopo da Constituição Federativa Brasileira de 1988, a saúde é concebida como resultado das condições de vida, cabendo ao Estado a garantia de saúde para sua população por meio de políticas econômicas e sociais. O SUS é política de inclusão, de proteção e transformação das produções de saúde.

A partir da promulgação da Lei 8080/90 foi estabelecida a direção única do SUS em cada esfera de governo. Sendo os gestores da saúde, as autoridades sanitárias que devem ter suas ações políticas e técnicas fundamentadas nos princípios da reforma sanitária brasileira.

Os gestores municipais de saúde são responsáveis pela condução das políticas públicas nos territórios dos seus municípios, devendo atuar junto a diferentes grupos e espaços de construção da saúde, como coletivos civis e conselhos, incluindo-os nas discussões e processos de decisão nos municípios, juntamente com os trabalhadores. As ‘ferramentas’ que os gestores devem lançar mão para executar tais tarefas são diversas, mas tangem as habilidades de gestão pública em saúde e articulação política, amparados no projeto político do SUS.

A PNH constrói-se enquanto proposta de aperfeiçoamento do sistema de saúde, pois, pretende intervir nos processos instituídos das práticas de saúde como a fragmentação do cuidado, silenciamento e hierarquização entre os trabalhadores e nas relações entre trabalhadores, usuários e gestores, bem como nos modelos de gestão centralizados. A PNH pressupõe a indissociabilidade entre a atenção e a gestão, a valorização das práticas inovadoras de gestão e cuidado no SUS, bem como a experimentação dessas vivências.

A realização desse estudo permitiu conhecermos as percepções dos gestores municipais de saúde sobre a PNH, acolhimento, cogestão e as ações desenvolvidas por esses atores no processo de efetivação da política e suas diretrizes. Contudo, há que pontuarmos que alguns gestores tem pouca aproximação com tais temas. A condução das políticas públicas é uma das atribuições essenciais dos gestores de saúde e a pouca aproximação desses com as diretrizes das políticas públicas podem repercutir em pouca mobilização ou incentivo para a efetivação delas, não as contemplando de fato no seu projeto de governo, comprometendo o processo de implementação do próprio SUS.

O discurso da maioria dos gestores, sobre o que acreditam que deveria ser feito, é distinto das práticas por eles mencionadas para a efetivação da PNH. Esse descompasso também pode repercutir em desvios ou obstáculos para a efetivação da política pública.

Consideramos que, conforme observado, ainda há concentração dos processos decisórios na saúde, embora alguns relatos demonstrem a tendência de abertura ao diálogo com outros atores além da gestão nesses processos, o que é um avanço na direção da gestão que o SUS e a PNH pretendem. A experimentação de modelos de gestão mais democráticos de fato se faz urgente, entretanto, poucos movimentos nesse sentido foram percebidos nessa pesquisa. Os contextos políticos locais e os processos de escolha e atribuição de cargos na gestão também impactam nesse cenário, especialmente se considerarmos que não raro os cargos de gestão na saúde são figurativos, tal como observado em um dos municípios desse estudo (M. Como concorrer para mudanças na gestão se as ações são restritas e a função é simbólica?

A metade dos gestores que participaram desse estudo são enfermeiros (50%) e, segundo os dados obtidos, as funções de gestão nesses municípios são desempenhadas em sua maioria por profissionais da enfermagem. A reprodução de modelos de gestão alinhados à racionalidade gerencial hegemônica é recorrente na formação desses trabalhadores. Há que se aprofundarem as reflexões sobre a formação dos profissionais da saúde sob a ótica da PNH, de modo a se construir processos de formação concernentes com essa política pública. Com relação ao tempo de atuação na gestão, observamos que os gestores com maior experiência no SUS e na gestão em saúde tem maior domínio conceitual sobre a PNH, Acolhimento e Cogestão tal como proposto nos documentos em relação aos com menor experiência. Entretanto, o tempo de atuação no SUS, na gestão em saúde e aproximação com a PNH não necessariamente refletem em ações e cenários de gestão mais democráticos.

