

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS, COMUNICAÇÃO E ARTES
MESTRADO EM PSICOLOGIA

LUCIANO BAIROS DA SILVA

CONCEPÇÕES DE GESTÃO EM SAÚDE NA FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA

MACEIÓ

2013

Luciano Bairros da Silva

CONCEPÇÕES DE GESTÃO EM SAÚDE NA FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre pelo Mestrado
em Psicologia da Universidade Federal de
Alagoas – UFAL

Orientador: Dr. Jefferson de Souza Bernardes

Maceió

2013

Luciano Bairros da Silva

CONCEPÇÕES DE GESTÃO EM SAÚDE NA FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre pelo Mestrado
em Psicologia da Universidade Federal de
Alagoas – UFAL

Aprovado em ____ de _____ de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes – Universidade Federal de Alagoas

Prof. Dra. Magda Diniz Bezerra Dimenstein – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dra. Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro – Universidade Federal de Alagoas

Dedicado à Bruna, Jefferson e Renata.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao exercício de cuidado e orientação que Jefferson criou comigo durante todo o percurso do trabalho.

Agradeço a parceria de trabalho e a amizade de Renata Guerda.

A colaboração, paciência e afeto que Bruna Diniz teve comigo durante todo esse tempo.

A grande colaboração que Magda e Xili exerceram na discussão e definição do campo-tema, objetivos e método desse trabalho.

A todos os integrantes que passaram ou permanecem no Grupo de Pesquisa em Psicologia Discursiva da UFAL e estiveram envolvidos nas discussões desse trabalho.

A todos os participantes do PET-Saúde II/Saúde da Família e aos Docentes UFAL que foram colaboradores fundamentais para construção dessa pesquisa.

A força e apoio que meus pais e família sempre me dedicam.

RESUMO

A efetiva mobilização e participação dos movimentos sociais na Reforma Sanitária foi o grande alicerce para a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) universal, equânime, integral e socialmente controlado. Apesar disso, atualmente vivenciamos a prevalência de dois modelos de gestão no SUS. O primeiro prima por manter o máximo controle sobre a capacidade produtiva e inventiva dos trabalhadores, a partir de política de administração da dispersão e dos riscos. O segundo propõe modos de organização construídos pelas interações e trocas entre os sujeitos, apoiando-se nos princípios de participação, democracia e cidadania. Entre estes dois modelos de gestão, o que parece estar em disputa no setor saúde é uma transitoriedade entre gestão clínica e gestão administrativa. O objetivo principal desse estudo foi compreender as concepções de gestão em saúde em uso por estudantes e profissionais de Psicologia participantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde II / Saúde da Família – UFAL/Campus Maceió. Esta pesquisa fundamenta-se no referencial teórico-metodológico das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos (SPINK, M., 2004). O foco de análise são os diálogos produzidos no encontro com o outro. A partir dos diálogos, que se efetivaram por meio de Rodas de Conversas com estudantes, profissionais e professores do PET-Saúde II/Saúde da Família da UFAL/Campus Maceió, produzimos Mapas Dialógicos (estratégias de visibilização das conversas) e, também, repertórios linguísticos (unidade básica de análise dos discursos) (SPINK, M., 2004; IÑIGUEZ, 2004). A partir daí foram produzidos conjuntos de sentidos em torno das articulações entre gestão em saúde e formação em Psicologia. Quatro conjuntos de sentidos foram constituídos para a compreensão da gestão em saúde na formação em Psicologia por parte de participantes do PET-Saúde II. Tais conjuntos foram produzidos tomando por base os princípios da Política Nacional de Humanização: Integralidade; Descentralização; Participação, Autonomia e Corresponsabilidade; Saúde do Trabalhador. Podemos observar que há políticas orientadas para o desenvolvimento da gestão em saúde, tanto para a educação em saúde como para o cotidiano de trabalho, baseadas em dispositivos participativos e democráticos. Entendemos que os princípios da Política Nacional de Humanização são fundamentais na construção desses dispositivos de gestão. Além disso, tais princípios podem ser orientadores de uma formação ética e politicamente implicada com esse modo de fazer gestão no SUS.

Palavras-Chave: Gestão em Saúde. Formação. Psicologia.

ABSTRACT

The effective mobilization and participation of social movements in Health Reform was the great foundation for building a Unified Health System (SUS) universal, equitable, comprehensive and socially controlled. Nevertheless, currently the prevalence of two experienced management models in SUS. The first material to maintain maximum control over the productive capacity and inventive employees, from management policy and risk dispersion. The second proposes ways of organization built by the interactions and exchanges between subjects, relying on the principles of participation, democracy and citizenship. Between these two management models, which seems to be in dispute in the health sector is a transience between clinical management and administrative management. The main objective of this study was to understand the concepts of health management in use by students and professionals participating Psychology Education Program at Work II Health / Family Health - Federal University of Alagoas (UFAL)/Campus Maceió. This research is based on theoretical and methodological Discursive Practices and the Production of Meaning (SPINK, M., 2004). The focus of analysis are the dialogues produced in the encounter with the other. From the dialogues, which we accomplished by means of wheels Conversations with students, teachers and professionals PET-II Health / Family Health UFAL / Campus Maceió, produce maps dialogic (strategies for visualization of conversations) and also repertoires language (basic unit of discourse analysis) (SPINK, M., 2004; IÑIGUEZ, 2004). Thereafter were produced sets of meanings around the joints between health management and training in psychology. Four sets of directions were made to the understanding of health management training in psychology by participating PET-Health II. These sets were produced using as a basis the principles of the National Humanization Policy: Completeness; Decentralization, Participation, Autonomy and Co-responsibility; Occupational Health. We can observe that there oriented policies for the development of health management, both for health education as to the daily work, devices based on participatory and democratic. We believe that these principles of the National Humanization are fundamental in the construction management of these devices. Furthermore, these guiding principles can be an ethical and politically involved with this way of doing management in SUS.

Keywords: Management in Health. Education. Psychology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1: Publicações, Ano, “Gestão em Saúde” e “Psicologia”, BVS-PSI, 1970-2010.....	40
Gráfico 2: Publicações, Ano, ‘Gestão em Saúde’ e ‘Psicologia’, BVS-PSI, 1991-2010.....	40
Quadro 1: Mapa Dialógico, Fragmento, Categorias de Análise, RCPreceptores	49
Quadro 2: Mapas Dialógicos, Modelo de Cabeçalho, Categorias, Subcategorias de Análise.....	50
Quadro 3: Primeiro Repertório Linguístico, Fragmento, Categorias, RCEstudantes.....	53
Quadro 4: Repertório Linguístico, Docentes, Fragmento, Categorias, Subcategorias	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Publicações Científicas, Descritor, Quantitativo, Percentual, BVS-PSI, 1970-2010.....	39
Tabela 2: Participantes, Rodas de Conversas.....	45
Tabela 3: Rodas de Conversas, Participantes, Auxiliares, Coordenador, Duração.....	46

LISTA DE SIGLAS

BVS-PSI - Biblioteca Virtual em Saúde da Psicologia
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CNS - Conselho Nacional de Saúde
DAPES - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DeCS/MeSH - Descritores em Ciências da Saúde / Medical Subject Headings
DEGERTS - Departamento da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES - Departamento de Gestão da Educação de Saúde
Denasus - Departamento Nacional de Auditoria do SUS
GM - Gabinete do Ministro
HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização
IES – Instituição(s) de Ensino Superior
MD - Mapas Dialógicos
MS - Ministério da Saúde
OPAS - Organização Pan-americana de Saúde
ParticipaSUS - Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PDI - Plano Diretor de Investimento
PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNH - Política Nacional de Humanização
PPC's - Projetos Políticos Pedagógicos dos Cursos
PPI - Programação Pactuada e Integrada
Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RC - Roda de Conversas
RCDocentes - Roda de Conversas com os Docentes
RCEstudantes - Roda de Conversas com os Estudantes
RCPreceptores - Roda de Conversas com os Preceptores
SF - Saúde da Família
SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Sisad - Sistema de Auditoria

SNA - Sistema Nacional de Auditoria

SUS - Sistema Único de Saúde

UFAL - Universidade Federal de Alagoas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 MODELOS DE GESTÃO EM SAÚDE.....	18
2.1 Organização das Políticas de Saúde no Brasil.....	22
2.1.1 Secretaria de Atenção à Saúde	22
2.1.1.1 <i>Política Nacional de Humanização</i>	23
2.1.2 Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.....	25
2.1.2.1 <i>Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS</i>	25
2.1.3 Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.....	29
2.1.4 Secretaria Executiva	30
2.1.4.1 <i>Pacto de Gestão do SUS</i>	30
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	34
3.1 A Construção de um Campo-Tema	37
3.2 Aproximação com a Literatura Científica.....	38
3.3 Aproximações com o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde	41
3.3.1 Territórios de Experiências do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde	42
3.4 Os Integrantes Envolvidos nos Diálogos do Campo-tema da Pesquisa	44
3.5 Procedimentos	45
3.5.1 Roteiro das Rodas de Conversas	46
3.5.2 Os Mapas Dialógicos.....	47
3.5.3 Repertórios Linguísticos.....	50
3.5.4 Produção de Sentidos.....	55

4 DISCUSSÃO E ANÁLISE	56
4.1 Integralidade.....	56
4.2 Descentralização.....	59
4.3 Participação, Autonomia e Corresponsabilidade.....	63
4.5 Saúde do Trabalhador.....	67
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICES.....	77
APÊNDICE A – Quadro Caracterizando o Repertório Linguístico Utilizado por Docentes, Estudantes e Preceptores.....	78
APÊNDICE B – Conjuntos de Sentidos Produzidos a Partir do Repertório Linguístico	81
APÊNDICE C – Roteiro das Rodas de Conversa.....	82
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	83
ANEXOS	85
ANEXO A – Carta de Anuência para Realização da Pesquisa	86

1 INTRODUÇÃO

Os modelos públicos de atenção à saúde no Brasil foram marcados por estruturação e dinâmica fragmentadas. Com o setor saúde ficavam destinadas apenas as ações de saúde pública. A responsabilidade de prestar a assistência à saúde ficava sob a previdência social, mas limitada a ações de recuperação e reabilitação de agravos. Em ambos os setores era vigente a gestão com deliberação centralizada a nível federal. No entanto, durante o período do regime militar brasileiro, muitos movimentos ligados a instituições de ensino superior (IES), entidades religiosas, das associações de usuários, dentre outros da sociedade civil organizada travaram a construção de bases para um sistema de saúde amparado pelo ideal democrático e de ampla participação popular.

Estas articulações de lutas populares ficaram conhecidas como o Movimento Sanitário, que tratava a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. No interior das organizações de ensino de saúde, esse movimento ajudou a formular as bases para um modelo de atenção integral em saúde, de dispositivos para a efetiva participação da sociedade nas tomadas de decisão do setor, além de inserir nos estudos sobre processos de saúde-doença o conhecimento das comunidades, suas dinâmicas e características de pertencimento (CECCIM, 2005).

O longo processo de luta pela Reforma Sanitária e pela democratização do país culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Com ampla contribuição dos movimentos sociais foi construído e aprovado o texto final desta Conferência, posteriormente apresentado à Assembleia Nacional Constituinte, subsidiando conceitual, operacional e politicamente a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Por isso consideramos que “a participação da sociedade revela-se componente essencial, inerente ao processo da Reforma Sanitária Brasileira e sua marca emblemática” (BRASIL, 2009a, p.8).

A consolidação legal do SUS não foi apenas para efetivação de um modelo de saúde, mas também um modelo de construção da sociedade brasileira, baseada em princípios participativos, igualitários e democráticos. Além disso, esses mesmos princípios seriam o esteio para o desenvolvimento e gerenciamento de outros setores públicos, como educação, meio ambiente, assistência social, etc.

O principal dispositivo utilizado para garantia do controle e participação popular nas políticas públicas de saúde são os Conselhos e as Conferências de Saúde, com representatividade paritária, realizando ações de orientação e fiscalização e com legitimação deliberativa. Mas outras políticas tem buscado efetivar de modo mais orgânico a construção

de planos e práticas de trabalho compartilhadas, garantindo maior autonomia e protagonismo, tanto de trabalhadores dos serviços de saúde, como de seus usuários. Em grande parte, esses dispositivos e políticas tentam reorientar práticas e a formação na área de saúde, superando a dimensão técnica das práticas de cuidado, a partir da contextualização da complexidade que implica trabalhar, cuidar e defender a vida.

A Política Nacional de Humanização (PNH), ou o HumanizaSUS, está amparada por essa discussão. Seu objetivo é modificar as relações e os modos de agir e produzir saúde. Para isso defende a criação de espaços e planos de construção coletiva do cuidado em saúde, implicando gestores, profissionais e usuários nesse processo. Apóia a produção do cuidado em saúde nas relações que podemos estabelecer cotidianamente, nos encontros e na abertura ao diálogo e à escuta dos sujeitos. Uma proposta de transformação, tanto no modo como o trabalho em saúde acontece, como dos próprios sujeitos envolvidos nesse processo.

Após tantas reformulações no campo da gestão e do cuidado em saúde, perguntamos como a Psicologia tem acompanhado estas transformações. Como a formação em Psicologia tem se colocado nessa discussão? Como a formação em Psicologia tem acompanhado as modificações no modo de gerir o trabalho na saúde? Como a Psicologia tem buscado a construção de práticas que promovam a participação social? Como a Psicologia intervém nas ações em equipe interdisciplinar? Como a Psicologia tem feito para compartilhar seu objeto de trabalho?

Essas questões mostram-se pertinentes, primeiramente, por acompanharmos a maciça entrada de psicólogos no SUS que vem ocorrendo a cada ano, abrindo enorme diversidade de frentes e de práticas de trabalho. Em segundo lugar, também podemos acompanhar o recente crescimento de pesquisas e publicações científicas preocupadas em discutir as práticas de gestão em saúde. Por último, encontramos o aprimoramento de políticas voltadas para gestão participativa e compartilhada direcionadas, tanto para as práticas de trabalho nos serviços, como para a reorientação da formação em saúde dirigida para o SUS.

