

GESTÃO COMPARTILHADA: ANÁLISE E REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO SUS

Participative Shared Management: Analysis and Reflections About on the Implementation Process in a Primary Primary Health Care Unit

Ricardo de Sousa Soares¹, Bárbara Raupp²

RESUMO

Democratizar as decisões, promover maior autonomia, participação e corresponsabilidade de todos os envolvidos na práxis do trabalho em Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido o grande desafio dos processos gerenciais no SUS. Neste artigo, apresentamos um Estudo de Caso realizado em uma Unidade de APS em Porto Alegre, que teve como objetivos analisar e refletir sobre a implementação de um projeto de Gestão Compartilhada. Conhecemos e refletimos sobre as diferentes percepções e práticas dos sujeitos envolvidos na experiência, identificando contradições, dificuldades e possibilidades de desenvolvimento do processo. Descrevemos a implementação da Gestão Colegiada, resgatando sua proposta inicial. Percebemos que, ao envolver toda a equipe no compartilhamento das decisões e tarefas, modificamos a dinâmica do processo de trabalho e colocamos, em debate, diferentes ideias e práticas, muitas vezes, conflituosas ou contraditórias. Percebemos que existem diferentes motivações para o trabalho entre os integrantes da equipe, com diferentes princípios orientadores, desejos de mudança ou não e modos de relacionar-se com a Gestão Compartilhada. Em relação à Participação dos sujeitos no processo, encontramos diferentes concepções e dificuldades de envolver todos. Surgem, entretanto, alguns avanços. Tempo, autonomia e comunicação foram as principais dificuldades relatadas. Mesmo assim, a equipe da Unidade

ABSTRACT

Promoting democratic decisions, with greater autonomy, participation and co-responsibility of all involved with Primary Health Care (PHC) work, Democratic decisions, with greater autonomy, participation and co-responsibility of everyone in the practice of working in health has been the greatest challenge of participative shared management. We conducted a qualitative case study with a qualitative approach in a PHC unit Unit of Primary Health Care (PHC) in of Porto Alegre, RS, Brazil. The objective was to analyze and reflect about the implementation of a SharedParticipative Management Project experience. We learned knowed the different perceptions and practices of those involved,, identify and identified contradictions, difficulties problems and development possibilities. in this experience. We described the implementation of shared participative management and recovered ing its initial proposal. When ile all the team is involved in sharing decisions and tasks, the work dynamics dynamic of work process is modified, putting in debate different ideas and practices, often conflicting or contradictory, arising. ies. We have also learned also have knowed the different motivations and guiding principles of the team members, and also the for the work of the team members, as well as their guiding principles, desires to change or not, and diferentdifferent attitudes towards the shared management experience. ways of relationship with the management experience. Participation has also different perceptions. The team still have difficulties tino involunge everyone, but some improvements could be noticed remarked. Time, autonomy and communication were reported related as t the main difficulties. Yet, Although this health

¹ Ricardo de Sousa Soares, médico. Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Assessor Técnico da Escola Estadual de Saúde Pública, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Professor Substituto do Departamento de Medicina da Universidade Federal da Bahia. E-mail: ricardosousasoares@gmail.com.

² Bárbara Raupp, cirurgiã dentista. Mestre em Educação, responsável pela Área de Apoio Técnico em Planejamento e Gestão do Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre.

de Saúde vem construindo uma gestão mais dialógica e participativa, baseada em um trabalho interdisciplinar, comunicativo e transformador.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde. Participação. Atenção Primária à Saúde. Cogestão.

INTRODUÇÃO

O usuário entra na Unidade de Saúde (US) de atenção primária trazendo consigo algumas queixas, talvez uma doença, expectativas, desejos, angústias. Enfim, entra, na US, um ser humano complexo, múltiplo, histórico, social, cultural, esperançoso e, com ele, toda uma complexidade de relações com a sociedade e consigo mesmo. A US possui uma estrutura física de paredes, cadeiras, consultórios, cartazes, informações. Nela desenvolve-se um processo de trabalho composto por múltiplos trabalhos parciais em interação, onde existem diferentes visões sobre saúde e doença, sobre cura e sobre como responder às queixas e problemas dos usuários e da população do território-área de abrangência. Também os trabalhadores de saúde, seres humanos com suas complexidades, trazem consigo uma história, uma cultura e vivências na construção do trabalho em saúde. Nesse encontro cotidiano entre os diferentes sujeitos - usuários, profissionais e gestores - de serviços e unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), parece sobreporem-se modos tradicionais de trabalho e gestão e tentativas de implantar inovações que buscam operacionalizar novos paradigmas. Esse espaço de trabalho e gestão é contraditório e nele ocorrem conflitos entre desejos individuais e coletivos, entre desejos da população e da equipe, entre desejos dos diferentes profissionais e das categorias profissionais entre si. Desenvolvem-se, assim, em permanente tensão, utopias que buscam mudanças nas relações pessoais e de trabalho e nas dinâmicas da sociedade.

Nessa práxis de trabalho em saúde, a Equipe organiza seu trabalho de diferentes formas. No modelo hegemônico, os trabalhadores são concebidos como engrenagens de uma grande máquina que é a empresa (pública ou privada), sem autoconhecimento e sem autonomia em seu trabalho, perdem a noção do todo e das finalidades, valores e princípios do trabalho em que se inserem. Entretanto, é possível também assumir uma postura de diálogo criativo entre os trabalhadores de saúde e destes com os usuários, escutando necessidades, desejos, motivações e interesses de todos. Desse modo, seria possível conciliar a criação de valores-de-uso para a população (ações e serviços de saúde)

team is building a more dialogical and shared participative management experience, based on an more interdisciplinary work, communicative and transforming practice.

KEY WORDS: Health Management. Shared Participative Management. Primary Health Care.

Campos (2005) e a construção de modos de trabalho mais democráticos, dialógicos e compartilhados. Esses modos de trabalho teriam potencial para reconstituir as subjetividades no sentido de maior responsabilização e da produção de novos sentidos no trabalho.