De modo geral, consideramos que os gestores municipais de saúde tem pouca compreensão da PNH e suas diretrizes Acolhimento e Cogestão. Esse cenário impacta nos processos de atenção e gestão que os gestores constroem em seus municípios. Há pouca mobilização pela inclusão dos trabalhadores e usuários na gestão, bem como o pouco envolvimento dos gestores nos serviços de saúde, faz-se necessário a proposição de pesquisas que se inclinem a investigar essa situação. Avaliamos serem importantes mais estudos acerca da gestão em saúde, especialmente os que busquem compreender a relação da PNH com a EPS enquanto condutores para a construção de um sistema de saúde mais condizente com a proposta política do SUS.

Consideramos que as práticas reveladas pelos gestores ainda reforçam o ‘desencantamento’ do concreto no SUS, tornando-o mais inflexível e resistente. É preciso o

fortalecimento de iniciativas de gestão participativa nos municípios, como conselhos gestor, e de espaços de planejamento como o Colegiado de Gestão Regional proposto pela Secretaria Estadual de Saúde/SP, de modo que, representem espaços para diálogo, apoio e contribuam para o avanço no sentido de implementação da PNH e de outras políticas públicas do SUS.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba , n. 24, p. 41-67, jun 2005.

AKERMAN, M.; FEUERWERKER, L. M. C.. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: Que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, Gastão W. S; MINAYO, M. C. S; AKERMAN, M. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

ALMEIDA, C. O SUS que queremos: sistema nacional de saúde ou subsetor público para pobres? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 346-369, 2003.

ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C.. Atenção Primária à saúde e estratégia saúde da família In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E.. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v.7, n. 3, p. 455-479, 2002.

AVILA, M. M. M.. Origem e evolução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. **RBPS**, 2011. 24(2): 159-168.

BACKES, D. S. et al. O Sistema Único de Saúde idealizado versus o realizado: contribuições da Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.22, n.6, p.1026-1033, dez. 2014.

BECCHI, A. C. et al . Perspectivas atuais de cogestão em saúde: vivências do Grupo de Trabalho de Humanização na atenção primária à saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v.22, n.2, p.653-660, jun. 2013.

BECK, C. L. C.; MINUZI, D.. O Acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Saúde**, Santa Maria, vol 34a, n 1-2: p 37-43, 2008.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, set. 2005. Acesso em 19 jan. 2016.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo?. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 17, p. 389-394, Ago. 2005.

BENITES, P. Z. **A importância da oficina de saúde Paideia como estratégia de gestão e co-gestão**: relato de uma experiência. Trabalho de conclusão de curso (Especialização). Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS, 2012.

BÍBLIA. Português. Bíblia Sagrada. Tradução Ivo Storniolo; Euclides Martins Balancin. São Paulo: Sociedade Bíblica Católica Internacional e Paulus, 1991. Edição Pastoral.

BORLINI, L.M. Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 321 - 333, ago./dez. 2010.

BOSCHETTI, I. Políticas de desenvolvimento econômico e implicações para as políticas sociais. **SER social**, Brasília, v.15, n. 33, p261-384, jul. / dez. 2013.

BOTTI, M. L.; SCOCHI, M. J. O aprender organizacional: relato de experiência em uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 107-114, Apr. 2006.

BRASIL, Departamento Nacional de Saúde. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro 1944, Reedição 1965.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O SUS no seu município**: garantindo saúde para todos. (Org. Ana Lucia Pereira et al). Textos Básicos de Saúde. 2004.

_____. Ministério da Saúde **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro : Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da saúde. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília : Ministério da saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.080**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH):** HumanizaSUS - Documento-Base. 4ª ed. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 278**, de 27 de Fevereiro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 20).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à saúde. **ABC do SUS, Doutrinas e Princípios**. Brasília, 1990.

CALDERON, D. B. L.; VERDI, M. I. M. Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface (Botucatu)**. 2014, Vol. 18, suppl. 1, pp 859-870. ISSN 18075762.

CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, supl.p.1865-1874, Nov. 2007.