Desse modo, o objetivo principal desse estudo foi compreender as concepções de gestão em saúde em uso por estudantes e profissionais de Psicologia participantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde II / Saúde da Família – UFAL/Campus Maceió (PET-Saúde II).

Esta pesquisa fundamenta-se no referencial teórico-metodológico das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos (SPINK, M. 1999). Portanto, é orientado pelo argumento de que o foco dos estudos está na linguagem em uso. É por meio da linguagem em uso que se constrói a realidade. O caráter performativo da linguagem é ressaltado. Falar não é um

instrumento de rerepresentação do mundo. Falar é produzir o mundo e a realidade (AUSTIN, 1971).

O foco de análise passa a ser o diálogo produzido no encontro com o outro. Buscamos pautar o trabalho a partir da *Ética Dialógica*, baseada em três princípios: a) os consentimentos informados, baseados na transparência e na perspectiva de colaboração; b) a proteção do anonimato, com “a não revelação de informações que possibilitem a identificação dos participantes”; c) e o resguardo do uso abusivo do poder na relação entre pesquisador e participantes (SPINK, M., [1999], p.14-15).

O projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFAL¹. Conforme previsto no Projeto, foi firmado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ver apêndice D) – com os participantes antes do início das Rodas de Conversas.

Com efeito, traçamos um posicionamento ético-político como princípio para o próprio processo de pesquisa. Buscamos enfrentar a hierarquização das relações e a subjugação dos participantes, pois, a exemplo do que Cortez (2009, p. 33, grifo da autora) comenta, não há maior engano na formação que aquele em que “*aprendemos* que os nossos saberes profissionais são superiores e suficientes para os sujeitos a serem *cuidados e educados por nós*”.

A partir dos diálogos, que se efetivaram por meio de Rodas de Conversas com estudantes, profissionais e professores do PET-Saúde II/Saúde da Família da UFAL/Campus Maceió, produzimos Mapas Dialógicos (estratégias de visibilização das conversas) e, também, repertórios linguísticos (unidade básica de análise dos discursos) (SPINK, M., 2004; IÑIGUEZ, 2004). A partir daí foram produzidos conjuntos de sentidos em torno das articulações entre gestão em saúde e formação em Psicologia.

Quatro conjuntos de sentidos foram constituídos para a compreensão da gestão em saúde na formação em Psicologia por parte de participantes do PET-Saúde II. Tais conjuntos foram produzidos tomando por base os princípios da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010b): Integralidade; Descentralização; Autonomia, Corresponsabilidade e Participação; Saúde do Trabalhador.

A Integralidade é definida como o trabalho articulado de promoção, prevenção e recuperação da saúde, desenvolvido nas práticas de profissionais no cotidiano dos serviços. Observa fundamentalmente a construção de práticas que escutem e respeitem as

¹ Processo número 10529/2011-43 – CEP/UFAL.

singularidades e necessidades do contexto local. A Descentralização da gestão do SUS aprofunda a ênfase nas ações em rede e compartilhadas, a fim de potencializar o atendimento às necessidades locorregionais. A Participação, Autonomia e Corresponsabilidade tratam de fortalecer a criação de relações democráticas, de ambientes acolhedores e coletivos que facilitem a ampla participação dos envolvidos com a rede de saúde, sendo protagonistas na produção de si e do mundo. A Saúde do Trabalhador propõe a construção de espaços coletivos entre os trabalhadores para planejamento e avaliação das práticas. Defende a potência de formação dos sujeitos que estes coletivos podem promover, além de ser um dispositivo para análise das condições geradoras de sofrimento e adoecimento e a consequente invenção de relações e práticas mais saudáveis.

2 MODELOS DE GESTÃO EM SAÚDE

A participação social foi o grande alicerce para a construção de um Sistema Único de Saúde universal, equânime, integral e socialmente controlado. Apesar disso, podemos afirmar que, atualmente, vivenciamos a prevalência de dois modelos de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS). Modelos com diferentes compreensões quanto ao espaço que deveriam ocupar a participação e o controle social na gestão em saúde. Essa discussão parece ter seu início recentemente, como comenta Azevedo (2005, p. 20):

Na verdade, a ênfase na problemática da gestão, é recente no Brasil, particularmente na esfera da administração pública. A temática da gestão foi paulatinamente entrando em cena na área de saúde, tanto como decorrência das tentativas de implementação de modelo de administração pública gerencial, no contexto de reforma do Estado, como também por seu reconhecimento pelo Movimento Sanitário como fator estratégico na construção do SUS, dando origem então a experiências que buscam, por um lado, absorver ferramentas gerenciais – ênfase em informações, definição de metas, apuração de custos e, por outro, maior democratização dos processos decisórios e visibilidade dos projetos institucionais.

O Movimento Sanitário entendia como estratégico organizar dispositivos que permitissem a ampla participação nos processos de controle da gestão, imaginando que um posicionamento legitimado e ativo da sociedade, como fiscalizadora, impediria desvios e corrupção no setor e deliberaria ações que atendessem efetivamente as necessidades de saúde. Nesse sentido, os Conselhos e Conferências de Saúde foram pensados como espaços privilegiados para o planejamento e organização do Sistema de modo a atender os interesses éticos e políticos das comunidades.

No entanto, esse modo de pensar a gestão em saúde jamais foi tradição no país. É hegemônica a tradição da corrente taylorista nos modos de organizar e planejar o trabalho no Brasil, separando as funções de concepção e de execução, dualizando as relações que se estabelecem entre comandantes e subordinados (GOULART; FREITAS, 2008).

Campos (2007b; 2010) nomeia esse modelo de “racionalidade gerencial dominante”, considerado assim por ser o mais tradicional e prevalente nas práticas de planejamento e gestão em saúde. Caracterizado pela busca da avaliação de resultados concretos, a preocupação com o barateamento do custo da produtividade e com o caráter produtivista, tendo seus trabalhadores a retribuição ou pagamento calculado a partir do nível que ocupa na hierarquia dos postos de trabalho, do tipo de tarefa e a quantidade de procedimentos realizada. Estão presentes nesse modelo as correntes tradicionais de gestão e administração, apoiadas em

teorias de Ford, Taylor e Fayol. Alinha-se também ao modelo de mercado neoliberal, trazendo referências como satisfação do cliente e diminuição dos custos de produção e de pessoal.

A participação não é um princípio que oriente os processos de gestão do modelo acima descrito. Ao contrário, existe o efetivo interesse da separação entre os papéis, com clara definição dos responsáveis pela concepção e os responsáveis pela execução de trabalho. Há o registro de uma cisão entre os diretores do trabalho e os dirigidos, exigindo que o planejamento e a gestão estejam restritos, hierarquicamente, a funções e cargos sobrepostos aos ocupados por trabalhadores que realizam as práticas nos serviços de saúde, por exemplo.

Além de prescrever as condutas de trabalho, o modelo da “racionalidade gerencial predominante” prima por manter o máximo controle sobre a capacidade produtiva e inventiva dos trabalhadores. Isso ocorre apoiado sobre um discurso “científico”, que fundamenta:

- a) a redução das possibilidades de reflexão e decisão autônomas dos trabalhadores;
- b) um modo de operar que busca a maximizar o controle sobre os atos de trabalho em si, controlando o próprio trabalhador – como exemplo, o condicionamento dos atos de trabalho a protocolos de conduta; e
- c) uma visão essencialista sobre os seres humanos, que sugere uma redução a processos de mensuração e de generalização de todo e qualquer ato ou procedimento que se destine a estes (CAMPOS, 2010, p. 2338-2339).

Os modos de gestão em saúde desse modelo seguem “a lógica da oferta de serviços fragmentados, que advém da visão compartimentada das necessidades sociais, dificultando a apreensão integral das complexas dimensões que compõem o cotidiano dos indivíduos e das coletividades” (BRASIL, 2009d, p.7). Nesse sentido, os modos de cuidar trazem consigo uma política de administração da dispersão e dos riscos. A fragilidade e o totalitarismo desta estrutura nas práticas de gestão em saúde se centram, muitas vezes, no apagamento da dimensão da escuta das necessidades de comunidades e usuários, o que conduz à ausência dos princípios de democracia, autonomia e liberdade nos processos de gestão dos atos de cuidar em saúde. Nessa perspectiva, existe um desinteresse quanto à importância com o contexto, com as histórias de vida e social e com as potencialidades heterogêneas dos sujeitos na produção da realidade de saúde. Finalmente, esse modelo tem dificuldade em atender qualquer conflito do trabalho em saúde que esteja além da técnica restrita, prescritiva e normatizada de cuidado.

Entretanto, desde a Constituição de 1988 existem propostas contemplando a gerência participativa nos processos decisórios (GOULART; FREITAS, 2008). Apesar da recente problematização dos modos de gestão na administração pública, alguns autores têm confirmado haver a prevalência de dois modelos de operação e gestão da saúde no SUS (AZEVEDO, 2005; GOULART; FREITAS, 2008; CAMPOS, 2007b; 2010). Essa dupla convivência não ocorre de forma harmoniosa ou complementar.

Assim, coexiste ao modelo anterior um segundo modelo prevalente na gestão em saúde, apoiado nos princípios de participação, autonomia e (co)responsabilidade. Um modelo de gestão em saúde produzido a partir de espaços democráticos de escuta, análise e deliberação, promovendo descentralização do poder, na constituição de uma parcial horizontalidade nas relações (CAMPOS, 2007a; 2007b).

Esse segundo modelo de gestão em saúde não é necessariamente contrário ao primeiro, mas carrega consigo diferenças em seus fundamentos e em suas características de atuação. Procura forjar “um paradigma que reconheça e conviva com a autonomia relativa dos trabalhadores, mas que desenvolva formas de controle sobre o trabalho segundo a perspectiva dos usuários e também tomando em consideração o saber estruturado sobre saúde” (CAMPOS, 2010, p. 2342).

Autonomia relativa que convida para interações dialógicas entre gestor e equipe, entre profissionais e usuários, entre equipes e seus diferentes níveis de atenção. Princípio compartilhado por políticas atuais do Ministério da Saúde, como a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010b), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009c), a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (BRASIL, 2009d) e a Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2011b).

Entre estes dois modelos de gestão, o que parece estar em disputa no setor saúde é uma transitoriedade entre gestão clínica e gestão administrativa (CAMPOS, 2010; 2007b). A crescente presença de equipamentos e máquinas eletrônicas nos serviços são fortes responsáveis por transições que ocorrem atualmente nos modos de cuidado e atenção à saúde, tanto no SUS, como no sistema complementar. Reestruturações contemporâneas nas modalidades de produção de cuidado na saúde e os modos de governá-la.

Para Merhy, atos de cuidar em saúde envolvem um alto grau de autonomia, pois:

seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processo de intervenção em ato, operando

como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção (MERHY, 2002, p.49).

Nesse sentido, o trabalho em saúde é entendido com um ato de gestão, como um trabalho vivo, pois exige dos profissionais operar relações dinâmicas entre três tecnologias: tecnologias duras, como máquinas, equipamentos, normas, estruturas organizacionais; tecnologias leve-duras, como os saberes estruturados por categorias (Medicina, Psicanálise, taylorismo, etc.) operando nos processos de trabalho dos serviços; e tecnologias leves fundamentalmente produzidas nas relações, nos encontros – a exemplo do vínculo, do acolhimento, da autonomia e da própria gestão (MERHY, 2002).

Esses conceitos foram propostos como combate a modos de compreensão de saúde que sobrevalorizam a ações de máquinas e equipamentos sobre as intervenções dos sujeitos. Uma crítica à própria hierarquização dos serviços de saúde pública que obedecem a níveis de baixa, média e alta complexidade. Processo que reserva maior valor aos trabalhos dos *experts* (especialistas) e aos procedimentos invasivos, por considerar esses de “alta complexidade”. Por outro lado, surgem ações em saúde com acentuado vínculo relacional, baseadas nas conversas e diálogos cotidianos com as comunidades, como se estas não trouxessem consigo grande complexidade de trabalho.

Complexidade é compreendida como amplitude, abrangência, diversidade e heterogeneidade. Neste sentido, é no contexto das interações humanas que a encontramos, principalmente, no trabalho com comunidades. São nesses espaços que encontramos uma extensa bricolagem de políticas, desejos, interesses, embates, tradições que precisam ser ouvidas e trabalhadas por equipes de saúde e usuários. É esse emaranhado de acontecimentos espontâneos que os profissionais de saúde têm de elaborar cotidianamente.

Essa discussão é semelhante ao processo de efetivação das tecnologias leves ou das redes de relações (MERHY, 2002). No entanto, é preciso alertar que por tratarmos de tecnologias relacionais, existe o risco de interpretações que considerem uma menor valorização a essas e mesmo considerá-la uma ferramenta ingênua para o cuidado em saúde. Ao contrário, entendemos as relações, os vínculos e as conversas instrumentos fundamentais para construção de um sistema e de práticas de saúde consonantes com os princípios do SUS, emancipadora dos sujeitos e que atendam as necessidades locais. Instrumentos complexos que exigem de cada profissional grande capacidade de análise, crítica e proposição para produção

de novas realidades de saúde. Isso permite trabalhar a partir das singularidades produzidas no cotidiano dos serviços. Também significa dizer que:

a prática em saúde assemelha-se, portanto, mesmo quando realizada em equipe ou em rede, ao trabalho artesanal, um neoartesanato ainda a ser desenvolvido em sua plenitude. O que dependerá da construção de modelo de gestão do trabalho segundo lógica não maquínica ou burocrática (CAMPOS, 2010, p. 2342).

A metáfora do trabalho artesanal faz relação com as diversas dimensões que operam na gestão dos processos de cuidado. Um trabalho feito na artesanaria sugere algumas características: a singularidade presente em cada produto, o respeito ao tempo das coisas e dos seres, a criatividade, a afetividade investida no seu trabalho, o comprometimento e a responsabilização do produtor com sua obra. Características que algumas áreas e serviços de saúde deixaram de considerar no momento de produção dos atos de cuidar e gerir a saúde.