Democratizar a gestão implica compartilhar decisões e poder, descentralizar responsabilidades, funções e tarefas gerenciais. A US estudada pertence ao Serviço de Saúde Comunitária (SSC), vinculado ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC). O SSC possui doze unidades de saúde localizadas nas zonas norte e leste de Porto Alegre, RS. Este serviço possui três finalidades: atenção à saúde, ensino/formação e produção de conhecimento/tecnologias. A primeira US surgiu dentro do Hospital Nossa Senhora Conceição (HNSC), em 1983, em relação intrínseca com uma Residência em Medicina de Família, com forte influência da corrente inglesa da APS. O SSC foi se desenvolvendo ao longo de sua história e constituindo uma cultura organizacional marcada por contradições decorrentes da coexistência de diferentes concepções e modos de trabalho (RAUPP, 2006), fruto das novas influências que começa a sofrer no contexto do SUS.

A US estudada possui uma equipe interdisciplinar com cerca de 30 profissionais entre contratados e residentes. Situa-se em uma área de ocupação na zona norte de Porto Alegre, com uma população adscrita de cerca de 3900 pessoas. No processo de planejamento de 2004, a equipe escolheu a Gestão Compartilhada (que denominou de Colegiada) como um tema a ser estudado em 2005. Esse estudo frutificou em uma proposta que começou a ser implementada no início de 2006.

Os autores entendem a proposta de gestão compartilhada como uma forma de compartilhar funções gerenciais entre todos os trabalhadores, o que significa compartilhar ideias, dialogar e contribuir nas tomadas de decisão. Em decorrência dessa postura, também devem ser compartilhadas as tarefas e as responsabilidades. Envolvendo mais todos os integrantes da equipe no trabalho, compartilhamos desejos, interesses e motivações. Campos (1998, 2005) define a Gestão Colegiada como uma gestão democrática, como uma cogestão que rompe com os organogramas pi-

ramidais e cria Unidades de Produção (UPs) com equipes interdisciplinares envolvidas em um mesmo tipo de trabalho que busca conciliar desejos subjetivos com objetivos e finalidades construídos, compartilhadamente, no trabalho em saúde com população.

A rede de serviços de atenção primária tem um papel estratégico na consolidação do SUS, uma vez que essas unidades de saúde têm contato direto com a população, com seus problemas, dificuldades e possibilidades em cada território. Para isso, é preciso reconstituir e reforçar subjetividades capazes de atuar nesse contexto de construção, capazes de refletir, agir, aprender e produzir conhecimento a partir das necessidades da população e do processo de trabalho. A superação do paradigma médico-assistencial privatista, ainda hegemônico mesmo em serviços de APS, significa uma verdadeira revolução nos modos de trabalho e gestão, pois são produzidas novas formas de relação entre os trabalhadores de saúde, nas instituições e com usuários. Teixeira (2003) reforça a necessidade de mudança do modelo de atenção no SUS, mudança nos propósitos e finalidades e mudança nos elementos estruturais dos processos de trabalho em saúde, no objeto de trabalho, no perfil dos sujeitos e, principalmente, nas relações estabelecidas entre eles e a população usuária dos serviços. Para Merhy (2005), as alterações mais significativas na reestruturação produtiva devem ocorrer no terreno das tecnologias não-equipamentos, das tecnologias leves e leve-duras que se expressam nos processos relacionais dos atos de saúde, nas práticas que governam os atos produtivos e na capacidade de gerar novas modalidades de produção do cuidado e de governá-las. Mais recentemente, com os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão do Ministério da Saúde (MS), ocorrem avanços no sentido de reconhecer a importância do trabalho em APS como eixo estruturante do SUS. Essas políticas buscam a valorização do trabalho e dos trabalhadores da APS, o tratamento adequado de conflitos, a humanização, a participação popular e a democratização das relações de trabalho (BRASIL, 2006).

Segundo Raupp (2006), o processo de trabalho em APS possui uma dupla dimensão, a de finalidade e a de interação. A dimensão finalística operacionaliza-se no conjunto de ações e atividades realizadas pelas equipes para responder às necessidades das populações e de grupos populacionais dos territórios-área de abrangência das US. A dimensão interativa está relacionada ao fato de que, para que as finalidades se realizem adequadamente, é necessária uma interação qualificada entre todos os sujeitos interessados (equipe, gestor e população local). Isso pressupõe processos

de planejamento e de gestão com dimensões estratégicas e também comunicativas.

Na US em foco, a implementação da Gestão Compartilhada tem se caracterizado como um processo complexo e contraditório. À medida que toda a equipe é envolvida no compartilhamento da tomada de decisões e na implementação de objetivos e metas, vai-se modificando toda a dinâmica e a racionalidade do processo de trabalho na Unidade, colocando em debate as diferentes ideias e práticas, algumas vezes conflituosas e contraditórias, isto é, divergentes, antagônicas, mas complementares (MORIN, 2005). Para esse pensador, as contradições não necessariamente devem levar a um novo estado qualitativo do fenômeno em foco, superando dialeticamente o fenômeno anterior. Ele considera que as contradições produzem mudanças, porém os aspectos opostos e antagônicos podem complementar-se entre si.

Em nosso entendimento, essa concepção das contradições remete à necessidade da comunicação como forma de negociação permanente das diversidades nos modos de pensar e agir em uma US de APS/SUS.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar e refletir sobre o processo de implementação de uma experiência de Gestão Compartilhada em uma unidade de Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS e, com apoio no conhecimento produzido, fazer sugestões para contribuir no aprimoramento e na consolidação da experiência estudada e em outras unidades do SSC e da rede de atenção primária do SUS.

Objetivos Específicos

1. Descrever o processo de implementação de Gestão Compartilhada (GC) em uma unidade do SSC/GHC, no período de 2006-2007.
2. Conhecer a percepção dos profissionais da equipe sobre sua vivência na implementação da GC.
3. Contribuir com a equipe na avaliação da GC, identificando avanços, contradições, dificuldades, limites e possibilidades no desenvolvimento da experiência.
4. Analisar, interpretar e refletir sobre esta experiência à luz do referencial teórico do estudo.
5. Fazer sugestões à equipe para facilitar a implementação de experiências desta natureza no SSC e em outras unidades de atenção primária do SUS.

ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Neste artigo, trazemos aspectos estudados no trabalho de conclusão de curso da Residência em Medicina de Família e Comunidade. Realizamos um Estudo de Caso qualitativo com uma abordagem orientada hermenêutica-dialética. Segundo Minayo (1996), no Estudo de Caso utilizamos estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão, sendo útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança. A abordagem qualitativa visa investigar o problema de pesquisa, compreendendo e aprofundando as questões mais relevantes do tema pesquisado e adentrando nos significados, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2002) dos sujeitos participantes da investigação. Em relação ao diálogo entre a hermenêutica e a dialética, diz a autora:

A união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete busque entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico. Esse texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo que as tensões e perturbações sociais”. (MINAYO, 1996, p.227)

A população do estudo foi composta pelos 30 profissionais da equipe de saúde. A coleta de dados se deu através do método da triangulação, seguindo as recomendações de Minayo (1996). As técnicas de coleta de dados foram observações semidirigidas, entrevistas semiestruturadas e grupo focal. Utilizamos a triangulação com o objetivo de obter maior confiabilidade e validação aos dados empíricos. Segundo Leopardi (2002), a associação de diferentes técnicas de coleta de dados enriquece a compreensão sobre uma situação investigada, oferecendo múltiplas perspectivas e minimizando os problemas com as lacunas ou falhas que poderiam surgir com a utilização de apenas um método.

Fizemos observações semidirigidas de reuniões de equipe, das Unidades de Produção (UPs) e do Colegiado de Gestão (CG), com um total de sete observações. A amostragem para as entrevistas se constituiu de cinco pessoas selecionadas com o critério de pertencerem a di-

ferentes categorias profissionais, a diferentes UPs e serem representativas de diferentes concepções sobre a Gestão Compartilhada. Esta amostragem intencional foi escolhida a partir das observações e de nossa vivência como residente da US e como profissional do SSC. Fizemos um grupo focal com participantes do colegiado de gestão do corrente ano e do ano anterior.

Por *questões éticas*, usamos nomes fictícios nas falas dos sujeitos entrevistados e no grupo focal. Foi realizado um registro fotográfico de reuniões da Gestão Compartilhada. Todos os que participaram da coleta de dados da pesquisa assinaram o termo de Consentimento Pós-informado conforme previsto no projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC.

Na análise e interpretação dos dados, trabalhamos com categorias definidas a priori e com categorias empíricas construídas a partir do material coletado em campo. As categorias estabelecidas a priori foram *participação, gestão e comunicação*.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A implementação da Gestão Colegiada incluiu toda a equipe na gestão. Com isso, tivemos grandes avanços no processo de trabalho da US, mas também afloraram várias contradições da dinâmica de trabalho, que se expressaram como dificuldades, conflitos e resistências a esse novo processo de trabalho e gestão. Para melhor compreendermos a implementação da Gestão Compartilhada na US estudada, inicialmente retomamos alguns aspectos da construção do projeto desta experiência. A seguir, relatamos como se deu o processo de construção da gestão compartilhada e aprofundamos as motivações, os desejos no trabalho, os princípios orientadores, a participação, os avanços e as dificuldades encontrados na implementação da GC na US do SSC/GHC.

A Construção do Projeto e sua Implementação na Unidade de Saúde

Em dezembro de 2004, surgiu, como uma das prioridades no processo de planejamento, a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o tema da Gestão Compartilhada e, como apoio a esta tarefa, construir, compartilhadamente, um projeto para a US. Ao longo do ano de 2005, com a ativa contribuição de dois residentes que desenvolveram projetos de pesquisa articulados a este processo, foi construída uma proposta de Gestão Compartilhada para a US. Esta proposta fundamentou-se, teoricamente, em Campos (2005)

e foi produto de quatro oficinas de trabalho com toda a equipe. A intenção era envolver todos os profissionais da equipe envolvidos no processo de trabalho.

A proposta final da GC ficou assim constituída em suas atribuições: quatro Unidades Produtivas (UPs) com as seguintes atribuições: a) *UP Vigilância em Saúde*: olhar o território, conhecer a população e seus problemas, fazer a vigilância das ações programáticas através de indicadores e manter a comunicação permanente com o Núcleo de Monitoramento e Avaliação do SSC; b) *UP Participação Popular*: trabalhar com as relações intersetoriais, desenvolver atividades junto com a comunidade, promover a participação e representação nos conselhos; c) *UP Administrativa*: cuidar da manutenção dos recursos materiais, da segurança, administração de pessoal, organização dos fluxos; d) *UP Educação, Ensino e Eventos*: integrar-se à Linha de Pesquisa do SSC, coordenar a educação permanente, a recepção de residentes, as festas e eventos em geral.

Decidida pela Gestão Colegiada, a equipe inicia o processo de implementação, isto é, de transformação do projeto em prática. Os integrantes da equipe se dividiram por interesse nas quatro UPs previstas. Nestas, com composição interdisciplinar, as pessoas passaram a refletir e a definir melhor suas atribuições. Foi eleita uma nova Assistente de Coordenação da US e também os representantes das UPs que constituiriam o Colegiado de Gestão. Este último se reuniria quinzenalmente, nas quartas-feiras, no horário da reunião de equipe já tradicional. As funções do colegiado seriam: representar a equipe em fóruns do SSC e do SUS; integrar as diferentes UPs e coordenar as reuniões de equipe (OLIVEIRA, 2007). A fala que segue representa o desejo de integrantes da equipe de mudar para um modelo mais participativo de gestão.

“Havia a predisposição da equipe em mudar, tentar esse novo modelo de Gestão” (João).

Entretanto, também se percebiam as resistências e temores em relação ao processo; isso levou a equipe a um amplo diálogo interno, tanto na produção do projeto da Gestão Compartilhada, quanto na sua implementação, o que trouxe maior harmonização na equipe.

“Bastante discutido, mas com as dificuldades de participação comuns nos encontros de grande grupo” (Lais).

Apesar de bem discutido o projeto, o primeiro ano de sua implementação foi bastante difícil. Percebemos, nas entrevistas, a ideia consensual de que, apesar de a

proposta ter sido bem discutida, na prática, muito ainda estava indefinido. Isso se expressava, em algumas entrevistas, numa certa confusão ou no não entendimento da proposta de gestão, o que se reflete, em nosso modo de ver, em dificuldades no desenvolvimento da experiência, tais como: indefinição de papéis, baixa responsabilização no trabalho, pouca autonomia dos trabalhadores e falta de uma metodologia gerencial integradora do processo de trabalho em seu todo.