CAMPOS, G. W. S. (a). Paradoxos na construção do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.705-708, Set.2015 (a).

CAMPOS, G. W. S. (b). Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 301-306, Apr. 2007

CAMPOS, G. W. S.. **Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e formulação ampliada do trabalho em saúde**. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, ago. 2010.

CAMPOS, G.W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec; 5ª ed. 2015 (b).

CARVALHO, C. A. P. et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arq Ciênc Saúde** 15(2): 93-5, abr/jun 2008.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. **A gestão da atenção na saúde**: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, p.837-68, 2009.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Lat-Am. Enfermag.**, 13 (1): 105 – 111, 2005.

CHIAVENATO, A. **Introdução à Teoria Geral da Administração**: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. 7ª ed. Rev. e atual. – Rio de Janeiro, Elsevier, 2004.

COÊLHO, B. P., ARAÚJO JUNIOR, J. L., OLIVEIRA, T. F.. O reencantamento do concreto e as apostas nas mudanças nos modelos de atenção e de gestão do SUS: o caso da maternidade do Instituto Hospitalar General Edson Ramalho – João Pessoa/Paraíba. **Cadernos HumanizaSUS**. Vol. 3. Atenção Hospitalar. Brasília/DF. 2011.

COÊLHO, B. P. **O reencantamento do concreto e as apostas nas mudanças nos Modelos de Atenção e de Gestão do SUS** (O caso do Instituto Hospitalar General Edson Ramalho/João Pessoa/Paraíba). [Dissertação de Mestrado]. FIOCRUZ, Recife/PE, 2006

COÊLHO, B. P. Gestão e subjetividade: a dupla tarefa da produção de saúde e da produção de sujeitos no Sistema Único de Saúde – SUS. **e-cadernos ces** [Online], 02 | 2008, colocado online no dia 01 Dezembro 2008.

CONCEIÇÃO, T. S.. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220, jul./dez. 2009.

CORBANI, N. M. S.; BRÊTAS, A. C. P.; MATHEUS, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. **Rev BrasEnferm**, Brasília, 62(3): 349-54; maio-jun, 2009.

COSTA, M. B. S.; LÓPEZ SALAZAR, P. E.. Gestão das mudanças no sistema de saúde pública. **Rev. Enferm. UERJ**; 15(4): 487-494. Out-dez, 2007.

CUNHA, A.Z. S. et. al. Implicações da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Revista Espaço Para A Saúde**, Londrina, v. 15 n. 4 p. 64-75 out/dez. 2014.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S.. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Rev. Org& Demo**, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 615-626, set. 2005.

DESLANDES, S.F.; MITRE, R.M.A. Processo Comunicativo e Humanização em saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.641-9, 2009.

ESCOREL, S. História das políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In GIOVANELLA, L. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2012.

FALK, M. L. R.; FALK, J. W.; OLIVEIRA, F. A.; MOTTA, M. S.. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Rev APS**. 2010 jan/ mar; 13(1):4-9.

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 (Botucatu)**, Botucatu , v. 9, n. 18, p. 489-506, dez. 2005.

FIGUEIREDO, E. B. L. **Educação Permanente em Saúde**: inventando deformações [Dissertação de Mestrado]. (RJ) – Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2014.

FLEURY S.; OUVENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In GIOVANELLA, L. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2012

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.

GARUZI, M. et al . Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.35, n. 2, p. 144-149, fev. 2014.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R.. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, ago. 2005.

GONÇALVES, C. R. et al . Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 38, n. 100, p. 26-34, mar. 2014

GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 1, p. 132-140, mar. 2013.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. L.. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1245-1265, dez. 2010.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. L. Por um mundo democrático produzido democraticamente (ou: o desafio da produção do comum): contribuições a partir da experiência do sistema único brasileiro. **Lugar Comum (UFRJ)**, v.27, p. 103-123, 2009.