Além disso, essa metáfora sugere a existência de uma relação orgânica entre a gerência, a prática e o ensino. O trabalhador aprende ao mesmo tempo em que produz. E aquele que produz também efetiva novas aprendizagens, engendra mudanças, enfim, move-se no espaço da criação. A gerência do aprendizado, do tempo de produção e de trabalho varia conforme o desejo do artesão ou da necessidade daquele que encomendava. Ou seja, o sujeito artesão tem uma dimensão partícipe e autônoma no seu processo de trabalho e de aprendizagem. Essa dimensão parece estar esquecida em alguns momentos do trabalho em saúde.

2.1 Organização das Políticas de Saúde no Brasil

Apresentaremos quatro Secretarias do Ministério da Saúde, que possuem gestão de políticas ou programas diretamente vinculados à articulação entre gestão em saúde e formação profissional.

2.1.1 Secretaria de Atenção à Saúde

A Secretaria de Atenção à Saúde tem por finalidade participar da formulação e implementação das políticas de atenção básica e especializada no SUS. Apesar de constituída por dez departamentos, daremos destaque neste trabalho a uma política de saúde específica vinculada ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES). As políticas e

ações do DAPES pautam-se pelos princípios dos Direitos Humanos e pelo respeito à singularidade de cada sujeito ou das comunidades. Prioriza o aprimoramento e uso de instrumentos humanizados e em rede para o atendimento as necessidades das populações e o desenvolvimento de políticas de saúde. Busca pautar o trabalho na equidade, humanização e integralidade das ações e serviços. Neste Departamento está a Política Nacional de Humanização (PNH) ou HumanizaSUS, criada em 2003, que busca efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão e incentivar as trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários dos serviços.

2.1.1.1 Política Nacional de Humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi não somente uma forma de reconhecimento da participação social para a consolidação do SUS, mas retomou o caráter político da noção de saúde, apontando a inseparabilidade entre os modos que produzimos as necessidades de saúde, os serviços de saúde e os próprios sujeitos. Saúde é vinculada às possibilidades de invenções e criações que somos capazes de produzir na vida. Nesse sentido, essa Política intensificou a “valorização dos diferentes sujeitos implicados nos processos de produção de saúde” (BRASIL, 2009b, p.5).

Com forte legitimação da participação social, a PNH tem como um de seus princípios *o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos na produção de saúde*. Princípio que coloca usuários e profissionais em uma posição ativa na construção da realidade de saúde brasileira. Assim como fortalece o caráter democrático e participativo em todas as instâncias de gestão do SUS. O segundo princípio é da *indissociabilidade entre atenção e gestão em saúde*, entendendo que os modos de cuidar dependem dos modos de gerir os serviços de saúde. Para mudarmos as formas de cuidar, precisamos também mudar as formas de gerir. O terceiro princípio, da *transversalidade*, propõe-se uma relação orgânica entre essa Política e todas as demais políticas e programas do SUS. Nesse sentido, busca enfrentar o isolamento e a hierarquização existente no âmbito da saúde, valorizando a dimensão subjetiva e social nas práticas de atenção e gestão da saúde e ampliando as relações, a participação, os diálogos e a corresponsabilidade nos projetos e ações do SUS.

Para a sua efetivação, a PNH propõe alguns dispositivos de trabalho, como: o acolhimento; a gestão participativa e cogestão; a clínica ampliada e compartilhada; as redes de saúde; a defesa do direito dos usuários; a visita aberta; o apoio matricial; Programa de Formação em Saúde do Trabalhador; dentre outros.

O dispositivo *acolhimento*, muito verbalizado atualmente por gestores, trabalhadores e usuários de saúde, é fundamentalmente entendido com uma política de inclusão na saúde. Nesse sentido, busca mudar as práticas excludentes de atenção e gestão a saúde. Para isso propõe uma revalorização da dimensão relacional no cotidiano dos serviços de saúde. Como instrumentos para esse trabalho são apontados: a escuta dos sujeitos, os vínculos relacionais e os afetos produzidos nas interações entre os sujeitos (BRASIL, 2010b).

O dispositivo da *clínica ampliada e compartilhada* acompanha o conceito integral de saúde e do trabalho em redes. Primeiramente, esse dispositivo é entendido como ferramenta para articular diferentes saberes sobre o processo de saúde-doença. Com efeito, sugere a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, tarefa que pode ser partilhada com a equipe de trabalho, com outros serviços da rede de saúde ou intersetorial e, mesmo, partilhada com usuários ou comunidades. Em terceiro lugar, entende-se que o objeto de trabalho é ampliado, deslocando a responsabilidade limítrofe dos profissionais ao procedimento, ao diagnóstico ou a conduta específica. Os trabalhadores passam a (co)responsabilizar-se por sujeitos ou por grupos de pessoas. Por fim, é proposta para modificação dos meios e instrumentos de trabalho, privilegiando novos arranjos de gestão que permitam espaços de comunicação entre os trabalhadores e, mesmo, entre esses e as comunidades (BRASIL, 2009a).

As instâncias do controle social, como conselhos e conferências de saúde, são espaços participativos legítimos de fiscalização e deliberação sobre os serviços de saúde. Também as Comissões Intergestores obedecem ao critério participativo, apesar da representação restrita a gestores formais, para definições e pactuações de (co)responsabilidades sanitárias de municípios, estados e federação. O dispositivo *gestão participativa e cogestão* propõe a participação como um instrumento para além dos espaços instituídos de gestão do SUS, ou seja, o objetivo maior é usá-la como “uma diretriz éticopolítica que visa democratizar as relações no campo da saúde” (BRASIL, 2009b, p.10). Sugere que gestores, profissionais e usuários possam compartilhar os mesmos espaços de deliberação, assumir corresponsabilidades, analisar e avaliar coletivamente o trabalho, etc. Enfim, produzir modos de organizar o trabalho que ampliem a escuta, o protagonismo e o compromisso dos diversos sujeitos envolvidos com o fazer em saúde.

A PNH entende que as ações de formação possuem potência de intervenção quando permite aos sujeitos novas vivências e a própria reinvenção de suas realidades. Recentemente foi lançado o Programa de Formação em Saúde do Trabalhador, um dispositivo “que tem como objetivo promover um espaço de formação fundado no diálogo permanente” (BRASIL,

2011a, p.7). Propõe a construção de relações de trabalho mais saudáveis, apoiadas na criação de espaços coletivos de trocas de experiências e de saberes entre os trabalhadores, com potencial para a análise e mudança das condições que geram adoecimentos e sofrimentos.

2.1.2 Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

A institucionalização, pelo Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão Participativa no SUS ocorreu em 2003. No entanto, a partir do Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006², esta passou a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), além de ser incorporada a ela: o Departamento de Gestão Estratégica e Participativa; o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS; o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS; e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus). Sob responsabilidade desta Secretaria está a função de “*acelerar e aperfeiçoar a implementação de práticas de gestão estratégica e participativa nas três esferas de gestão do SUS*” (BRASIL, 2009d, p.11, grifo do autor).

2.1.2.1 Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS

Com o apoio da SGEP, foi criada e aprovada a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS)³, que segue os princípios Constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde além de outras diretrizes. Dentre estas, destacamos princípios e diretrizes que defendem:

- a) a “valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e controle social nos processos de gestão do SUS”;
- b) a “afirmação do protagonismo da população na luta por saúde”;
- c) a “ampliação dos espaços de ausculta da sociedade em relação ao SUS”;
- d) o “fortalecimento das formas coletivas de participação e solução de demandas”;

² Posteriormente revogado pelo Decreto nº 5.974, de 29 de novembro de 2006 e, esse último, revogado por novo Decreto nº 6.860, de 27 de maio de 2009. No entanto, estes não ocasionaram modificações na nomenclatura dos departamentos ou na estrutura desta Secretaria.

³ A aprovação dessa política ocorreu em deliberação na 12ª Conferência Nacional de Saúde, pela aprovação na 175ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 11 e 12 de junho de 2007, e finalmente pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no dia 25 de outubro de 2007.

- e) a “promoção da inclusão social de populações específicas, visando a equidade no direito à saúde”;
- f) a “integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social, entendidos como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS”; e
- g) a “implantação de mecanismos de avaliação continuada da eficácia e efetividade da gestão do SUS” (BRASIL, 2009d, p.13-14).

As ações da ParticipaSUS são descritas em sete eixos, sendo estes: a) a promoção da equidade em saúde de populações em condições de vulnerabilidade e iniquidade social; b) Brasil quilombola, propondo a promoção de ações específicas para esse recorte étnico; c) aprimoramento das instâncias e processos da participação social; d) gestão da política de saúde, marcada pela gestão estratégica e pelos processos de monitoramento, avaliação e auditorias conforme descritos anteriormente; e) consolidação da reforma sanitária no país, com maior especificidade, na consolidação dos processos democráticos no SUS; f) fortalecimento da gestão do trabalho no SUS; g) qualificação e humanização da gestão do SUS, garantindo maior escuta dos profissionais de saúde neste processo (BRASIL, 2009d).

Em síntese, a gestão estratégica propõe a ampliação dos espaços coletivos de discussão, de trocas de experiências e de pactuação com a finalidade de uma construção compartilhada do saber e das práticas em saúde. Coloca em relação usuários e profissionais, provocando o protagonismo e a autonomia das comunidades na produção da saúde e exige uma escuta crítica e humanizada dos profissionais na identificação das demandas locais. A gestão participativa, com a meta de ser transversal a toda gestão do SUS, caracteriza-se por exigir a criação de dispositivos que garantam a ampla participação de profissionais de saúde e dos usuários nos processos de avaliação e deliberação (BRASIL, 2009d).

Os componentes da ParticipaSUS são quatro e estão em completo alinhamento aos Departamentos da SGEP. São eles: gestão participativa e controle social do SUS; monitoramento e avaliação do SUS; Ouvidoria do SUS; Auditoria do SUS.

a) Gestão Participativa e o Controle Social do SUS:

O primeiro componente do ParticipaSUS é a gestão participativa e o controle social do SUS. Trata-se da construção do sistema de registro e cadastramento de todos os conselhos municipais de saúde, chamado PaticipanetSUS. O objetivo do PaticipanetSUS é mapear o

perfil e os indicadores dessas entidades. Com ele, pode apontar os principais obstáculos que estes conselhos enfrentam:

o não-exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; precárias condições operacionais e de infra-estrutura; falta de regularidade de funcionamento; ausência de outras formas de participação; falta de transparência nas informações da gestão pública; dificuldade e desmobilização para a formulação de estratégias e políticas para a construção do novo modelo de atenção à saúde; e baixa representatividade e legitimidade de conselheiros nas relações com seus representados (BRASIL, 2009d, p.17).

Não apenas isso, mas também a dificuldade de sistematização para acompanhar a execução das políticas de saúde, a pouca comunicação entre as entidades representativas, a falta de definições de papéis, a clareza da responsabilidade que tem o conselho de complementariedade das ações de melhorias da saúde da população fazem com que os conselheiros tenham dificuldades para atuar politicamente nos conselhos de saúde (BRASIL, 2007). Além do ParticipenetSUS, como forma de agregar informações e realizar a divulgação das mesmas, para uso como instrumento de gestão, também compreendem ações de gestão participativa: todos os mecanismos instituídos do controle social; os processos participativos de gestão; instâncias de pactuação entre gestores; mecanismos de mobilização social; processos de educação popular em saúde; reconstrução do significado da educação em saúde, como orientação à defesa do SUS; e a intersetorialidade (BRASIL, 2009d, p.17-18). Os movimentos sociais são considerados os parceiros e os atores fundamentais na construção da gestão participativa.

b) Monitoramento e Avaliação do SUS:

O segundo componente tem como tarefa a “articulação, o apoio e a difusão das ações de monitoramento e avaliação” (BRASIL, 2009d, p. 21). Um dos dispositivos criados para efetivar essa tarefa são as publicações periódicas “Painel de Indicadores do SUS”, produzidas em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Ela é especialmente produzida para auxiliar conselheiros de saúde e a população em geral para a atuação no controle social. Outra responsabilidade desse componente é o permanente processo de regulação do monitoramento do Pacto pela Saúde.

c) Ouvidoria do SUS:

As ouvidorias do SUS,

são canais democráticos de comunicação, destinados a receber manifestações dos cidadãos, incluindo reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitação de informações. Por meio da mediação e da busca de equilíbrio entre os entes envolvidos (cidadão, órgãos e serviços do SUS), é papel da Ouvidoria efetuar o encaminhamento, a orientação, o acompanhamento da demanda e o retorno ao usuário, com o objetivo de propiciar uma resolução adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2009d, p. 23).

A partir da sistematização da participação popular, as ouvidorias devem ser capazes de auxiliar na construção, extinção ou modificação de políticas ou estruturas de saúde. Para isso, ela deve manter um canal ágil e permanente de diálogo com usuários. Efetiva-se fundamentalmente como ferramenta de escuta.

d) Auditoria do SUS:

A auditoria do SUS é marcada por um forte caráter técnico e político de auxílio nas deliberações de alocação e utilização adequada dos recursos disponíveis, da garantia de acesso aos serviços de saúde e da qualidade na prestação da atenção à saúde. Na SGEP, essa competência é atribuída ao Denasus, além de acumular a função de apoio e unificação com os demais componentes existentes a nível estadual e municipal no país. Os órgãos de auditoria dos três entes federativos compõem o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS, criado pela Lei 8.689/1993. Os atos do SNA devem ser executados a partir da geração de uma tarefa no Sistema de Auditoria (Sisad), que designa equipe responsável para a auditoria, feita com o uso de informações disponíveis nos bancos de dados do MS e de verificação *in loco* da situação. Uma conquista relevante desses órgãos, quanto ao controle interno do SUS, tem sido a alteração da “lógica da produção/faturamento para a lógica da atenção aos usuários cidadãos e em defesa da vida, incorporando a preocupação com o acompanhamento das ações e análise dos resultados” (BRASIL, 2009d, p. 25).