No planejamento de 2006, ficou definida que seria realizada uma avaliação da Gestão Compartilhada depois de seis meses de sua implantação. Apesar das dificuldades vividas neste primeiro momento na GC, foi necessário que a US “fechasse para reformas” para que a equipe tivesse a “coragem” de parar e fazer a avaliação planejada, que aconteceu em novembro de 2006. Para realizar esta avaliação, o Colegiado de Gestão planejou e coordenou uma oficina com avaliação individual e nas UPs. O colegiado de gestão e a assistente de coordenação da US também se autoavaliaram. Entre os principais problemas levantados nesta avaliação, estavam: a) o pouco tempo para reuniões de trabalho, tanto para as tarefas das UPs, quanto no colegiado e na equipe; b) a baixa legitimidade dos representantes das UPs entre a equipe como um todo; c) indefinição do papel do Assistente de Coordenação da US; d) dificuldades referentes à comunicação e à autonomia das UPs e entre os sujeitos.

A partir desta avaliação, houve várias reuniões de equipe para trabalhar os principais nós críticos identificados. O processo de eleição da Assistente de Coordenação da US e dos representantes das UPs foi bastante discutido em 2007. Houve novamente eleição para os representantes das UPs, agora, simultaneamente à eleição da Assistente de Coordenação, o que constitui um avanço que legitimou a GC. Em relação ao tempo, ficou combinado que reuniões das UPs passariam a realizar-se em outros horários, fora das reuniões de equipe.

Esse movimento da equipe de “parar pra pensar” a gestão, de refletir sobre seus principais problemas, identificar nós críticos, discutir e consensuar encaminhamentos tem sido fundamental no desenvolvimento da Gestão Colegiada na US estudada.

Através das observações, entrevistas e grupo focal, percebemos um divisor de águas entre o andamento da Gestão Compartilhada antes e depois da avaliação e enfrentamento dos problemas. A equipe definiu um tempo maior para as reuniões das UPs, melhorou a comunicação horizontal entre as UPs e aumentou a legitimidade do colegiado de gestão entre a equipe. Consideramos que ter momentos de

avaliação é essencial para o desenvolvimento de experiências inovadoras, como é o caso da Gestão Compartilhada. A possibilidade de parar para refletir e tentar identificar os principais problemas, ratificar ou repensar as combinações é fundamental para continuar a caminhada na perspectiva de aprimoramento do processo.

O planejamento da US é feito a partir de um “olhar sobre o território sob sua responsabilidade”, identificando problemas e elegendo prioridades. Em 2007, foram escolhidas quatro prioridades com a participação de toda a equipe. Após o estudo dos problemas, a equipe subdividiu-se em pequenos grupos para discutir ações e estratégias para enfrentar os nós críticos. Em reunião de toda a equipe, foram aprimorados os planos de ação. Foram escolhidas como prioridades: hipertensão e diabetes, violência doméstica, falta de integração posto-comunidade e saúde bucal. Seriam ainda prioridades o aprimoramento da Gestão Compartilhada e o acolhimento como estratégia para melhorar e humanizar o acesso dos usuários à US.

Em um segundo momento, o planejamento articulou a Gestão Compartilhada com as prioridades e estratégias, o que foi repassado para as UPs. Essas construíram seus planos de ação com o objetivo de contribuir, em sua especificidade, para o trabalho com cada prioridade e para a GC, estratégia global de desenvolvimento do processo de trabalho da US. No momento estratégico, todos os planos de ação foram analisados com toda a Equipe em sua viabilidade e coerência interna.

A construção do planejamento global da US, compartilhado e articulado com o planejamento das UPs, implicou que os problemas, os objetivos e as metas fossem assumidas por toda a equipe. Iniciou-se um maior comprometimento de todos com o planejamento global, o que se constituiu em estratégia integradora da Gestão Colegiada, fundamental na superação da tradicional fragmentação dos processos de trabalho em saúde.

Motivações e Desejos de Mudar e Percepções sobre os Princípios Orientadores do Trabalho na US

Muitas vezes não paramos para pensar, mas nesse “que-fazer” (Freire, 1987) do trabalho em saúde somos sempre impulsionados por diversos desejos, interesses e motivações. Nem sempre facilmente explícitos ou percebidos, mas que certamente influenciam o modo como produzimos o cuidado em saúde e nossa subjetividade através do trabalho. O modelo hegemônico de gestão, que Campos (2005) identifica como “taylorismo”, está centralizado em poucos dirigentes, os quais possuem todo o controle, o poder e a

definição exata do papel e lugar dos trabalhadores na “linha de produção”. Resta a esses últimos, simplesmente, a execução de tarefas. Segundo o mesmo autor, este enfoque gerencial é ainda hoje a principal referência nas práticas gerenciais e tem na disciplina e no controle o eixo central de sua concepção teórica e operacional. Nesta, o trabalho constitui-se em uma simples relação de compra-e-venda que reduz o trabalhador a um objeto, sem respeitar seus desejos e interesses e obrigando-o a enquadrar-se nas normas da gerência e do gestor. Refere Campos:

A alienação real dos trabalhadores é a separação, concreta e cotidiana, dos produtores da gestão em relação aos meios de produção e do resultado do seu próprio trabalho. A expressão deste fenômeno é a impossibilidade de participar da gestão” (CAMPOS, 2005 p.27).

A partir da crítica ao modo hegemônico de gestão, o mesmo autor destaca a importância de criar espaços de confluência dos diferentes saberes e necessidades, tanto dos gestores como dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde (CAMPOS, 2005). Propõe espaços democráticos de Cogestão onde possam expressar-se os mais diversos interesses e contemplar, na medida do possível, os desejos dos sujeitos no trabalho e de pactuar ações e estratégias de modo a fazer confluir para objetivos comuns.

Em relação aos princípios orientadores do trabalho, na experiência em foco, percebemos, entre as falas, diferentes ideias sobre os princípios mais predominantes no trabalho. Em várias entrevistas, esse aspecto surge como o compartilhamento de ideias entre a equipe e a preocupação com o cuidado à população. Segundo os sujeitos participantes da pesquisa e, igualmente, em nossa percepção, existe espaço para a expressão das diferentes ideias na equipe. Eventualmente, ocorrem divergências, mas estas não chegam a atrapalhar o desenvolvimento do processo de trabalho.