HAYASHIDA, K. Y. et al . A tomada de decisão da equipe de enfermagem após revitalização do modelo compartilhado de gestão. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 286-293, jun 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (INDEC). **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde/Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor**. – 2. ed., 3ª reimpr. – Brasília: IDEC, 2003. 66 p.: il.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas populacionais para os municípios brasileiro. 2014.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_dou.shtm>

KLEBA, M. E.; ZAMPIROM, K.; COMERLATTO, D.. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 24, n. 2, p. 556-567, jun. 2015.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E.. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, set. 2010.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, supl. 1, p. 771-780, 2009.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, jul 2009.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 408 p.

MORETTI-PIRES, R. O.. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 153-166, set. 2009.

MORI, M. E., OLIVEIRA O. V. M. Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF), Brasil. **Interface (Botucatu)**. 2014; 18 Supl1:1063-75.

MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 627-640, 2009.

MORI, M. E.; SILVA, F. H.; BECK, F. L. Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) como dispositivo de cogestão: uma aposta no plano coletivo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 719-727, 2009.

MOURA, C. P. S. As perspectivas para o aperfeiçoamento das habilidades administrativas do enfermeiro: uma abordagem histórica. **Revista Saúde e Desenvolvimento** vol. 7, n.4 jan – dez 2015.

NERY, S. R. et al. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1411-1419, out. 2009.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R.. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, n. 6, p. 1186-1200, dez. 2013.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, dez. 2008.

OLIVEIRA, E. R.A.; FIORIN, B. H.; SANTOS, M. V. F.; GOMES, M. J. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. **Rev. Bras. De Pesquisa em Saúde**, 2010; 12(2) : 46-51.

OLIVI, M.; OLIVEIRA, M. L. F. Educação para saúde em unidade hospitalar: um espaço profissional do enfermeiro. **Ciência, Cuidado e Saúde** Maringá, v. 2, n. 2, p. 131-138, jul./dez. 2003.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A.. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PASCHE, D. F., PASSOS, E.. A Importância da Humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública** Santa Catarina. Florianópolis. 2008 jan-jun; 1(1): 92-100.

PASCHE, D. F. Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 19, n. 4, p. 33-41, 2009.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 4, 2008.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, É. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, nov. 2011.

PAVAN, C.; TRAJANO, A. R. C.. Apoio institucional e a experiência da Política Nacional de Humanização (PNH) na Freguesia do Ó, Brasilândia, São Paulo, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1027-1040, dez. 2014.

PEREIRA JUNIOR, N.; CAMPOS, G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 895-908, dez. 2014.

POLIT D. F.; BECK C.T; HUNGLER B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem; métodos, avaliação e utilização**. 5ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro – **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil** 2013. Incl. bibl. ISBN: 978-85-7811-171-7.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 253-261, jun 2009 .

RODRIGUES, P. H. A. et al . Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1147-1166, dez. 2013.

SANTOS FILHO, S. B.; FIGUEIREDO, V. O. N. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, supl. 1, p. 615-626, 2009.

SANTOS FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, ago. 2007.

SANTOS, J. L. G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 257-263, abr. 2013.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, jan. 2013.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; SILVA, Y. F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 303-314, dez. 2009.

SCLIAR, M.. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SCOREL, S. TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma Sanitária. In GIOVANELLA, L. (Orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2012.

SEOANE, A. F.. **A percepção de médicos e enfermeiros da Atenção Básica sobre humanização nos serviços de saúde**. [Tese]. Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, São Paulo, 2012.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, D. I. S.; SILVEIRA, D. T. Liderança Dos Enfermeiros Para O Século XXI: Uma Revisão Integrativa. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Vol.06, N°. 02, Ano 2015 p.1865-82.

SILVA, F. D. 40 horas na ESF? **Rev bras med fam comunidade**. Florianópolis, 2011 Jan-Mar; 6(18): 15-16.

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 762-769, out. 2010.

SILVA, S. F.; SOUZA, N. M.; BARRETO, J. O. M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4427-4438, 2014.

SILVA, Y. C.; ROQUETE, F. F. Competências do gestor em serviços de saúde: uma análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. **RAS** Vol. 15, Nº58 – jan-mar, 2013.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, set. 2010.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 911-918, 2009.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev. 2007.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, nov. 2010.