2.1.3 Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) “desenvolve ações para o fomento de políticas para a formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho no SUS” (BRASIL, 2011b, p. 7). A SGTES está estruturada em:

- a) Diretoria de Programa;
- b) Departamento da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) ao qual compete a proposição, incentivo, acompanhamento e elaboração “de políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde” (BRASIL, 2009e, p. 10); e
- c) Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) responsável pela proposição e formulação de políticas que atendam

à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da Saúde em todos os níveis de escolaridade; à capacitação de profissionais de outras áreas da Saúde, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor Saúde; à interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre saúde para formação da consciência sanitária (BRASIL, 2009e, p. 10).

Atualmente a SGTES orienta-se pela Política Nacional de Educação Permanente e coordena 14 ações. Algumas direcionadas para os profissionais em serviço, por exemplo, o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio da Área de Saúde (Profaps); outras voltadas para o ensino superior: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde); projetos para educação à distância, como o Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde) e a Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS); programas para especialização em serviço: Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), Programa Nacional de Bolsas de Residência Multiprofissional e Área Profissional da Saúde (Residência); além de instrumentos para gestão do SUS: Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde (ObservaRH), Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS (InforSUS), Sistema Nacional de Informação em Gestão do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS) e Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS).

2.1.4 Secretaria Executiva

A Secretaria Executiva tem por função auxiliar a supervisão e a coordenação de ações das demais Secretarias do MS, dentre outras entidades a ela vinculadas. Destacam-se nessa Secretaria o desenvolvimento de atividades de organização e modernização da administração, sistemas de planejamento e orçamento, contabilidade, administração financeira e recursos humanos, informação e informática. Para a gestão em saúde, uma de suas principais contribuições partiu do Departamento de Apoio à Descentralização, o chamado Pacto pela Saúde. Trata-se de um conjunto de reformas institucionais pactuado entre os três entes federados, capazes de promover inovações nos processos, nos instrumentos e no financiamento da gestão.

2.1.4.1 Pacto de Gestão do SUS

A criação do *Pacto pela Saúde* para consolidação dos SUS foi uma importante conquista para a gestão do SUS⁴. Com ele, buscou-se superar as reconhecidas dificuldades em produzir normatizações gerais que respeitassem o princípio de regionalização, visto as acentuadas desigualdades territoriais que prevalecem em nosso país, e evitar as frequentes deliberações normativas de caráter técnico e processual para ação dos gestores em suas regiões. O Pacto pela Saúde é um compromisso público dos gestores do SUS em organizar os recursos a partir de pactuações coletivas e participativas, usando como base os princípios e diretrizes do SUS, atendendo a necessidades de saúde locais e periodicamente revisadas.

O Pacto pela Saúde é integrado por três componentes: *Pacto pela Vida*, *Pacto em Defesa do SUS* e *Pacto de Gestão do SUS*. O *Pacto pela Vida* é um conjunto de compromissos sanitários, com objetiva definição de resultados, além da explícita definição orçamentária e financeira para as ações e com prioridades pactuadas entre os três entes federativos. São elas: Saúde do Idoso, Câncer de Colo de Útero e de Mama, Mortalidade Infantil e Materna, Doenças Emergentes e Endemias, Promoção e Atenção Básica à Saúde.

O *Pacto em Defesa do SUS* elenca duas prioridades: implementar um projeto permanente de mobilização social e elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS⁵. Esse componente apoia-se na repolitização da saúde no país como estratégia de

⁴ Criado pela Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

⁵ Aprovada pela Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009.

mobilização da sociedade na defesa do SUS. Está alinhado com a PNH, de modo especial com o dispositivo de *defesa dos direitos dos usuários*, que prevê incentivo desses direitos e a garantia de que eles sejam cumpridos. O Pacto em Defesa do SUS repercute também na participação e controle social, reorientando a construção da saúde como política de estado e não mais políticas de governo. Os dispositivos sociais são entendidos aqui como

questionadores da velha estrutura institucional, tecnocrática, centralizadora, autoritária e normativa, própria da tradição do Estado brasileiro. Caracterizam-se, portanto, como poderosos dispositivos de mudança no interior da estrutura organizacional da saúde e na modalidade de gestão (BRASIL, 2007, p. 43).

O *Pacto de Gestão do SUS* também fortalece o compromisso com a participação e o controle social, assumindo esses como componentes fundamentais para a qualificação da gestão do SUS. Além disso, avança na regionalização e descentralização do SUS, desburocratizando os processos normativos conduzidos pelo Ministério da Saúde, a partir da definição clara das atribuições de estados e municípios quanto à gestão. Estes entes federativos ganham maior autonomia deliberativa, mas assumem a responsabilidade de atender os princípios e diretrizes políticas do SUS e organizar ações e serviços atendendo as singularidades regionais. As prioridades do Pacto de Gestão são: a definição inequívoca da responsabilidade sanitária de cada instância (entes da federação) gestora do SUS e o estabelecimento das diretrizes para gestão do SUS. Quanto às diretrizes que devem ser atendidas para a gestão do SUS, são:

- a) Descentralização;
- b) Regionalização;
- c) Financiamento;
- d) Planejamento;
- e) Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- f) Regulação;
- g) Participação Social;
- h) Gestão do Trabalho; e
- i) Educação na Saúde.

A Descentralização da gestão do SUS aprofunda a ênfase nas ações compartilhadas, respeitando os consensos sobre os processos administrativos firmados nas Comissões

Intergestores. Como orientadora desse princípio, a Regionalização tem três objetivos: potencializar o processo de descentralização, fortalecendo o atendimento a necessidades loco-regionais; a racionalização dos gastos e otimização no uso dos recursos; e a garantia da integralidade na atenção, o direito equânime à saúde e o acesso a serviços com qualidade e efetividade. Para operar a regionalização são previstas as Regiões de Saúde: conjuntos de serviços organizados em rede, dentro de um recorte territorial, para atender a atenção básica e parte da média, de forma cooperativa e solidária entre os entes estaduais e municipais. Os instrumentos utilizados para estas pactuações são: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI).

A questão financeira é um problema urgente para o processo de descentralização do SUS. Atualmente, coexiste um duplo sistema de gestão financeira: a) um sistema de pré-pagamento per capita, no que tange a atenção básica e média, frequentemente redimensionada; b) a tradicional remuneração por produção ou serviço prestado, direcionado a serviço ambulatorial e hospitalar, que não passou por reforma (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007). Segundo Paim e Teixeira (2006), a preocupação com o financiamento do SUS tem sido frequente nas publicações acadêmicas e científicas mais recentes, tratando de assuntos como a Ementa Constitucional 29 e a expansão e desenvolvimento das redes de Atenção Básica no país.

O Pacto de Gestão reafirma a responsabilidade dos três níveis de governo quanto ao Financiamento do SUS, priorizando a transferência de recursos fundo a fundo, mantendo a relevância da alocação de recursos com objetivo de findar as iniquidades sociais. Também estão previstos blocos de recursos para financiamento, sendo a Gestão do SUS um destes. O bloco de recursos para a Gestão está destinado a ações para organização dos serviços, para o acesso da população e para aplicação dos recursos financeiros do SUS. Estão previstos ainda os sub-blocos: Regulação, controle, avaliação e auditoria; Planejamento e Orçamento; Programação; Regionalização; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho; Educação em Saúde; e Incentivo à Implementação de Políticas Específicas. Grande parte das ações da SGTES e da SGEP estão cobertas por estes sub-blocos de financiamento.

O Sistema de Planejamento do SUS, desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre os entes de governo, compreende as funções de planejamento, monitoramento e avaliação. Tem como principal objetivo criar uma cultura de planejamento das ações e organização dos serviços de saúde, fortalecendo o SUS como uma política de estado.

A Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial prevê uma integração maior entre entes estadual e municipal no uso compartilhado dos recursos, incluídos contratos com prestadores de serviços públicos e privados.

Quanto aos princípios de Participação e Controle Social, o Pacto de Gestão prevê o apoio: aos espaços de participação e mobilização social; a formação de conselheiros; a participação cidadã na avaliação dos serviços de saúde; a implementação de ouvidorias do SUS; e amplo apoio aos movimentos de mobilização social em defesa do SUS.

A Gestão do Trabalho e a Educação na Saúde, apesar de encontrarem especificidades de cada campo para a formulação das prioridades, funcionam de maneira complementar, buscando avançar em políticas que borram as fronteiras entre trabalho e ensino, utilizando-se dos mesmos princípios e diretrizes do SUS, para apoiar tanto a atenção, como a formação em saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O marco teórico da presente pesquisa apoia-se no chamado *giro linguístico*, movimento característico da Filosofia da Linguagem (IBÁÑEZ, 2004). A primazia da Filosofia da Consciência concentrava o conhecimento na composição dicotômica entre mente e mundo, preservando destaque as ideias. René Descartes (1596-1650) foi quem melhor contribuiu para essa corrente filosófica que cria uma separação entre *res cogitans* e *res extensa*, entre interior e exterior, entre mente e corpo. Para Descartes importa utilizar métodos que permitam investigar “minuciosamente as ideias que habitam os espaços interiores da subjetividade” (IBÁÑEZ, 2004, p. 23), por excelência a razão instrumental. Na Psicologia, por exemplo, esse tipo de estudo preocupa-se em investigar as adequações e inadequações na dicotomia *apriorística* entre sujeito e realidade ou entre razão e desrazão. Em outras palavras, apoia-se na premissa que o (des)equilíbrio do sujeito (dentro) no mundo (fora) pode ser verificado a partir da investigação de seu plano pensante, de suas ideias.

Esta relação ideia-mundo – dotada de interioridade, profundidade e de cunho privada – como reveladora da realidade, começou a ser criticada e substituída pela relação linguagem-mundo: “em um determinado momento, deixa-se de considerar que são as nossas *idéias* que se relacionam com o mundo, e passa-se a afirmar que são nossas palavras que se correspondem com os objetos do mundo” (sic) (IBÁÑEZ, 2004, p. 27, grifo do autor).

Os estudos sobre a linguística ganham maior consistência após a criação de duas rupturas com a Filosofia da Consciência. A primeira ruptura, “liderada por Ferdinand de Saussure (1857-1913), instituiu, na verdade, a linguística moderna, dotando-a de um programa de alguns conceitos e de metodologia que viabilizavam o estudo rigoroso da língua considerada *por si mesma e em si mesma*” (IBÁÑEZ, 2004, p. 21, grifo do autor).

A segunda ruptura traz a frente Gottlob Frege (1849-1925) e Bertrand Russell (1872-1970) deslocando a atenção da filosofia, até o momento dirigido às entidades mentais, “para o mundo passível de ser objetivado e público das produções discursivas” (IBÁÑEZ, 2004, p. 21), denominada Filosofia Analítica, sendo também a principal responsável pela expansão dos estudos de linguística em ciências sociais e humanas.

Em seu início, essa inversão da compreensão ideia-mundo para linguagem-mundo, recebeu incentivos de Ludwig Wittgenstein (1889-1951) e do Círculo de Viena. Na época, havia preocupações em abandonar as especulações metafísicas, em contraposição ao crescente movimento do modelo de orientação científica. Isso influenciou os esforços da filosofia em se afastar de questões envolvendo a linguagem não formalizada ou cotidiana. Pois, exigia-se

uma rigorosidade científica ao estudo da linguagem. Foi então que o Círculo de Viena definiu o reconhecimento de apenas dois tipos de enunciados, em detrimento dos demais: enunciados lógico-matemáticos ou analíticos; e enunciados empíricos ou sintéticos. Suas características somadas são da formulação correta da linguagem, sem ambiguidades ou omissões, estando de acordo com a realidade e baseados no “método científico” (IBÁÑEZ, 2004, p. 29).

Conforme aumentavam o número de pesquisas com a linguagem, também diminuía a crença na superação da metafísica e na possibilidade de existir uma linguagem universal ou *ideal*. O empirismo lógico começa a se deparar com as dificuldades e limites de seus conceitos, assim como sofre as críticas de Karl Popper (1902-1992) aos *dogmas do empirismo* e, não bastando, Wittgenstein produz uma dura autocrítica sobre o seu próprio material desenvolvido nessa perspectiva conceitual. O que ficou “dessa grande aventura intelectual, foi o estímulo dado à ênfase sobre a importância da linguagem” (IBÁÑEZ, 2004, p. 31).

Entretanto, um segundo momento da Filosofia Analítica ocorreu durante a década de 1950, na Inglaterra. Sua preocupação agora estava centrada na linguagem comum, cotidiana. Os filósofos de Oxford, que eram contrários a corrente logicista e opunham-se a tradição cartesiana – tendo trilhado o percurso da *filosofia da consciência* para a *filosofia da linguagem* –, viam na linguagem “a própria condição de nosso pensamento [...]. Nosso conhecimento do mundo não se radica nas ideias que dele fazemos; ele se abriga, sim, nos enunciados que a linguagem nos permite construir para representar o mundo” (IBÁÑEZ, 2004, p. 33). Estes movimentos conduziram a compreensão da linguagem como instrumento ativo no mundo, produtor e criador do real, rica pela sua variabilidade e dependente das relações e do contexto em que é produzida.

Influenciados pelos debates oriundos do *giro linguístico*, os pesquisadores começam a considerar o discurso como o próprio objeto de análise. Será entre as décadas de 1960 e 1980 que a prática de análise do discurso irá ganhar maior consistência. Durante esses primeiros anos a análise do discurso sofreu influências na França das teorias estruturalista, marxista e da psicanálise. Já no meio acadêmico anglo-saxão consolidou-se com o início da etnografia da comunicação. Na década de 1970 as concepções pragmáticas e interacionistas colocam-se mais presentes e defendendo o argumento que *a palavra é uma forma de ação*, definindo a dimensão interativa da comunicação verbal. Nos anos 1980 proliferaram os trabalhos que se autodenominavam propriamente *análise do discurso*, ao tempo que este método deixou de exercer uma influência, que se notava, mais restrita a linguística, tendo se inserido em várias disciplinas (IÑIGUEZ, 2004, p. 109-110).

Apesar das rupturas que oportunizaram o desenvolvimento de trabalhos de análise do discurso, não deixemos de considerar o debate atual sobre a ciência, marcado por uma série de desmistificações.

A desmistificação da ciência implica dois movimentos paralelos: o questionamento das bases do conhecimento no plano da epistemologia – que remete à questão da ciência reflexiva – e o questionamento dos produtos da ciência – que remete à questão dos riscos (BECK apud SPINK, M., 2004, p. 14).