Isso nos remete às ideias de Senge (2002), segundo o qual, as rotinas defensivas podem sinalizar problemas especialmente difíceis e importantes que a equipe tem receio de enfrentar. O autor defende que, se as diferentes visões e ideias puderem ser expressas com finalidade construtiva e não competitiva, essa postura possibilitaria que as pessoas observem e reflitam sobre o pensamento uma das outras, sem sentir-se obrigadas a mudar suas visões. O autor defende que, em uma comunicação que seja capaz de equilibrar a indagação e a argumentação e de facilitar a autorrevelação, os membros da equipe vão, aos poucos, ganhando confiança e responsabilizando-se por sua própria defensividade. Assim, a equipe vai transcendendo os obs-

táculos que impedem o aprendizado coletivo e individual e construindo compartilhadamente as mudanças que se fazem necessárias, tanto nos resultados quanto nas interações do processo de trabalho. Uma característica importante para o trabalho em equipe - que é papel das lideranças promoverem - é saber lidar e valorizar as ideias diferentes, mas também saber consensuar algumas para desenvolver um trabalho comum, sempre vislumbrando os objetivos e metas comuns da equipe e da comunidade, orientados nos valores, princípios e atributos da APS no SUS.

Entendemos que o grande desafio seja o de como fazer confluir as diferentes motivações e desejos dos sujeitos no trabalho em equipe. Talvez isso possa ser alcançado se o gestor tornar-se capaz de estimular o prazer de cada integrante da equipe no trabalho, democratizar decisões e aumentar a autonomia dos sujeitos. Essa mudança na atitude gerencial deverá promover também maior responsabilização dos integrantes da equipe, das comunidades e, portanto, poderá aprimorar o processo de trabalho em suas finalidades e objetivos e em suas interações. Segundo Rivera (2003), maior motivação reforça a participação na medida em que as pessoas têm a possibilidade de desenvolver seus potenciais individuais e de participar dos destinos da organização.

Apesar de existirem percepções que se aproximam dos valores, princípios e atributos da APS/SUS, percebemos, na experiência investigada, diferentes interpretações ou visões sobre os mesmos, o que aponta para a necessidade de realizar e qualificar a educação permanente em equipe, principalmente sobre a APS/SUS, a missão e visão de futuro do SSC, organização em que esta US está inserida. Cecílio (2000) aponta a definição da missão como uma “aproximação entre as diretrizes de construção da cidadania que, explícita e implicitamente, estão contidas na legislação que regulamenta o SUS e a realidade concreta das organizações”. A missão seria, assim, um meio de traduzir diretrizes para o trabalho vivo, apontando o foco de trabalho para os usuários (CECÍLIO, 2000, p.977). A construção compartilhada do projeto da US deve, assim, buscar consensos entre os sujeitos envolvidos (equipe, população, gestores) sobre as referências e finalidades que orientem a organização do processo de trabalho e gestão. No caso de SSC - e de suas doze US - a referência é a APS no SUS e as finalidades são a atenção à saúde, o ensino e a formação e a produção de conhecimento e tecnologias em APS/SUS.

Avanços e Dificuldades

Tempo, autonomia e comunicação parecem ser as principais dificuldades, segundo os integrantes da equipe:

dificuldade de encontrar tempo, de organizar-se no tempo, falta de tempo para as reuniões e para realizar as tarefas exigidas. Em relação à autonomia, os sujeitos se perguntam até onde cada pessoa e cada UP teria liberdade para produzir atividades baseadas em suas ideias e quando e o quê deve ser decidido ou compartilhado com toda a equipe, com o colegiado de gestão ou na UP. A comunicação aparece sob a forma de dificuldade de estar informado sobre o que está acontecendo em toda a equipe ou de saber o que as outras UPs e o colegiado de gestão estão trabalhando e discutindo. Acreditamos, concordando com Raupp (2008) que essas dificuldades manifestadas nas três categorias se devam a dificuldades no emprego de uma metodologia de coordenação do processo de trabalho.

A construção da Gestão Colegiada e as dificuldades relativas ao tempo

Ao passarmos de um modo de gestão para outro, optamos pela mudança, mas, ao mesmo tempo, mantemos muito do antigo modelo. Ter um modelo de gestão em que todos participam, significa a necessidade de mais tempo para a comunicação, para negociar as diferenças, tempo para reflexão, para aprendizagem, para reorganização dos processos de trabalho global e parciais de formas desconhecidas e criativas. Para que isso ocorra, é necessário diminuir um pouco o tempo dispensado a algumas atividades. Entretanto, isso pode tornar-se justificativa para a resistência às mudanças. Entendemos que a dificuldade de diminuir o tempo destinado a algumas atividades (principalmente de consultas) está relacionada com um modo de trabalhar arraigado na nossa cultura - não apenas nessa unidade de saúde e nesse serviço - que é centrado na assistência, no trabalho individual e na fragmentação e reducionismo do processo de trabalho, entre outras características.

“Todas as pessoas têm mil coisas pra fazer. Mas é uma questão de organização de tempo” (Mariana - entrevista).

A equipe deseja mudar e também continuar a trabalhar da mesma forma. Aqui se expressa contradição e, para entendermos o que significa uma contradição, nos apoiamos em Morin (2005). Para o pensador, as contradições se caracterizam por serem aspectos contrários, antagônicos e complementares de um mesmo fenômeno. Para Morin (2005), a contradição não necessariamente terá uma “resolução” como no materialismo dialético. Trazendo para o contexto em questão, o processo de trabalho e gestão pressupõe a coexistência, de modo mais ou menos

conflituoso, dependendo da forma como se dá a gestão e organização da US.

Reorganizar o processo gerencial da US com a perspectiva de mudanças tão radicais e continuar fazendo todas as atividades anteriores é simplesmente impossível. Isso expressa, em nosso modo de ver, uma percepção de “todo como a soma das partes”, justamente o que necessitamos superar. Para avançar na implementação das US da rede de atenção primária do SUS, é preciso que os sujeitos comecem a perceber a complexidade dos “todos”, seja um sujeito, uma UP, colegiado de gestão, equipe, população, US, serviço, no contexto sócio-institucional. Continuar com o mesmo tempo de atendimento, de reuniões, de grupos de trabalho, de visitas domiciliares, de programas, entre outras atividades, do modo como se fazia antes e, além disso, agregar novas estratégias e tarefas demandadas pela Gestão Colegiada leva à sensação de que, realmente, falta tempo.