TORRES, A. E. et al. A roda em movimento e os movimentos da roda: refletindo sobre experiências. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 96-104, jan./jun. 2012.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, V. 12, n. 4, p. 893-902, ago. 2007.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1987. 175p.

VARELA, F. O reencantamento do concreto. In: PELBART, P. P.; COSTA, R. (Org.) **Cadernos de subjetividade**: o reencantamento do concreto. São Paulo: Hucitec, 2003.

VERDI, M. et al . A cogestão e a inclusão na formação de apoiadores da Política Nacional de Humanização nos territórios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis, v. 5, n. 2, nov. 2014.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M.. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-190, jan 2013.

VILASBÔAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad. Saúde Pública** . 2008, vol.24, n.6.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F.. Cuidar e Humanizar: relações e significados. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011.

ZOBOLI, E. L. C. P.; MARTINS, C. L.; FORTES, P. A. C.. O Programa Saúde da Família na busca da humanização e da ética na atenção à saúde. In: Instituto Brasileiro para o desenvolvimento da saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília (DF): Ministério da Saúde/ Universidade de São Paulo; 2001 p. 47-50.

8. ANEXOS

Questões norteadoras – Gestores

- 1- Fale como se organiza a ABS no seu município?
- 2- Me conte como ocorreu o PMAQ na sua gestão?
- 3- Me conte o que vocês tem feito para humanização do cuidado em saúde no município?
O que é a PNH para você?
- 4- Como o (a) senhor(a) avalia a importância do seu trabalho na gestão para o processo de efetivação da PNH?
- 5- Como se organiza a gestão da saúde no seu município?
- 6- Quem participa dos processos deliberativos na sua gestão? De que maneira ou quais são os espaços de planejamento e de deliberação na saúde do seu município?
- 7- O que é cogestão em saúde para você? Ele está contemplado em sua gestão e em seu município? Se sim, de que forma?
- 8- O que é acolhimento para você? Ele está contemplado em sua gestão e em seu município? Se sim, de que forma?
- 9- Fale sobre como ocorre o acolhimento nos serviços de saúde em seu município?
- 10- O que é Apoio Institucional para você? Ele está contemplado em sua gestão e em seu município? Se sim, de que forma?
- 11- Diante desses temas (acolhimento, cogestão e Apoio Institucional) que elementos você considera estratégico para realizar sua gestão?
- 12- Para você, qual o papel da gestão na implementação da PNH, quanto aos dispositivos, acolhimento, cogestão e Apoio Institucional?
- 13- De que maneira e/ou com quais ações sua gestão tem contribuído para alcançar/garantir essas práticas?
- 14- Como a gestão tem apoiado o trabalho das equipes de saúde?

9. APÊNDICES

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Gestores

Prezado(a)Sr(a): _____

Estamos convidando o(a) senhor(a) a participar da pesquisa *Cogestão, Apoio Institucional e Acolhimento na Atenção Básica: uma pesquisa-intervenção*, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Cinira Magali Fortuna, docente da Universidade de São Paulo (USP).

A pesquisa tem por objetivo implementar e analisar estratégias de apoio institucional com vistas a desenvolver e/ou aprimorar a cogestão e o acolhimento na perspectiva da Política de Humanização, em unidades da atenção básica dos municípios da Região de Saúde Coração do DRS III de Araraquara/ São Paulo, que aderiram ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ).

Estão previstas as seguintes formas de coleta de dados: análise de documentos, entrevista com gestores, grupo focal com trabalhadores de unidades de saúde e grupos de reflexão com apoiadores da Política de Humanização. O senhor está sendo convidado para a entrevista.

Caso concorde, o(a) senhor(a) participará da entrevista semi-estruturada que irá compor o conjunto de dados dos municípios da região de saúde Coração do DRS III de Araraquara com vistas a produção de estratégias voltadas para implantação e implementação da cogestão, do apoio institucional e do acolhimento, configurando o que se chama de pesquisa-intervenção. Essa entrevista será gravada em mídia digital para transcrição em outro momento e terá duração de, no máximo, 60 minutos. O material registrado estará a sua disposição no momento em que desejar e serão destruídos após o uso na pesquisa. A mesma será previamente agendada conforme a sua disponibilidade e poderá ser realizada em local de sua preferência.