Dessa forma, a ciência, como tradição, também terá de enfrentar rupturas que interrogam sobre sua estrutura e suas bases. Ela sofre críticas tanto junto aos pares na própria academia, como advindas dos diversos âmbitos sociais. A ciência é, assim, questionada sobre seu estatuto de verdade. Esses são também efeitos de uma sociedade preocupada com o governo das populações, o controle dos riscos ou a distribuição e minimização dos males, onde se questiona: “o que fazer com os riscos que nós mesmos produzimos com o desenvolvimento da ciência e da tecnologia?” (SPINK, M., 2004, p. 13). Característica de uma dinâmica contemporânea da sociedade que permite a constante revisão dos conceitos e a própria substituição desses por novos conceitos, chamado por Beck (apud SPINK, M., 2004) de um exercício de *reflexividade*. Na ciência observamos isso a partir de em um duplo movimento que ela tem engendrado: um olhar *interno* à própria ciência, fraturando sua hegemonia, e outro dirigido *de fora* da ciência, a partir da crítica aos seus produtos.

Semelhante a este exercício, o construcionismo parte seu trabalho de um estranhamento daquilo que é familiar e socialmente instituído, daquilo que se tornou essencializado, por meio de uma desnaturalização sucessiva e de uma crítica ao *status quo* (SPINK, P., 2003, p. 20; SPINK, M., 2004, p. 25).

Nesse sentido, o construcionismo social nos ajuda na discussão sobre o modo como entendemos a produção de conhecimento. A proposta construcionista rejeita a afirmação que a ciência deveria apreender a verdade sobre a natureza e suas leis de organização. Apoiados na Filosofia da Linguagem argumentam que o conhecimento não é constituído a partir da apreensão do mundo, mas é resultado de nossas relações sociais: “conhecimento é algo que as pessoas fazem juntas [...] por meio de nossas práticas sociais” (SPINK, M., 2004, p. 20).

Com efeito, a dicotomia sujeito-objeto é desconstruída permitindo abandonar posturas empiristas que se baseiam na crença que o objeto é dotado de uma verdade passível de ser apreendida e, mesmo, o abandono de posturas idealistas que afirmam ser essa apreensão realizada a partir da mente ou dos pensamentos, podendo seus produtos assumir caráter

universal. O argumento de que o conhecimento é um produto social, possibilita afirmar que o próprio conhecimento sobre o sujeito e o objeto são produtos e construções sociais.

Em contraste, na perspectiva construcionista tanto objeto como o sujeito são construções sócio-históricas: o modo como acessamos a realidade institui os objetos que constituem a realidade. Dito de outra forma, a realidade não existe independente do nosso modo de acessá-la (SPINK, M., 1999, p.76).

Uma segunda desconstrução diz respeito à retórica da verdade. A crítica é dirigida a legitimação do conhecimento associada ao método científico, baseado no pressuposto de uma verdade transcendental. Ibáñez (1994 apud SPINK, M., 2004, p. 24) defende que para o Construcionismo “a verdade é a verdade de nossas concepções, de nossas instituições, de nossas relações, de nossos acordos sociais”.

Encontramos no construcionismo a ênfase do trabalho sobre as produções linguísticas e o caráter relativista da produção do conhecimento, pois fixa atenção nos modos de construção da(s) realidade(s), no contexto em que a produziu e nos efeitos que ela provoca (SPINK, M., 2004, p. 27-28).

3.1 A Construção de um Campo-Tema

Quanto ao conceito de campo em pesquisa, Spink, P. (2003) comenta que podemos encontrar três momentos teóricos. O Primeiro faz referência ao momento histórico em que os pesquisadores saíram dos laboratórios para realizar suas observações no “habitat natural” dos sujeitos pesquisados, sendo o campo esse local de pesquisa, considerada pesquisa *in loco*. Em outra fase, acompanhando as ideias de Kurt Lewin, campo é associado à dimensão de fatos psicológicos; advindo a realidade subjetiva como mais um componente dinâmico do campo. Uma fase contemporânea trouxe a preocupação da relação do campo com a intersubjetividade, ocasionando novamente a desnaturalização da ideia de campo, como uma noção objetiva e espacial. Neste sentido, campo trata-se de um assunto ou de um tema.

O pesquisador está em campo a partir do momento que escolhe o tema que irá desenvolver. Assim, o campo é definido como um processo de construção, que se desenvolve na aproximação de quem pesquisa com o tema que lhe interessa. Por isso a sugestão do conceito de *campo-tema* (SPINK, P., 2003), entendido com um processo contínuo e multitemático. O campo: produto suscetível às mudanças do tema, às variações do assunto, em outras palavras dizemos que “é o assunto que tem um campo” (Id., p. 22). O campo-tema

exige constante *reflexão* sobre a produção engendrada a cada acontecimento no cotidiano do pesquisador. “Pensar o lugar é também pensar de onde partimos” (DIEHL; MARASCHIN; TITTONI, 2006, p. 413) é dizer sobre nossos movimentos, nossas escolhas e nossas alianças.

A decisão de construir a presente pesquisa com o campo-tema da gestão em saúde, inicia com a própria vivência do autor, tendo ele passado antes pela prática em saúde, pelos conflitos de assumir uma função de gestor e finalmente na curiosidade de entender como a Psicologia, atualmente, lida com os atravessamentos da gestão. Isso porque, tendo ele a formação de base em Psicologia e com um forte envolvimento com a política de saúde desde o momento da graduação, o autor não teve dúvidas no momento de escolher ser um trabalhador na rede de serviços vinculados às políticas públicas. Nesse período, por entender do plano político, ser um profissional da área de relações humanas e estar cheio de ideias e de “boas intenções” para melhoria dos serviços de atenção aos usuários, quando convidado a uma função de coordenação, aceitou sem hesitar. De imediato, sua atitude foi construir laços com seus colegas, para que as deliberações gozassem do máximo de participação e corresponsabilidade. Mas, essa imaginação fértil, e quase mágica, logo se encontrou com uma gama de problemas e dificuldades para conduzir o trabalho de gestão que, estes sim, pareciam ser dotados de criatividade veloz e infinita. Foram esses conflitos que geraram um olhar e maior curiosidade sobre como a Psicologia tem tratado essa temática em sua formação e como seus profissionais lidam com a gestão em saúde nas suas práticas cotidianas. Assim, a construção do campo-tema desta pesquisa está aliada às vivências que o pesquisador experimentou no seu cotidiano de trabalho, como profissional da rede de serviços das políticas públicas de saúde e de assistência social.

3.2 Aproximação com a Literatura Científica

Definido o assunto de interesse, partimos para uma aproximação com a possível produção científica sobre o tema. Para isso escolhemos o indexador Biblioteca Virtual em Saúde da Psicologia (BVS-PSI). A escolha dos descritores utilizados para essa aproximação foi realizada buscando acompanhar os temas de maior interesse e curiosidade dos pesquisadores. A seguir, consultamos o indexador de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) para verificar se estes descritores estavam indexados. Com esta confirmação, fizemos uma busca a partir de quatro descritores: “Gestão em Saúde”; “Prática Profissional”; “Formação”; e “Psicologia”.

Nas buscas individuais com estes descritores, selecionamos as publicações indexadas compreendidas no período de 1970 até 2010. Foi encontrado um número grande de trabalhos para todos os descritores, que somados geraram 368.907 títulos. O descritor “Gestão em Saúde” teve o menor percentual (2,9%) entre os descritores pesquisados. Os demais descritores tiveram percentual acentuado (“Formação”, 49,8%; “Psicologia”, 28,6%; e “Prática Profissional”, 18,7%) em relação aquele.

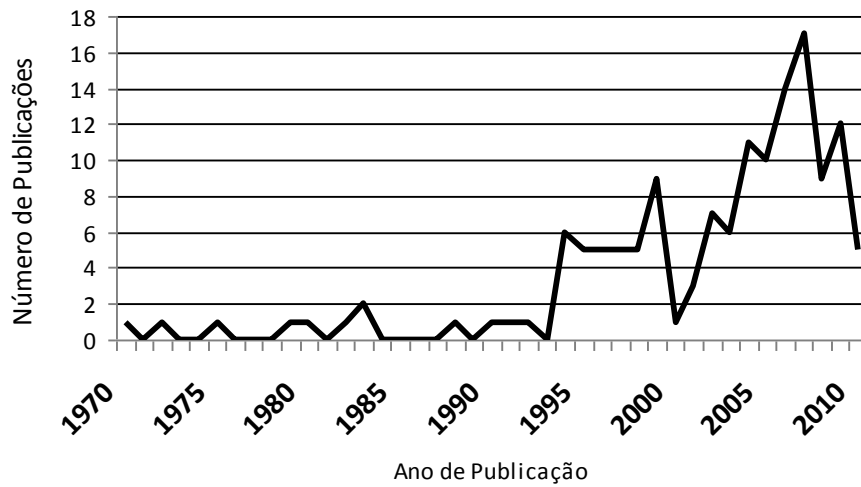
Tabela 1: Publicações Científicas, Descritor, Quantitativo, Percentual, BVS-PSI, 1970-2010.

Descritor	BVS-PSI	
	N	%
Formação	183.748	49,8
Psicologia	105.410	28,6
Prática Profissional	68.901	18,7
Gestão em Saúde	10.848	2,9
Total	368.907	100

Fonte: BVS-PSI (2011)

Com o interesse de observar as possíveis relações entre Gestão em Saúde e Psicologia, fizemos uma busca cruzando esses dois descritores. Até a metade da década de 1990 o quantitativo de publicações é quase inexpressivo. A partir desse período, há acentuado crescimento de títulos que se mantém até o período atual. Sugere ainda que uma interlocução entre Gestão em Saúde e Psicologia é fenômeno recente, com expressividade maior nos últimos 15 anos. Isso pode confirmar as afirmações de alguns autores de que a discussão sobre o tema da gestão em saúde é recente no Brasil, tanto para o setor público de saúde, como para a Psicologia (AZEVEDO, 2005; GOULART; FREITAS, 2008).

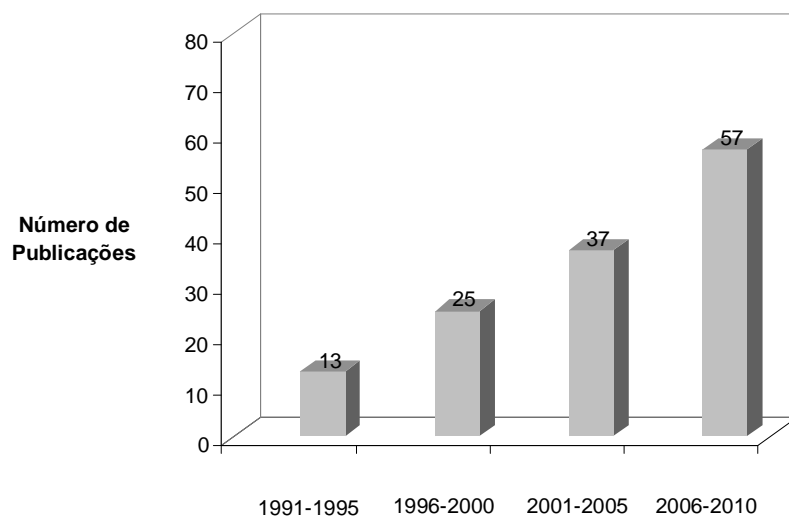
Gráfico 1: Publicações, Ano, “Gestão em Saúde” e “Psicologia”, BVS-PSI, 1970-2010.



Fonte: BVS-PSI (2011)

Para acompanhar esse recente crescimento, fizemos um recorte dos últimos 20 anos, mantendo o cruzamento entre os descritores “Gestão em Saúde” e “Psicologia”. Deste modo, observamos uma curva ascendente no número de publicações, partindo de 13 títulos nos primeiros 5 anos, para 57 no último período.

Gráfico 2: Publicações, Ano, ‘Gestão em Saúde’ e ‘Psicologia’, BVS-PSI, 1991-2010.



Fonte: BVS-PSI (2011)

Apesar dos limites de tal levantamento, não podemos deixar de considerar a relevância desta produção bibliográfica na condução das práticas de formação profissional como na própria formulação de políticas públicas. Pois como vimos, as políticas de gestão para o SUS foram formalizadas em 2003 – o caso da PNH, SGEP, SGTES – e em 2006 o Pacto de Saúde, anos compreendidos dentro do mesmo período de crescimento ascendente das publicações científicas.

3.3 Aproximações com o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), inscrito na política do Ministério da Saúde (MS) de readequação da formação em saúde do Brasil, vinculado à SGTES, é

destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS). [...] O PET Saúde tem como pressuposto a educação pelo trabalho, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, dirigidos aos estudantes dos cursos de graduação e de pós-graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS, tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino (BRASIL, 2010a, p. 52).

Dentre os objetivos do Programa, destacamos: contribuir com a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação na área de saúde; buscar a adequação da formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e políticas de saúde nacionais; sensibilizar e preparar os estudantes e profissionais para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população; fomentar a articulação ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2010a).

Para realização de suas ações, os Ministérios da Saúde e o Ministério da Educação lançam editais temáticos abertos para inscrição de projetos. Todo projeto submetido nestes editais deve ser proposto e assinado conjuntamente pelos representantes da Instituição de Ensino Superior (IES) envolvida e pelos gestores municipais ou estaduais de saúde. Podem participar desses projetos: estudantes matriculados nas IES; profissionais pertencentes aos serviços de saúde que fazem o trabalho de orientação dos estudantes, chamados de preceptores; e professores de IES públicas ou privadas sem fins lucrativos, que devem

orientar as vivências em serviço e produzir ou orientar a produção de conhecimento relevante na área da saúde, chamados de tutores (BRASIL, 2010a).