Entretanto, o determinismo do tempo, às vezes, pode ser real, quando não é reorganizado o processo de trabalho em seu todo. Mas também pode ser reflexo de dificuldades na organização, de resistência e medo de mudar. Dificuldade de priorizar o mais importante ao invés de tentar fazer tudo ao mesmo tempo. De parar para refletir sobre a práxis da equipe e dos sujeitos, ao invés de continuar o inesgotável trabalho rotineiro, individual, com baixo compartilhamento e responsabilização.

A construção da Gestão Compartilhada e questões relativas à Autonomia

Atualmente, a equipe, de maneira geral, está desenvolvendo com maior autonomia as tarefas e realizando mais atividades descentralizadas: realmente produzindo nas Unidades de Produção. Entretanto, começam a surgir dúvidas sobre quais assuntos ou demandas podem ser resolvidos na UP, quais devem ser tratados no colegiado de gestão e quais devem ser levados para a reunião de equipe. Essas dúvidas repercutem no trabalho das UPs, das pessoas individualmente, no colegiado de gestão e na equipe como um todo.

“Eu acho que é uma dificuldade que ainda tem, que é da autonomia; o que é que a UP tem que fazer, o que é que tem ir pra equipe, o que é que é do colegiado, o que é que é do assistente de coordenação” (João).

Alguns integrantes da equipe, entretanto, percebem uma contradição entre essa maior autonomia e a ideia de

que existiria certo “controle” do colegiado de gestão ou da Assistente de Coordenação da unidade sobre as UPs:

“O que mudou na equipe é que a equipe tem autonomia, só que como o modelo é centralizador, o Assistente de Coordenação tem que ter cuidado para que essa autonomia não ultrapasse (...)” (Juliana).

“(...) Às vezes a gente fica esperando autorização” (Sheila).

Essa ideia de autonomia vem associada à necessidade ou ao costume de autorização do Assistente de Coordenação por parte da maioria dos sujeitos. Em nosso modo de ver, isso ilustra a presença concomitante de um modo de gestão mais tradicional - quando as pessoas ficavam esperando pela decisão do Assistente de Coordenação da US que dizia o que se poderia ou não fazer. Em uma gestão em que todos participam democraticamente, a autonomia (maior, mas sempre relativa) e as normas deveriam ser pactuadas por todos. Segundo Merhy (2005 p.164), essa tensão é própria do campo da saúde, uma vez que este se “constitui em espaço de intervenção de sujeitos inscritos a partir de suas capacidades de se autogovernarem, disputando o caminhar no dia-a-dia com as normas e regras instituídas para o controle organizacional”. O mesmo autor destaca:

A partir do fato de que todos podem exercer os seus trabalhos vivos em ato, conforme seus modos de compreender os interesses em jogo e de dar sentido aos seus agires, a polarização entre autonomia e controle é sem dúvida um lugar de tensão e, portanto, de potência, constituindo-se em um problema para as intervenções que ambicionam governar a produção de um certo modelo tecnoassistencial (MERHY, 2005 p.165).

A Gestão Colegiada visa produzir sujeitos e atores sociais com maior autonomia, corresponsáveis pelo desenvolvimento de um projeto de trabalho, o que exige maior participação no trabalho coletivo. Mas essa autonomia não ocorre de uma hora pra outra. É construída e conquistada, porque corresponde a um novo paradigma de trabalho e gestão em saúde. Consideramos aqui autonomia como a liberdade relativa das pessoas nos seus trabalhos e nas Unidades de Produção para identificar e processar problemas, realizar discussões, operar as demandas e tarefas de forma descentralizada, tanto no grupo de trabalho como individualmente. Essa autonomia não deve ser compreendida como desarticulação e liberdade total das UPs e pessoas: ela será sempre autonomia relativa, articulada a um projeto

construído compartilhadamente orientado pelo modelo de atenção, pelas finalidades do serviço e pelas prioridades eleitas no planejamento da equipe. A autonomia precisa ser interpretada como consciência crítica e maior responsabilização no trabalho. Para Campos (1998, p.868), autonomia e liberdade dos sujeitos e atores sociais vai existir sempre em coeficientes, uma vez que em uma Cogestão, “todos participam do governo, mas ninguém decide sozinho ou isolado ou em lugar dos outros”.

Faria *et al.* (2003) discutem a relação entre responsabilidade e o grau de autonomia e voz ativa dos sujeitos organizacionais. Na medida em que os sujeitos se sentem ouvidos e participam da construção de soluções para os problemas, assumem maior responsabilidade e autonomia e cada problema pode ser resolvido ou pré-processado em seu próprio nível de poder.

Uma das intenções da Gestão Colegiada é que os profissionais e as UPs tenham maior liberdade para refletir sobre seu próprio trabalho, projeto e tarefas de forma descentralizada. Ao mesmo tempo, os assuntos de maior relevância e que envolvem todas as UPS ou toda a equipe devem ser remetidos para o colegiado de gestão que faz uma discussão prévia e prepara a reunião com toda a equipe. Discordâncias, conflitos e pontos de possíveis consensos devem ser sistematizados no colegiado de gestão e, com metodologias facilitadoras, serem levados para um diálogo e discussão com toda a equipe que levará à tomada de decisão. A autonomia que defendemos é, portanto, relativa e orientada pelos planos de ação e diretrizes do processo de trabalho em seu todo. Os trabalhos parciais articulam-se entre si e com o todo. O trabalho global constitui e é constituído na interação entre os trabalhos parciais.

Entendemos que caberia à equipe, às UPs, aos trabalhadores e ao colegiado de gestão, exercitarem um aprendizado que surge na experiência prática e, a ela, retorna. Aprendizagem essa que surge das situações de trabalho, no caso, da implementação da Gestão Compartilhada. Cabe ao colegiado de gestão facilitar e coordenar os processos comunicativos nas diferentes instâncias da GC.

“Sobre autonomia, sobre a realização de coisas, que antes centralizava numa só pessoa. E às vezes essa pessoa tinha tanta coisa pra fazer que não tinha um olhar geral. E hoje, não. Hoje tá distribuído. Pelas UPs tu consegue olhar aquilo ali que tu tem que fazer. E aí, tu traz aqui, a gente vai lá e faz. E é rápido... Muitas coisas que a gente demorava uma vida pra conseguir. E não. Tá sendo diferente e tá bem melhor” (Rodrigo).