As informações/opiniões emitidas pelo(a) senhor(a) serão tratadas de forma anônima no conjunto das demais pessoas que participarem do estudo. Ainda, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento, e deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Ressaltamos que durante a participação o(a) senhor(a) terá como

possível risco, o desconforto ao se deparar com questões referentes à sua percepção acerca da temática deste estudo. Outro desconforto ao qual poderá estar exposto(a) é o de expressar sua opinião. Em caso de desconforto, solicitamos preferencialmente que o manifeste imediatamente, para encontramos formas de amenizá-lo. Os pesquisadores poderão utilizar estratégias que amenizem os possíveis desconfortos, tais como esclarecimentos de quaisquer natureza e/ou interrupção da entrevista. O(A) senhor(a) pode se manifestar sobre quaisquer particularidades com relação a esta pesquisa ao pesquisador que estiver presente no encontro com o senhor, ou ainda, à coordenadora da pesquisa através dos telefones abaixo indicados, para as devidas providências.

A participação na pesquisa não trará benefícios diretos ao Sr(a) mas proporcionará benefícios indiretos como a produção de conhecimento e possibilitará, em conjunto com as demais fases desta pesquisa, o desenvolvimento de ferramentas para o efetivo apoio institucional, almejando a implantação e implementação do acolhimento e da cogestão nas unidades de atenção básica aderentes ao PMAQ, inclusive, do seu município.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos científicos como congressos, publicação em revistas científicas e para os trabalhadores do DRS III de Araraquara e dos municípios de sua área de abrangência, mas o Sr(a) não serão identificados e nem o seu município.

Se o(a) Sr(a) aceitar o convite para participar da pesquisa, esclarecemos que não está previsto pagamento por esta participação, também não haverá nenhuma despesa financeira.

Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação nessa pesquisa, poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país.

Caso tenha qualquer dúvida, a qualquer momento, o(a) Sr(a) poderá ser esclarecido(a) diretamente com os pesquisadores responsáveis. Para comunicar-se com os pesquisadores o(a) Sr(a) poderá fazê-lo pelos telefones (016)3602-3476 – EERP – USP, Profa. Cinira Magali Fortuna; (016)3351-8111 – UFSCar, Profa. Márcia Niituma Ogata; (016)3301-1868 – DRS III de Araraquara, Sra. Monica Vilchez da Silva e solicitar para falar com os pesquisadores. Caso concorde em participar, uma via deste termo de consentimento assinada será entregue ao(a) Sr(a). Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, Protocolo CAAE 35014514.5.0000.5393. Caso tenha necessidade, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, órgão que tem por

objetivo proteger o bem estar dos indivíduos pesquisados, pelo telefone (016)3602-3386, de segunda à sexta-feira, das 8:00 às 17:00 horas.

Agradecemos sua colaboração e ressaltamos a importância de sua participação nesta pesquisa para produção de conhecimentos em saúde.

Profa. Cinira Magali Fortuna

Coordenadora da Pesquisa

Professora junto ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Contatos: (16) 3602-3476 ou (016) 3602-3391

Av. Bandeirantes, 3900. Campus USP. Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto-SP

fortuna@eerp.usp.br

Eu _____, aceito participar da pesquisa *Cogestão, Apoio Institucional e Acolhimento na Atenção Básica: uma pesquisa-intervenção*.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante _____

Caracterização dos Gestores do Projeto PPSUS: Cogestão, Apoio Institucional e Acolhimento na Atenção Básica: uma pesquisa-intervenção.¹

Iniciais do nome:

Município:

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado civil: () solteiro(a) () casado(a) () união consensual () divorciado(a) () viúvo(a)

Escola ou Faculdade em que se formou:

Ano de conclusão:

Graduação com licenciatura? () sim () não

Outra graduação concluída (indicar o curso):