Conforme informações disponibilizadas pelo Departamento de Gestão da Educação de Saúde (DEGES), da SGTES e do MS, o Edital nº18/2009, aberto para propostas ao PET-Saúde/Saúde da Família, permitiu selecionar 111 projetos nacionais, que propunham a geração de 484 grupos. Estes projetos estiveram vigentes no período 2010-2011, 24% deles estavam localizados na região Nordeste do país e 76% das IES vinculadas eram públicas. Os projetos mantinham uma proporção de 1 tutor, para 6 preceptores e 30 estudantes – destes, 12 estudantes receberam bolsa-auxílio. Somados foram 9.196 participantes bolsistas e 8.712 estudantes não bolsistas em todo o país. Nesse período, 39 cursos de Psicologia fizeram parte destes projetos (PET-SAÚDE, 2011).

3.3.1 Territórios de Experiências do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

Na Universidade Federal de Alagoas (UFAL), houve a primeira experiência do PET-Saúde em 2009, com 12 grupos tutoriais, sendo 8 vinculados ao campus UFAL/Maceió. Na época, “o objetivo geral do projeto PET-Saúde 2009 foi potencializar o desenvolvimento dos Projetos Políticos Pedagógicos dos Cursos (PPC’s) da área de saúde da UFAL, na perspectiva da formação profissional voltada para fortalecimento da Atenção Básica, através da inserção planejada de estudantes na Estratégia Saúde da Família” (UFAL, 2010, p.2).

Como avanços oportunizados por este Programa foram apontados: a criação de espaços de debates e experiências envolvendo academia, serviço e comunidade, para o aprendizado do trabalho coletivo, estabelecendo parcerias e compartilhando saberes; a formação de profissionais comprometidos socialmente, críticos e com competência para trabalhar em equipe; e a formação de um grupo gestor com o objetivo de organizar o fluxo de atividades a ser desenvolvidas pelos diversos cursos envolvidos (UFAL, 2010). Nesta primeira experiência estiveram presentes os cursos de Enfermagem, Farmácia, Medicina, Odontologia e Psicologia.

Com o PET-Saúde II/Saúde da Família (SF), no período 2010-2011, além de manterem-se estes cinco cursos, foram incluídos os de Nutrição e Serviço Social e, conseqüentemente, houve a ampliação do número de participantes. O objetivo geral foi garantir a continuidade da articulação ensino-serviço já firmada, com foco em três eixos de trabalho: a mortalidade infantil, o controle social, por meio da participação popular e a humanização da atenção à saúde, contribuindo para uma formação generalista, crítica e humanista, através de estratégias

interdisciplinares (UFAL, 2010). As parcerias que foram firmadas articulavam a UFAL – sete cursos da área de saúde e Pró-Reitoria de Graduação –, a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e as Unidades Básicas de Saúde do 6º e 7º Distritos. Novidade nesta edição foram os grupos mistos de trabalho, compostos por estudantes de graduação de diversos cursos da saúde, orientados em serviço por um preceptor da área de saúde, mas que não necessariamente tinha a mesma formação de base que o aluno estava cursando. Essa era uma iniciativa que buscava construir a formação e práticas com base na interdisciplinaridade. Esperava-se com isso, que os próprios cursos da área de saúde se sensibilizassem para efetivar mudanças em seus currículos acadêmicos, ainda fechados em seus próprios saberes.

Para esta edição do PET-Saúde II/SF, também foram planejadas atividades de extensão, a serem desenvolvidas junto aos serviços, profissionais de saúde, comunidades e outras instituições públicas e civis. Dentre elas houveram as propostas de: ações de educação permanente direcionadas aos profissionais de saúde; ações comunitárias de educação em saúde a partir de oficinas, fóruns e grupos de trabalho; promoção de espaços coletivos com alunos, profissionais e comunidade para discussão de temas relevantes ao projeto; e a realização de oficinas de planejamento local em saúde, com ampla participação e mediada pelos integrantes do projeto (UFAL, 2010). Apesar de previstas diversas estratégias de ação interdisciplinares nos serviços, as propostas de atividades curriculares foi bastante singela nesse sentido, ocorrendo que estas praticamente foram apresentadas por curso. Assim, não se esperou que grandes mudanças estruturais ou diálogos interdisciplinares fossem provocados no espaço acadêmico.

Outra ação do projeto foi a criação do Núcleo de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica, com o intuito de uma articulação interdisciplinar entre ensino, pesquisa e extensão. Conforme relatório do Programa, a maior conquista deste Núcleo foi a construção de um processo participativo para o planejamento e execução de suas ações (UFAL, 2011). No decorrer da execução do Programa, os participantes avaliaram a necessidade de um quarto eixo de trabalho: de pesquisa. Isso conferiu mais visibilidade ao Programa nos encontros Acadêmico-Científicos, parcerias interdisciplinares na construção de pesquisas, realização de encontros e mostras de experiências do PET-Saúde, dentre outras ações que articulavam conhecimentos entre estudantes, professores, profissionais e comunidades. O PET-Saúde II/SF finalizou suas atividades no segundo semestre de 2012, deixando passagem a um novo programa para 2013: o PET-Saúde III, mas com novas modificações.

3.4 Os Integrantes Envolvidos nos Diálogos do Campo-tema da Pesquisa

Para a presente pesquisa, optamos por trabalhar com os integrantes do PET-Saúde II/SF – UFAL/Campus Maceió. Entendemos que os princípios que norteiam o Programa produzem efeitos em estudantes e profissionais de Psicologia, na formação e nas práticas profissionais no SUS, o que favoreceu a escolha deste Programa para trabalharmos com a temática de gestão em saúde. O grupo de Psicologia realizava encontros quinzenais, às sextas-feiras, no período da tarde. Os encontros agregavam estudantes de Psicologia, preceptores e tutores Psicólogos, com a finalidade de discutir as experiências que estavam vivenciando no PET-Saúde II/SF. As temáticas trabalhadas variavam, podendo ser administrativas, teórico-conceituais, sobre problemáticas ou fragilidades oriundas da prática, dentre outras. O espaço misto permitia a participação de todos os presentes, assim como as deliberações eram tomadas por consenso.

Aproximamo-nos deste grupo, passando a frequentar os encontros quinzenais. Negociamos nossa participação com a coordenação do Projeto. Em nossa primeira participação no grupo, maio de 2011, apresentamo-nos e negociamos a produção da pesquisa. Participamos de mais alguns encontros e quando tivemos uma primeira proposta de tema, objetivo e método do projeto de pesquisa, levamos ao grupo para discussão. Foi esse, um momento importante para qualificação do projeto de pesquisa. Posteriormente, seguimos participando de outros encontros.

O PET-Saúde II/SF já havia finalizado suas atividades quando convidamos os integrantes a participar da pesquisa. O convite foi realizado inicialmente por correio eletrônico a todos os participantes do PET-Saúde II/SF, informando a temática, os objetivos e o método do trabalho, além da data e local que seriam realizadas as Rodas de Conversas. Próximo à data dos encontros, realizamos contato telefônico a todos os participantes para reafirmar o convite e prestar as informações que desejassem. Quanto aos professores, não restringimos aos tutores do Programa. Estendemos o convite a todo corpo docente da graduação que trabalhavam com os campos da saúde e de gestão. Isso, por entendermos que a política do MS sobre o PET-Saúde é clara quanto à institucionalidade do Programa, ou seja, um programa do Curso de Psicologia.

Entre os integrantes do PET-Saúde II/SF, participaram das Rodas de Conversas: 5 *Preceptores* da rede de Atenção Básica de Saúde de Maceió, 9 *Estudantes* e 2 *Professores* do curso de Psicologia da UFAL. Também compuseram as Rodas de Conversas dois *Pesquisadores Auxiliares* e o autor da pesquisa.

Tabela 2: Participantes, Rodas de Conversas.

Participantes das Rodas de Conversas	Quantidade
Estudantes – de Graduação do Curso de Psicologia	9
Preceptores – Psicólogos da Rede de Atenção Básica	5
Docentes de Graduação do Curso de Psicologia	2
Pesquisadores Auxiliares nas RC	2
Coordenação das RC – autor da pesquisa	1
Total de Participantes Envolvidos nas Rodas de Conversas	19

Fonte: Elaborada pelo autor

3.5 Procedimentos

Para operacionalização da pesquisa, foram organizadas Rodas de Conversas (RC) para as quais foram convidados a participar os integrantes do PET-Saúde II/SF. As RC são dispositivos para a abertura à conversa e à interação social, como princípio de permitir a grupos e coletivos produzir novos sentidos sobre suas práticas, teorias e crenças. (BERNARDES; SANTOS; SILVA, 2013). Elas estão dispostas ao exercício crítico de interpretação do mundo e para o protagonismo na construção de outras realidades.

Os convites para participar das RC foram operados em três momentos. Assim, distribuímos os integrantes em três encontros, que ocorreram na seguinte sequência:

- a) Roda de Conversas com os Estudantes (RCEstudantes);
- b) Roda de Conversas com os Preceptores (RCPreceptores);
- c) Roda de Conversas com os Docentes (RCDocentes).

Nas RCEstudantes e RCPreceptores estiveram presentes 2 pesquisadores auxiliares. As RC iniciavam com uma apresentação da pesquisa – informando sobre o tema, objetivos e método de trabalho – e a seguir era feita a distribuição e leitura conjunta do Roteiro de Conversa. Os diálogos foram estruturantes das RC. A coordenação ficou por responsabilidade do autor da pesquisa. Em média, as RC tiveram a duração de 1 hora e 10 minutos. As

conversas foram gravadas com o consentimento dos participantes e, posteriormente, esse material foi transcrito. As gravações foram destruídas.⁶

Tabela 3: Rodas de Conversas, Participantes, Auxiliares, Coordenador, Duração.

Duração	Rodas de Conversas	Participantes	Auxiliares	Coordenador
01'10''	Estudantes	9	2	1
01'19''	Preceptores	5	2	1
01'01''	Docentes	2	0	1

Fonte: Elaborada pelo autor

3.5.1 Roteiro das Rodas de Conversas

Para facilitar os diálogos produzimos um Roteiro para as Rodas de Conversas (ver apêndice C). A princípio foram organizadas três questões que se construídas com base nos objetivos geral e específicos propostos no Projeto desta Pesquisa. Partimos para o primeiro encontro, a RCEstudantes, com três questões no Roteiro:

- Gestão em Saúde é importante para a Psicologia?
- O PET-Saúde/Saúde da família/UFAL traz/trouxe quais questões sobre Gestão em Saúde?
- Estas questões reverberaram no curso ou na formação em Psicologia? De que forma?

No entanto, logo após a apresentação do Roteiro na RCEstudantes os participantes colocaram uma questão: perguntaram qual era a concepção de Gestão em Saúde que os autores da pesquisa estavam trabalhando? Nesse momento propomos construir em grupo uma concepção, sobre qual seguiríamos trabalhando no encontro. Isso produziu efeitos na discussão entre os participantes, trazendo diversas concepções, algumas complementares e

⁶ No projeto desta pesquisa estava incluída outra RC que seria preparada após a análise do Repertório Linguístico. No entanto, a realização desta foi prejudicada por alguns contratemplos. Salientamos que no período de realização desta pesquisa, o Comitê de Ética da UFAL esteve fechado por aproximadamente 6 meses, atrasando sua aprovação. Também a UFAL esteve em greve geral por mais de 3 meses, o que distanciou estudantes e docentes do campus e até mesmo da capital, pois alguns mantêm residência no interior do estado. Para esta quarta RC seria realizado novo convite para todos que haviam participado dos três primeiros encontros. Seria apresentado Repertório Linguístico encontrado e as análises realizadas. A todos, seria oferecida a oportunidade de discutir, analisar e, mesmo, contestar as análises produzidas. Para efeitos de pesquisa, esta quarta RC tinha por objetivo horizontalizar as relações entre todos os envolvidos nesse trabalho – participantes, auxiliares e autor – no processo de interpretação dos Repertórios.

outras contraditórias. A partir disso, incluímos uma nova questão ao Roteiro que foi apresentado nos demais encontros:

- Quais são suas concepções sobre gestão em saúde?

Por fim, conforme avançávamos com o campo-tema e melhor delineávamos o projeto, os objetivos geral e específicos acabavam sofrendo modificações. Após a transcrição das RC, percebemos que a discussão sobre as concepções de Gestão em Saúde foi intensa em todos os encontros, recebendo destaque especial e gerando grande interesse nos participantes. Para efeitos de análise, isso foi tomado em consideração, tendo sido concentrada a discussão e análise dos repertórios linguísticos sobre essas concepções.

3.5.2 Os Mapas Dialógicos

Segundo Spink, M. (1999), a objetividade e o rigor nas pesquisas deveriam atentar para três princípios: indexicalidade, inconclusividade e reflexividade. O primeiro é redefinido em contraposição aos critérios de validade restritos a estudos que fazem uso de medidas e de fidedignidade limitado a estudos que permitem sua replicabilidade; por sua vez, critérios entendidos como meios de acesso à realidade. Ao contrário, a *indexicalidade* trata da especificidade, da situacionalidade, da vinculação do contexto com a pesquisa ou com o tema. O sentido não é imune ao contexto, como não é produzido fora deste. Cabe ao pesquisador visibilizar e explorar as possibilidades do contexto, podendo promover a combinação de contrastes e complementaridades encontrados nos fenômenos em estudo.

A *inconclusividade* refere-se à processualidade dos fenômenos sociais, à possibilidade constante de mudança das suas características e interpretações, a sua complexidade constitucional e o reconhecimento da impossibilidade de controle das variáveis intervenientes na sua totalidade. E, rejeitado a ingenuidade de uma posição dita neutra do pesquisador, o princípio de *reflexividade* refere-se ao processo intersubjetivo que o pesquisador vivenciou para consolidar sua interpretação e os efeitos da presença do pesquisador para consolidação destes resultados.

Entendendo que as pesquisas acadêmicas são localizadas, inconclusivas e resultado de processos intersubjetivos, os conceitos de objetividade e rigorosidade científica adquirem novo sentido: “o rigor passa a ser concebido como a *possibilidade de explicar os passos da análise e da interpretação de modo a propiciar o diálogo*” (SPINK, M., 1999, p. 102, grifo da

autora). Ou seja, é dando *visibilidade* aos procedimentos da pesquisa, que se permite explicitar os processos dialógicos que o pesquisador vivenciou no seu percurso e o modo de construção da interpretação (da leitura) que este faz desta dialogia.