IMPLEMENTAÇÃO DA GESTÃO COLEGIADA E A COMUNICAÇÃO

Acreditamos na comunicação como pressuposto fundamental para que um projeto como o de gestão compartilhada atinja seus objetivos. Mas, para que isso aconteça, é necessário problematizar o conceito de comunicação. Apoiados em Senge (2002) e Rivera (2003), assumimos o conceito de comunicação como um processo permanente, fundado na intersubjetividade e interatividade que busca equilibrar diálogo e discussão para construir consensos (relativos e provisórios) que presidam ações e estratégias construídas compartilhadamente.

A comunicação surge, contraditoriamente, entre os participantes da pesquisa, como uma das ‘grandes melhorias’ alcançadas no processo de GC e, ao mesmo tempo, como um dos maiores entraves e como o ‘grande desafio’ da Gestão Colegiada. Com a Gestão Colegiada, a equipe entra em um processo de reflexão mais aprofundado e mais comunicativo, principalmente nas UPs que trabalham com grupos menores.

“Acho que o pessoal se integrou mais. Tem condições de falar, se expor, dentro da UP, na reunião de equipe não dá, não tem como...” (Rúbia).

Isso gera na equipe uma lacuna sobre o que cada um está fazendo e pensando. Percebemos uma necessidade maior de comunicação lateral entre as Unidades de Produção e entre estas, a equipe e o colegiado de gestão. Entretanto, existe necessidade de qualificar essa comunicação, o que significa que esta deve valorizar as diferenças e sustentar a construção de um projeto comum. Ainda a fala da mesma participante da pesquisa:

“Acho que isso valoriza bastante cada um, e enriquece. Às vezes a gente não sabe nem o que se passa na cabeça de ninguém. Nem o que foi falado em alguma UP ou reunião” (Rúbia).

O curto espaço de tempo da reunião de equipe é insuficiente para discutir tudo o que se passa em todas as UPs. Isso, potencializado por uma comunicação ainda imatura, gera indefinições, dúvidas e incertezas sobre como se deve agir na GC.

O conceito de comunicação que nos orienta pressupõe a busca de equilíbrio entre diálogo e discussão, em um processo intersubjetivo. O diálogo seria o momento em que todos os sujeitos, com seus diferentes saberes e vivências

da realidade cotidiana, contribuem na compreensão dos problemas e aspectos do contexto em que se situam. Este não visa consenso, é o momento em que os sujeitos se expressam e se escutam. A discussão seria o momento para se processar as diferentes opiniões ou propostas, com reflexão e argumentação, decidindo a melhor das alternativas para construir propostas e enfrentar problemas.

A ação comunicativa constitui-se quando os participantes aceitam, sem discutir, sem questionar, pretensões de validade que formam o consenso básico. [...] É importante considerar que os participantes ou atores aceitem as pretensões a partir da referência a um mundo da vida compartilhado que lhes garanta as pré-interpretações necessárias ao entendimento. O discurso se verifica quando os participantes interrompem a ação comunicativa fluida e perfeita, para procurar argumentos capazes de fundamentar pretensões de validade. Isso acontece quando as pretensões de validade tornam-se problemáticas, questionáveis e parte do conteúdo do mundo da vida dos atores torna-se acessível à reflexão (ARTMANN, 2001).

Em nosso modo de ver, as dificuldades na comunicação têm relação com os demais aspectos do trabalho da equipe, como a questão da autonomia, a dificuldade de articulação entre desejos e motivações individuais e participação e responsabilização em um projeto comum. Melhorar a comunicação seria fundamental para fazer confluir as diferentes ideias e buscar consensos na tomada de decisões e implementação de ações e estratégias tendo uma visão compartilhada de futuro.

O colegiado de gestão tem papel central em promover esse tipo de comunicação entre a equipe. O temor inicial, por parte da equipe, de que o colegiado substituisse os espaços de decisão coletivos na equipe acabou sendo um fator provocador de discussão na equipe e de integração entre as UPs. No início dessa experiência de gestão, foi preciso que a equipe e cada um de seus integrantes aprendessem a funcionar de uma forma diferente da tradicional. Entretanto, o planejamento anual foi compreendido como “cimento” na construção da GC. Aprender a trabalhar e gerenciar de uma nova forma trouxe disputas, conflitos, mas também parcerias e esperanças de melhorar o processo de trabalho. A discussão gerada nesse contexto foi fundamental e culminou com a avaliação de 2006.

“A gente fica horas discutindo e tentando provar, porque estava muito dividido não só a equipe, mas dentro do colegiado. Então é uma luta desgastante, uns puxam para o sistema antigo, outros pro sistema novo. E eu acho que faltou metodologia

no colegiado também e que agora está sendo modificado. Está se tentando usar mais método na reunião. A gente não tinha isso. Então a discussão às vezes se diluía ou ficava conflituosa, e não se encaminhava. A gente teve problema no colegiado, que também atrapalha e a equipe percebe” (Rebeca).

Percebemos, hoje, maior harmonia no colegiado de gestão, pois todos conseguem expressar opiniões, embora alguns ainda com dificuldades. A grande demanda de assuntos e também, em menor grau, a característica de algumas pessoas de se expressarem mais incisivamente que outras acabam dificultando a participação de alguns integrantes. Observamos que havia uma indefinição sobre a coordenação, o método e o registro da reunião. Além disso, os informes costumam ser muito prolongados, existem atrasos no início das reuniões, o que resulta em pouco tempo para a pauta principal. Percebemos também que, ao mesmo tempo em que se procura organizar previamente a dinâmica da reunião, o tema central acaba marginalizado e minimamente debatido e encaminhado. Essa situação parece estar relacionada à falta de clareza metodológica para reuniões e para a coordenação do processo de trabalho em equipe. Essas dificuldades levaram o colegiado de gestão a aprimorar o modo de fazer as reuniões, com maior organização e método mais claro. Entretanto, ainda é necessário melhorar a comunicação no sentido discutido anteriormente.