Ano de conclusão:

Pós-Graduação (indicar o curso)

() Especialização: _____ Ano de conclusão: _____

() Mestrado: _____ Ano de conclusão: _____

() Doutorado: _____ Ano de conclusão: _____

() Outros cursos realizados: _____ Ano de conclusão: _____

Trabalho(s) atual(ais):

Local: _____ Data de Admissão: _____

Cargo ou Função: _____ Jornada de trabalho/semana: _____

Local: _____ Data de Admissão: _____

Cargo ou Função: _____ Jornada de trabalho/semana: _____

Local: _____ Data de Admissão: _____

Cargo ou Função: _____ Jornada de trabalho/semana: _____

¹Adaptação do Instrumento da pesquisa PPSUS Rede Cegonha do DRSIII de Araraquara. Coordenada pela Prof^a Dr^a Sílvia Matumoto, docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Experiências anteriores de trabalho na área da saúde (públicos e privados):

Local: _____

Função: _____

Tempo: _____

Local: _____

Função: _____

Tempo: _____

Local: _____

Função: _____

Tempo: _____

Participação em cursos/treinamentos/oficinas que considera relevante(s) para seu trabalho na rede de atenção básica:

Curso: _____ Carga horária: _____ Data: __/__/__

Participação em grupos/coletivos municipais relacionados ao tema da pesquisa

Representação/Condição de participação/desde quando participa?

Participação em grupos/coletivos Regionais relacionados ao tema da pesquisa

Representação/Condição de participação/ desde quando participa?

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cogestão, apoio institucional e acolhimento na atenção básica: uma pesquisa-intervenção.

Pesquisador: Cinira Magali Fortuna

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35014514.5.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 839.354

Data da Relatoria: 21/10/2014

Apresentação do Projeto:

(SEGUNDA APRESENTAÇÃO) Trata-se de projeto intitulado "Cogestão, Apoio Institucional e Acolhimento na Atenção Básica: uma pesquisa-intervenção". Na Plataforma disponibilizam-se, em separado, TCLE, arquivo com orçamento, prevendo despesa de R\$ 78.384,00 (para o qual ora se esclarece haver bolsa FAPESP), folha de rosto firmada pela pesquisadora e pela Diretora em exercício da EERP/USP, e ofício de encaminhamento a este CEP. Na plataforma consta que haverá 195 participantes. Junta-se agora - além da autorização para a realização do trabalho dos responsáveis pelos Serviços de Saúde nos municípios de Ibaté, Descalvado, São Carlos, Porto Ferreira e Ribeirão Bonito - documento de mesmo teor firmado pela Secretaria de Saúde do Município de Dourado.

Objetivo da Pesquisa:

(SEGUNDA APRESENTAÇÃO) O projeto prevê "estratégias de apoio institucional com vistas a desenvolver e/ou aprimorar a cogestão e o acolhimento na perspectiva da Política de Humanização, em unidades da atenção básica dos municípios da Região de Saúde Coração do DRS III de Araraquara/ São Paulo, que aderiram ao PMAQ", o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade, a fim de caracterizar as práticas de acolhimento, de gestão de equipes, e a

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

Continuação do Parecer: 839.354

investigar o papel dos "apoiadores de política de humanização", dentre outros objetivos mais específicos, via estes procedimentos: análise documental, grupo focal, entrevista semi-estruturada, grupo de reflexão e diário de campo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

(SEGUNDA APRESENTAÇÃO) Os riscos são previstos como "possível desconforto dos participantes durante os grupos focais, grupos de discussão com apoiadores de Humanização, entrevistas". Os benefícios apontados são indiretos, à exceção daqueles previstos aos Apoiadores de Humanização, porque estes, durante as entrevistas, podem "qualificar seu trabalho através de aprendizados e atualizações." De fato, o risco é pequeno e a forma de manejar qualquer incidente aparece com bastante dareza no TCLE. Assim, a pretensão dos resultados compensa os apontados riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