A ferramenta que utilizamos foram os mapas dialógicos (MD). Eles são instrumentos criados com o objetivo e o fim de garantir a visibilidade aos processos de interpretação realizado pelo(s) autor(es), permitindo a todo leitor o acompanhamento sistemático e crítico do produto do trabalho de pesquisa (SPINK, M.; LIMA, 1999; SPINK, M., 2004).

O primeiro passo que tomamos foi a realização das transcrições das RC. A seguir, produzimos categorias *a priori*, de acordo com os objetivos do projeto, definindo 4 categorias: “Concepções de Gestão em saúde”; “Importância ou valor reservado a gestão em saúde”; “Questões provocadas com a experiência do PET”; “Reverberações no curso ou na formação em Psicologia”. A partir daí, partimos para criação de um novo arquivo no editor de textos do computador, contendo um quadro que tinha como cabeçalho. Foi o primeiro Mapa Dialógico das RC:

- a) na primeira coluna ‘Quem’, utilizada com a identificação do participante que estava falando;
- b) a segunda coluna “Enunciados Diversos”, para frases, sentenças e expressões que não estiverem diretamente relacionados com as categorias de análise;
- c) nas quatro demais colunas foram distribuídas cada uma das categorias citadas.

Finalmente, passava-se novamente à leitura do material transcrito que era articulado em sua íntegra neste novo quadro.

Quadro 1: Mapa Dialógico, Fragmento, Categorias de Análise, RCPreceptores.

MAPA DIALÓGICO - PRECEPTORES					
Quem	Enunciados Diversos	Concepções de Gestão em Saúde	Importância ou Valor Reservado a Gestão em Saúde para Psicologia	Questões Provocadas pela Experiência do PET sobre Gestão em Saúde	Reverberações no Curso ou na Formação em Psicologia
P4	Olha...! (risos e comentários de aprovação quando P1 retorna a sala com água e café). Jóia!				
P5	Eu lembro daquela reunião (risos). Chegue água!				
P1	Eu to vendo que não era só eu que tava com sede (risos).				
P5	Não. Não quero não, obrigada!				
[...]					
P1		E eu concordo contigo. Eu acho que essa, essa... ideia de... gestão que a gente tem ainda hoje, ainda é arcaica, né? Eu sou a favor, por exemplo, da... que nem a escola, de elegerem os nossos dirigentes.			
P2		...é a escola, né?			
P1				Como a gente elege o prefeito, mas não elege os secretários, a gente também não elege o diretor da Unidade...	
Obs				A educação já funciona assim.	
P2				Tem, é...	
P1				Bom, tá começando. Não está funcionando, mas começou, começou agora, esse ano. Mas tem o Conselho Escolar pelo menos, que já é alguma coisa.	
[...]					

Fonte: RCPreceptores

Essa estrutura de cabeçalho com quatro categorias de análise foi utilizada para construção dos mapas dialógicos referentes às RC com os estudantes e com os preceptores. Estes dois MD possibilitaram uma primeira tentativa de construção dos repertórios linguísticos. Exercício que apontou a necessidade de organizarmos subcategorias. Isso originou um novo modelo de cabeçalho para os mapas, esse sim utilizado como ferramenta de trabalho com as transcrições das três RC. O modo como estas subcategorias originaram está descrito na próxima seção: Repertórios Linguísticos.

Quadro 2: Mapas Dialógicos, Modelo de Cabeçalho, Categorias, Subcategorias de Análise.

MAPAS DIALÓGICOS – MODELO											
Quem	Concepções de Gestão em Saúde					Importância ou Valor Reservado a Gestão em Saúde para Psicologia	Questões Provocadas pela Experiência do PET sobre Gestão em Saúde	Reverberações no Curso ou na Formação em Psicologia			
	Enunciados Diversos	Integralidade	Descentralização	Participação/Autonomia/Coresponsabilidade	Saúde do Trabalhador			Ensino	Pesquisa	Extensão/Prática	Política
[...]											

Fonte: Elaborado pelo autor

3.5.3 Repertórios Linguísticos

Buscamos apoiar a interpretação no material em princípios que colocam a realidade como produto de expressão e não como estado de verdade. Isso exige mudanças nos modos tradicionais de interpretar e de pesquisar a linguagem. Spink, M. (2004, p. 39) argumenta que o estudo das práticas discursivas orienta-se a compreender “as maneiras pelas quais as pessoas, por meio da linguagem, produzem sentidos e posicionam-se em relações sociais cotidianas” (SPINK, M., 2004, p. 40).

Preocupados em lidar com a produção fluída da linguagem, as práticas discursivas propõem alguns elementos como constitutivos desse trabalho: “a dinâmica (que são os enunciados, orientados por vozes), as formas ou *speech genres* (que, para Bakhtin [1994], são formas mais ou menos fixas de enunciados) e os conteúdos, os repertórios linguísticos” (sic) (SPINK, M., 2004, p. 41). O conceito de repertórios linguísticos que utilizamos é entendido como as formas ou estruturas cotidianas de associar conteúdos de determinado modo em um contexto e de modos diferentes em outros contextos. Essa potência na variabilidade de repertórios define uma produção de sentidos fluída e contextual. Pois os “repertórios são colocados em movimento nos processos de interanimação dialógica que [...] integram as

unidades básicas da linguagem e da comunicação” (BAKHTIN apud SPINK, M., 2004, p. 42).

As unidades básicas da linguagem são a sentença e a palavra. Entendemos que a sentença “é um pensamento relativamente completo: pode ser curta, pode ser um parágrafo, mas é um pensamento relativamente completo que se relaciona a outros pensamentos de um único locutor, em um mesmo enunciado” (SPINK, M., 2004, p. 42). No entanto, a palavra é composta por três dimensões, que no seu jogo será chamada de *Interanimação Dialógica*: “a *Palavra Neutra da linguagem*, ou seja, a palavra dicionarizada; a *Palavra do Outro* que é cheia dos ecos dos enunciados os outros (como os outros a utilizam) e a *Minha Palavra*, usada num plano de fala específico (ou seja, como eu a utilizo)” (BAKHTIN apud SPINK, M., 2004, p. 42, grifo da autora).

O enunciado é a unidade básica da comunicação. Ele supõe um interlocutor e seu contexto. Como escreve Spink, M. (2004, p.42):

O enunciado vai da pergunta de alguém até a finalização da fala de outra pessoa. É um elo na cadeia de comunicação. Daí a importância de não descontextualizar trechos das trocas discursivas em nossas análises, pois, ao tirarmos uma sentença do enunciado que lhe dá suporte, lhe roubamos o sentido. A sentença só adquire um sentido completo no contexto do enunciado. Portanto, para entender o processo de interanimação dialógica, é preciso incorporar na análise os vários elos dessa cadeia de comunicação: levar em consideração não só o que a pessoa falou, mas o que precedeu essa fala – a pergunta do entrevistador, por exemplo. Essas trocas também constituem o contexto de produção de sentidos. Só entendemos o sentido na medida que incorporamos na análise o contexto mais amplo de perguntas, respostas e intervenções.

O enunciado tem também suas características: as fronteiras, o endereçamento e os gêneros discursivos ou *speech genres*. As fronteiras do enunciado são entendidas como o potencial de resposta de uma frase, de uma sentença ou de diversas sentenças ou, ainda, de um gesto. O limiar de um enunciado é definido quando este perde seu poder de evocar reações de resposta. Conseqüentemente, neste momento, qualquer interlocutor pode materializar um novo enunciado.

A característica do endereçamento apresenta o fator do encadeamento dos enunciados. O enunciado é dialógico – um enunciado responde ao enunciado anterior – e seus encadeamentos são chamados de *Interanimação Dialógica*. A noção de gêneros discursivos é utilizada para referirmos formas relativamente habituais ou invariáveis da fala que facilitam a

comunicação. Então, são modos de enunciados, mais ou menos estáveis, utilizados em contextos específicos.

Os repertórios linguísticos são colocados em movimento pelas unidades da linguagem (a sentença e a palavra) e da comunicação (o enunciado). “Os repertórios linguísticos são os termos, os conceitos, os lugares-comuns e figuras de linguagem que demarcam o rol de possibilidades de construções de sentidos” (SPINK, M., 2004, p. 46). Após a construção dos mapas dialógicos desta pesquisa, partimos para a construção dos repertórios linguísticos.

O primeiro repertório linguístico foi produzido para os mapas dialógicos das RC feitas com estudantes e preceptores. Nesse momento havia quatro categorias: “Concepções de Gestão em saúde”; “Importância ou Valor Reservado à Gestão em Saúde”; “Questões Provocadas com a Experiência do PET”; “Reverberações no Curso ou na Formação em Psicologia”. A partir de várias leituras sobre os mapas, produzimos os repertórios linguísticos para essas categorias. Mas logo percebemos que estas categorias estavam muito genéricas, o que dificultaria o momento posterior em que buscaríamos acompanhar os conjuntos de sentidos.

Quadro 3: Primeiro Repertório Linguístico, Fragmento, Categorias, RCEstudantes.

REPERTÓRIOS LINGUÍSTICOS – ESTUDANTES			
Concepções de Gestão em Saúde	Importância ou Valor Reservado a Gestão em Saúde para Psicologia	Questões Provocadas pela Experiência do PET sobre Gestão em Saúde	Reverberações no Curso ou na Formação em Psicologia
conceito múltiplo, amplo permite muitas interpretações processos micro processuais processos macro administrativos burocracia uma forma de cuidar gerir gerenciar conceito um pouco difícil parte burocrática cuidando do cuidador não sei conselho gestor estratégias de planejamento eu posso fazer pra efetivar minhas ações no campo como um todo antecipar, prever uma antecipação ou uma forma de dominar, de mudar ou de decidir cisão entre aquele que decide e aquele que faz artesanato relação entre o meu	significativo dentro da formação não estando neutra dispositivo potente trabalhos do cotidiano vivência, do contexto, enfim, universo do trabalho só tive contato com a questão da gestão depois que eu entrei no PET nós somos responsáveis importante pra tudo poder conversar sobre e pode pensar na gestão poder pensar na questão dialógica pode pensar conversar desafio do PET I foi esse da construção diálogo e comunicação experiência extra Conselho Gestor tomada de responsabilidade, necessidade de diálogo rico é uma diferença	neutralidade, uma imparcialidade dentro a realidade construindo a realidade construção de autonomia construção de uma co- gestão construir chega no PET de paraquedas descobre é possível desafio muda transformar a realidade atrelar essa questão do desejo com que realmente a comunidade tá precisando hierarquização do conhecimento caráter político lógica do sistema compromisso briga do conhecimento Conselho Gestor grupos mistos	como vai transformar o PET em uma experiência curricular, como institucionalizar o PET não é trazido pra graduação essa questão da gestão. O quanto não é discutido essa questão da gestão produção teórico-científica transformação da prática responsáveis concorrer formação: eu vou fazer o meu omissão grande opor combater gente mesmo não sabe como ser um potencial não instiga formas de agir que tá muito relacionado com nossa formação é preciso ensinar a voz do grupo é tão importante tem pouco
Continua...			

Fonte: Elaborado pelo autor

Avaliada essa dificuldade, optou-se por trabalhar com categorias e subcategorias. Assim, “Concepções de Gestão em saúde” passou a ter quatro subcategorias, propostas com base nos princípios e dispositivos da Política Nacional de Humanização: “Integralidade”; “Descentralização”; “Participação, autonomia e corresponsabilidade”; e “Saúde do Trabalhador”. Também a categoria “Reverberações no curso ou na formação em Psicologia” recebeu outras quatro subcategorias: “Ensino”; “Pesquisa”; “Extensão/Prática”; e “Política”. Desse modo os dois primeiros mapas dialógicos dos estudantes e dos preceptores foram refeitos e, a seguir, foi também construído o de docentes, todos obedecendo às novas categorias e subcategorias. Isso serviu de base para a produção de três quadros com os repertórios linguísticos de estudantes, preceptores e docentes.

Quadro 4: Repertório Linguístico, Docentes, Fragmento, Categorias, Subcategorias.

REPERTÓRIOS LINGUÍSTICOS – DOCENTES									
Concepções de Gestão em Saúde				Importância ou Valor Reservado a Gestão em Saúde para Psicologia	Questões Provocadas pela Experiência do PET sobre Gestão em Saúde	Reverberações no Curso ou na Formação em Psicologia			
Integralidade	Descentralização	Participação/Autonomia/Coresponsabilidade	Saúde do Trabalhador			Ensino	Pesquisa	Extensão/Prática	Política
ampliação	gerir	Educação	angústias	Importância	possibilidade de trabalhar multidisciplinarmente	compartilhar	observado	supervisão de estágio	Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação
complexidade	possibilidades	complexidade	falta daquele modelo que dê conta de tudo	termo muito amplo	interdisciplinaridade	discussão	trabalhando	disciplinas	PET
não existe um modelo	potencializar as ações	de baixo pra cima movimento	se acomodarem e ficar mais tranquilas	ainda não é trabalhada	inquietou	híbrido	pesquisas	prática	Disciplina
não se esgota	relação de poder	ficar botando gás	trabalhando no que realmente você trabalha	necessidade até de preparação maior	padronizações	diálogo	campo	psicologia	PRO-Saúde
dificuldade	ação da gestão	potencializar		nível de tensão grande	atribuição	democrática	TCC	PET	Política de Educação Permanente
particularidade		requer tempo		protocolo	controle dos atendimentos	conversa	resposta	campo de trabalho	políticas
diversidade	posições de gestão	reunião	planejamento	esclarecendo	se o profissional não está na frente dele atendendo, ele não está trabalhando	relações	estudantes	serviço de saúde	campo estático
ponte	Secretaria	discussão	senta todo mundo e planeja ações	mostrando a importância	atendimento fora da sala	poder	participar	estabelecimentos	modelos
quebra	controlar social	planejamento			conversa na rua	mobilizando	questões	interdisciplinaridade	fora
transversais	gestores	micro política			o que é que eu penso que é ser um Psicólogo?	encontro	Consultório na Rua	reunindo	Saúde só vai durar esse ano
potencializar ações	gestor	gerenciamento pessoal				Universidade	uso de drogas	sala	Sustentabilidade
modo como você vai é, resolvendo as questões	entram na gestão sem saber o que é gestão	discutir o próprio trabalho/Discutir o trabalho/ dialogar sobre o trabalho				PET	Humanização	ações	
	gestão formal	diálogo				Psicologia	UBS	clínica	
	que tá lá em cima	coletivamente				Ministério	faculdade	grupos	
[...]									