A equipe optou por uma mudança no modo de trabalho e gestão que se fundamenta em pressupostos paradigmáticos antagônicos aos modos tradicionais. Os processos de mudança são moleculares e não totais ou radicais. Podemos ser radicais na teoria, mas, para trabalhar na prática, é preciso aceitar e compreender as dificuldades inerentes à tarefa. Há, ainda, muito dos antigos modos de trabalho e gestão em saúde coexistindo com o novo em construção. A convivência mais ou menos conflituosa entre as diferentes concepções e práticas surge nas falas ou se “esconde nos ruídos” da comunicação cotidiana. Bernades *et al.* (2007) referem os “ruídos” como elementos destoantes que aparecem no processo de trabalho, como algumas posturas centralizadoras e autoritárias numa gestão descentralizada e democrática, por exemplo. Defendemos, assim, a importância de uma comunicação mais fluida entre todos e que isso depende da postura das lideranças, de seu domínio teórico-metodológico do processo e da promoção permanente de processos educacionais em situação de trabalho.

Numa boa comunicação, deve haver um esforço para que se tenham momentos de diálogo, em que todos possam expor suas ideias livremente. Aqui, a liderança comunicativa, em seu sentido individual ou coletivo, tem papel

fundamental. A passagem para o momento da discussão, levando a equipe a problematizar diferentes alternativas, também depende deste tipo de liderança. Respeitando diferenças, mas orientada no projeto comum, a liderança conduz a equipe a tomadas de decisão apropriadas, à gestão das ações, do planejamento, da avaliação e da educação permanente, o que facilita a construção de uma práxis coletiva. Na Gestão Colegiada, vão surgindo decisões mais compartilhadas, maior responsabilização, mais satisfação no trabalho, a produção de novos sentidos e melhores resultados no trabalho da equipe. E, entre os entrevistados, surge mesmo a possibilidade de “pensar em outras coisas”, de ser reflexivo e criativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da experiência vivida nesta investigação, entendemos que Gestão Colegiada possui grande potencial na reorganização dos processos de trabalho com orientação nos valores, princípios e atributos da APS/SUS. Na medida em que construímos espaços para a participação de todos os trabalhadores integrantes da equipe de atenção primária do SUS, estamos coproduzindo ações e serviços de saúde que respondem às necessidades da população dos territórios-área de abrangência. Constituem-se, nessa experiência, sujeitos e atores sociais mais comprometidos, criativos, reflexivos, com maior responsabilização e capazes de produzir novos sentidos no trabalho que desenvolvem. É preciso romper com a imobilização, alienação e descomprometimento que encontramos ainda hoje nos serviços de saúde no país. A democratização do trabalho e da gestão na rede de atenção primária é estratégica para promover e semear a necessidade de mudança em outros pontos de atenção da rede de serviços de saúde. É preciso evoluir de formatos hierárquicos de organização e gestão do processo de trabalho para formas mais horizontalizadas em relação ao poder e à responsabilidade.

A cultura organizacional é fator de viabilidade em todo processo de mudança (Rivera, 2003). Possui traços facilitadores e traços dificultadores em todo um projeto de mudança. A metodologia gerencial representa um nó crítico para lidar com a cultura existente em cada espaço de trabalho e gestão (Raupp, 2008). Na US estudada, progressivamente, o método gerencial empregado integra, no cotidiano de trabalho da equipe, a avaliação, o planejamento e a educação permanente, sempre tomando como ponto de partida as necessidades da população, o que constitui uma práxis. É preciso, portanto, continuar o aprendizado da Gestão Compartilhada através de metodologias e ferramentas gerenciais

que sustentem um planejamento estratégico-situacional e comunicativo que facilitem, concomitantemente, a valorização de cada sujeito em sua singularidade e a busca de consensos com apoio numa comunicação qualificada entre profissionais, equipe, gestores e comunidade. Esse processo gerencial deve promover a apropriação das referências e finalidades dos serviços e conduzir a construção de projetos e objetivos compartilhados.

Na medida em que as equipes optam pela GC, é fundamental equacionar o problema “tempo” para reorientar o processo de trabalho como um todo a partir de um outro modo de organização e gestão. No caminhar da implementação da GC, vários obstáculos são encontrados. É muito difícil desconstruir formas de organização tradicionais, coisificantes e alienantes, que mantêm os trabalhadores como simples peças de uma engrenagem na sustentação do paradigma hegemônico de saúde. Acreditamos que muitas das dificuldades encontradas nesta pesquisa, como a de participação, de reorganização do tempo e de comunicação, são inerentes a esse processo mudança. Promover processos permanentes de aprendizagem na situação de trabalho, articulados com a avaliação, o planejamento e a gestão poderiam potencializar as experiências dessa natureza nas demais unidades do SSC e de atenção primária do SUS.

REFERÊNCIAS

- ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque inter-subjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.183-195, jan./fev. 2001.
- BERNADES, A. *et al.* Os Ruídos Encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 861-870, jul./ago. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.
- CAMPOS, G. W. S. **Saúde paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

- CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
- CECÍLIO, Carlos de Oliveira. Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p.973-983, out-dez, 2000.
- FARIA, H. P. **Gestão colegiada**: conceitos e pressupostos para o alcance da alta responsabilidade organizacional. *Saúde Digital*, outubro 2003. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/sausedigital/outubro2003/especializacao.html>>. Acesso em: 25 jan.2009.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Rio Grande do Sul: Pallotti, 2002.
- MERHY, E. E. **Saúde - a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
- MINAYO, M. C. S. **Desafio do conhecimento**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- MORIN, E. **O método 6: ética**. Porto Alegre: Sulina, 2005.
- OLIVEIRA, F. P. *et al.* **Análise do processo gerencial**: implementação de um projeto de co-gestão em uma unidade de atenção primária à saúde. 2007 (mimeo).
- RAUPP, B. (Org.). **Coordenação do processo de trabalho**: uma proposta metodológica para as Unidades do SCC. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2006.
- RAUPP, B. Sistematização de uma metodologia gerencial para Unidades de Atenção Primária do Sistema Único de Saúde no contexto de uma pesquisa sobre a Cultura Organizacional. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.11, n. 4, p. 421-434, out./dez.. 2008.
- RIVERA, F. J. U. **Análise estratégica e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- SENGE, P. **A quinta disciplina**. 10. ed. São Paulo: Best Seller, 2002.
- TEIXEIRA, C.F. Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.72, n. 65, p. 257-277, set./dez. 2003.

Submissão: março de 2009

Aprovação: setembro de 2009