(SEGUNDA APRESENTAÇÃO) A pesquisadora discorre sobre o Sistema Único de Saúde e a Rede de Atenção Básica, apontando que merece reestruturação, especialmente no que concerne à Estratégia de Saúde da Família, esta que "deve ser considerada como a principal porta de entrada ao sistema de saúde brasileiro" (p. 02 do Projeto). Expõe sobre o "movimento institucionalista", criado na França, que propõe hierarquia e divisão de trabalho, o que não implica "privilegio na capacidade de decidir sobre as ações a serem tomadas", por isso deve haver um processo de autoanálise nos coletivos e conjuntos de pessoas, para se atingir o fim do serviço de saúde, o qual "deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva" aos problemas da população. Expõe, então, que o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de São Paulo propõem políticas e programas de aprimoramento, entre os quais estão o PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade) e o Centro de Desenvolvimento e qualificação para o SUS (CDQ-SUS), que aparecem descritos, além da Política Nacional de Humanização. O Projeto de Pesquisa visa, então, observar três aspectos dessas políticas, na região especificada: acolhimento, cogestão e apoio institucional realizado por ator externo". Põe foco, acerca deste último aspecto, na análise da figura do "apoiador de humanização", quem "muitas vezes verbaliza não saber por onde iniciar e nem como desenvolver a função de apoio" (p. 05 do Projeto). Seu objetivo geral é então, como já mencionado em item anterior, "analisar estratégias de apoio institucional com vistas a desenvolver e/ou aprimorar a cogestão e o acolhimento na perspectiva da Política de Humanização, em unidades da atenção básica dos municípios da Região de Saúde Coração do DRS III de Araraquara/ São Paulo, que aderiram ao PMAQ", além de outros quatro, específicos, apontados à página 06 do projeto. Prevê-se, assim, abordagem de colheita de dados que permita futura análise qualitativa, optando por uma "pesquisa-intervenção" na referida

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)602-3386

E-mail: cep@eep.usp.br

Continuação do Parecer: 839.354

DRS III- Araraquara, que conta com 06 municípios. Estudará os "apoiaadores Municipais da Política de Humanização", realizando grupos focais com ao menos 03 componentes de cada uma das 61 equipes de Saúde da Família ou atenção básica (um de nível universitário e dois de nível médio ou fundamental, conforme p. 08 do projeto); entrevistas semi-estruturadas com os gestores de cada um dos municípios, cujas questões norteadoras já estão transcritas (p. 09); grupos de reflexão com os seis sujeitos denominados "apoiaadores da humanização", em "doze encontros mensais", tal qual está na p. 09 do Projeto, embora o TCLE refira a "doze encontros distribuídos em nove meses" (p. 015); e redação de diário de campo e um "diário institucional dos apoiaadores da Política de Humanização", cuja importância é indicada com referência bibliográfica (p. 10). A análise dos dados ocorrerá concomitantemente à sua produção, depois ordenados em quadros analíticos elaborados a partir dos objetivos e então "confrontados com o referencial teórico da análise institucional, linha sócio-clínica e dos conceitos que sustentam a PNH", tal qual aparece justificado à p. 10. O Cronograma prevê 06 Trimestres para a realização do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na nova versão, foram atendidos todos os requisitos antes requeridos por este CEP em relação ao TCLE. Mudança da pessoa do discurso para senhor/senhora, duração da entrevista para os gestores, adequação do número de encontros (atual página 09 do Projeto), e agora o esclarecimento de que "A presente pesquisa recebeu financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, processo PPSUS 2014/50037-0, havendo aprovação de R\$ 72.049,80 para material permanente, deslocamento dos pesquisadores (diárias) e transcrição de material áudio sonoro. Também houve aprovação de R\$ 6.334,20 como bolsa técnica" (p. 11 do atual Projeto). Nesse sentido, claro, a pesquisa está financeiramente viabilizada.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As alterações e esdarecimentos requeridos no anterior Parecer deste CEP foram todos atendidos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-3386

E-mail: cep@eep.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP



Continuação do Parecer: 839.354

RIBEIRAO PRETO, 21 de Outubro de 2014

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