Fonte: Elaborado pelo autor

O repertório linguístico produzido a partir dos mapas dialógicos das três RC foi extenso. Para atender aos objetivos desta pesquisa restringimos a análise ao repertório linguístico referente à categoria “Concepções de Gestão em Saúde” com suas quatro subcategorias (ver apêndice A). A análise das demais categorias implica em novos projetos. Para a compreensão do contexto de produção dos repertórios linguísticos, durante a pesquisa, recorremos frequentemente às transcrições das RC. Para construção dos argumentos sobre a produção de sentidos utilizamos a íntegra de alguns trechos de falas dos participantes.

3.5.4 Produção de Sentidos

Como diz Fuganti (1990, p.32) “Pensar significa agora não mais contemplar ideias, mas cavalgar os elementos produtores de sentido”. No entanto, partimos do princípio que o conceito produção de sentidos é polissêmico. Ainda assim, nos arriscamos em assumir para essa pesquisa a definição que diz:

O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas, na dinâmica das relações sociais, historicamente datadas e culturalmente localizadas, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (SPINK, M., 2004, p. 48).

Encontramos nesta definição as dimensões produtiva, coletiva, contextual e interativa do sentido. Produzir sentidos é algo do nosso cotidiano. Estamos a todo o momento produzindo sentido. Não há limites para essa produção.

Com essa compreensão, buscamos percorrer o quadro com o repertório linguístico utilizado para “Gestão em saúde” (ver apêndice A), tentando organizar que conjuntos de sentidos foram construídos no diálogo com os psicólogos, profissionais ou em formação. O quadro com os conjuntos de sentidos produzidos para gestão em saúde está no Apêndice B e também foi utilizado para a discussão e análise desta pesquisa. Não podemos esquecer “que o processo de interpretação é concebido, aqui, como um processo de produção de sentidos. O sentido é, portanto, o meio e o fim de nossa tarefa de pesquisa” (SPINK, M., 1999, p. 105).

4 DISCUSSÃO E ANÁLISE

Apresentaremos abaixo as produções analíticas a partir da categoria “Concepções de Gestão em Saúde”, por meio de suas quatro subcategorias: “Integralidade”; “Descentralização”; “Participação, autonomia e corresponsabilidade”; e “Saúde do Trabalhador”.

4.1 Integralidade

No eixo que tratamos da Integralidade nos processos de gestão em saúde foi possível agrupar o repertório linguístico selecionado em quatro conjuntos de sentidos, que serão discutidos na seguinte ordem:

- a) o cuidado;
- b) os modelos de atenção não diferem dos modelos de gestão;
- c) o planejamento;
- d) a complexidade e a singularidade.

O primeiro conjunto de sentidos faz referência ao cuidado em saúde, assunto muito suscitado nas Rodas de Conversas. Assim, tratando do cuidado conversou-se sobre: “*forma cuidar*”; “*conversar*”; “*vínculo*”; “*um cuidado com a comunidade*”; “*pra população*”; “*interdisciplinar*”; “*grupos*”; e “*visita domiciliar*”. Mattos (2004) apresenta três conjuntos de sentidos atribuídos ao princípio da integralidade:

- a) Capacidade de políticas de saúde ou de governo em atender(em) aos problemas de saúde das populações;
- b) Modos de organização dos serviços de saúde;
- c) Práticas de atenção e cuidado à saúde.

Este último atenderia às práticas desenvolvidas pelos profissionais no cotidiano dos serviços, no trabalho articulado de promoção, prevenção e recuperação. Mattos (2004, p. 1413) ainda afirma que estas práticas devem estar atentas ao “contexto de cada encontro”. Não diferente desse, Machado et al. (2007, p. 336) define integralidade como o cuidado que atente para a historicidade dos sujeitos em articulação com seu amplo contexto familiar, social

e ambiental. Notamos que o repertório linguístico aqui presente na concepção de integralidade na gestão em saúde, traz grande correlação com estes autores, pois parece estar baseado nos fenômenos das relações humanas que ocorrem nas práticas de trabalho. Dessa forma, entendemos que esse repertório sobre cuidado vem acompanhando algumas modificações dos modelos técnico-assistenciais que o princípio da integralidade exige. Referem uma preocupação em aproximar pessoas para o trabalho, seja entre os profissionais, seja entre pessoas da comunidade e profissionais.

No entanto, podemos dizer que tais questões não garantem a efetividade da integralidade das ações. Frequentemente os usuários vêm ao encontro dos profissionais no serviço com alguma demanda. É habitual estes profissionais se conduzirem por procedimentos e rotinas apreendidos para cada demanda identificada. No entanto, nesse encontro entre profissional e usuário, o diálogo é orientador do contexto relacional, o que cinde com a ideia de restringir a relação a protocolos de conduta. Assim, agregasse valor a capacidade do profissional em “contextualizar adequadamente as ofertas a serem feitas àquele sujeito, de modo a identificar os momentos propícios a tal oferta” (MATTOS, 2004, p. 1414). Tomemos os “*grupos*” como exemplo. Um trabalho de grupo pode ser planejado em conjunto entre os profissionais de um serviço e atender às necessidades emergentes de uma determinada localidade. Mas ele também pode ser organizado sem levar em conta os valores de uma comunidade, como refere um estudante:

“teve vezes que a gente foi na escola, com crianças de cinco anos, falar sobre sexo, DST e tudo mais e eles olhavam com uma cara e diz, tipo, rindo da nossa cara e foi uma coisa que a gente nem, nem parou pra ver assim: pera aí, essa é a demanda deles?” (RCEstudantes).

Na fala acima há uma percepção que o contexto é um elemento a ser considerado no momento do planejamento de ações, ainda que, nesse exemplo, isso ocorra a partir da crítica a uma experiência mal sucedida.

A prática possibilita a capacidade crítica e autônoma dos profissionais para lidar com situações no próprio contexto em que elas se dão. Pela contextualização de cada encontro se reconhece a corresponsabilidade que pode haver entre usuário e profissional no processo terapêutico, a nem sempre estreita produção de sentidos, as dissonâncias de valores que damos aos objetos ou relações e a singularidade que existe na produção de cada projeto terapêutico. Enfim, as práticas integrais são necessariamente uma abertura à vida do outro ou, como afirma Mattos (2004, p. 1414): “Defender a integralidade é defender antes de tudo que

as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica”.

A estreita relação entre o que se planeja no trabalho e sua execução também foi discutida entre os participantes das RC, configurando o segundo conjunto de sentidos, a indissociabilidade entre modos de gestão e modos de atenção.

O Repertório utilizado nesse tópico foi intenso: “*conceito de gestão de uma forma mais ampliada*”; “*gestão como um conceito ampliado*”; “*gestão dentro do processo de trabalho*”; “*conforme vai fazendo tu vai gerindo*”; “*os atos de cuidar não se diferenciam dos atos de gerir*”; “*os modelos de gestão não se separam dos modelos de atenção*”; “*movimento vivo do trabalho*”; e “*artesanato*”. Repertório que faz consonância com um dos princípios da Política Nacional de Humanização: indissociabilidade entre atenção e gestão. Há um conhecimento da Política e uma preocupação em pensar e planejar os modos de fazer. E que há uma parcela significativa de autoria do profissional de saúde, pois as fronteiras entre o aprender e o fazer, entre o executar e o planejar no cotidiano de trabalho são muito tênues. Uma discussão que se aproxima da sugestão do neoartesanato do trabalho em saúde, proposto por Campos (2010).

Mas, sem dúvida, esse conjunto de sentidos é uma crítica à coexistência do duplo modelo de gestão em saúde presente no SUS que discutimos no início deste trabalho. Além disso, mostra uma preocupação em superar estreitos conceitos técnicos da administração, buscando a ampliação para novos conceitos que possam integrar a produção do cuidado, da gestão e dos sujeitos envolvidos nesses processos.

Já o terceiro conjunto de sentidos centrou-se no planejamento como forma de gerir e potencializar o trabalho. O repertório utilizado para esse conjunto de sentidos foi: “*planejamento*”, “*organizar o fluxo*” e “*potencializar ações*”. Repertório semelhante também foi encontrado nos eixos Descentralização e Saúde do Trabalhador. Entendemos que esse conjunto de sentidos é complementar ao anterior que coloca a indissociabilidade entre atenção e gestão em saúde. A particularidade deste está na percepção que o profissional tem de sua implicação nesses processos. Assim, ele não se restringe a atuar apenas por protocolos e condutas, mas opta por se colocar no bojo dos processos de gestão, buscando contribuir com o planejamento e a efetividade dos serviços.

Quanto às questões relacionadas ao conjunto de sentidos da “complexidade e singularidade”, como frisaram os Docentes, conversou-se sobre o rompimento com alguns reducionismos a determinados modelos instituídos. Isso pode ser acompanhado do repertório:

“*ampliações*”; “*complexidade*”; “*diversidade*”; “*dinâmico*”; e “*particularidade*”, orientando a discussão para a necessidade de rompimento de um trabalho em saúde unicamente baseado no tecnicismo, na percepção biologicista do sujeito, restrito à execução de protocolos e sem atenção devida ao contexto local ou aos sujeitos. Indica também a preocupação com as heterogeneidades que se apresentam e as singularidades produzidas e vivenciadas.

Salientando que apenas os Docentes utilizaram esse conjunto de repertórios, sugerimos que o mesmo foi produzido a partir das experiências que tiveram no Curso de Psicologia, no trabalho com políticas e ações como a Educação Permanente em Saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, a Integração Serviço-Escola e a Formação em Serviço. Tais experiências movem-se no intuito de integrar as relações que estabelecemos com o saber e o fazer, com os serviços de saúde e com a academia, com uma formação não apenas técnica, mas também política e emancipadora. Ou seja, metodologias de ação que borram as fronteiras entre trabalho e formação e, em especial, que a experiência e a prática (o contexto) sejam as guias para a formação (STAHLSCHMIDT, 2012).

Uma observação importante é que o repertório produzido na RC com os Preceptores foi todo utilizado pelo pesquisador e pelos auxiliares. Entendendo que os diálogos são práticas de vida, fica a dúvida, para investigações futuras, se o princípio da integralidade é ordenador e promotor das políticas de gestão em saúde na rede de serviços em que atuam os preceptores.

4.2 Descentralização

É possível acompanharmos o princípio da descentralização surgindo em resposta a um longo período de centralização do poder político no país, a partir do espírito vigente na época da Constituição de 1988. Com a descentralização os estados e os municípios adquiriam, em tese, uma tríplice autonomia: política, administrativa e financeira. Os municípios, por exemplo, ganharam um amplo poder decisório sobre as ações do setor saúde, apesar de não ter ficado claro, à época, a forma de financiamento destas ações (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007; MATTOS, 2009). A Lei n. 8.080/90, que regulamenta o SUS, trata a descentralização do mesmo modo que o texto Constitucional, assumindo essa, como uma descentralização em âmbito político-administrativo, reforçando o caráter da municipalização dos serviços, assim como a regionalização e hierarquização da rede de serviços. A Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB-SUS 01/93)⁷ define que “a descentralização deve ser entendida como um

⁷ Portaria n° 545, de 20 de maio de 1993.

processo que implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo; reorganização institucional, reformulação de práticas; e controle social”. A partir das RC, apoiado nos repertórios linguísticos utilizados pelos participantes, foi possível organizar seis conjuntos de sentidos sobre a descentralização nos processos de gestão em saúde:

- a) gestão participativa e democrática;
- b) administração, habilidades e competências;
- c) produtividade: metas e resultados;
- d) o ‘bambambam’;
- e) políticas econômicas e de saúde;
- f) complexa e potencializadora.

Partindo para o primeiro conjunto de sentido, encontramos um grande repertório tratando dos “*Conselhos Gestores*”, da “*Cogestão*” e “*Gestão Compartilhada*”, da “*descentralização político-administrativa*” e dos “*processos de decisão*”, do caráter participativo – “*participar*”, “*participação*” – e democrático – “*paritária*”, “*eleição*”, “*votação*”, “*elegerem*”. Assim, parece haver uma apropriação dos participantes quanto aos princípios e os mecanismos de Controle e Participação Social do SUS e seu caráter democrático. Também há uma apropriação com os dispositivos para gestão participativa produzidos a partir da Política Nacional de Humanização. Entendemos que se coloca em discussão o princípio da Descentralização não apenas no seu sentido histórico mais estreito de “*descentralização político-administrativa*”, mas também modelos e estratégias políticas contemporâneas de efetivação deste. Fica explícito o reconhecimento da necessidade de ações macropolíticas, assim como efeitos de distribuição de poder dentro dos microprocessos de gestão. Coloca-se grande expectativa quanto à capacidade resolutiva dos dispositivos participativos e deliberativos da gestão, como vemos no relato:

“se realmente tivesse feito o conselho gestor na comunidade como a gente tinha proposto eu acho que muitos dos problemas desde, sei lá, falta de medicamentos ou falta de agentes de saúde, eu acho que esses seriam pontos importantes a se trabalhar num conselho gestor, numa gestão de saúde como um todo” (RCEstudantes).

Também se discutiu o alcance transversal desses princípios participativos e democráticos, ainda não efetivado:

“Não tem, a gente não tem essa, qual é o controle, vamos ver, qual é o controle social da educação superior – vamos pensar nessa nisso aí que ocorre – qual é o controle social? A gente não tem. É, por exemplo, o curso nosso de Psicologia, você tem um controle social? Que que a gente conhece?, que que a gente se interessa de saber, é, dos nossos egressos?” (RCDocentes).

Também encontramos um forte repertório sobre “*administração*” como parte da Gestão em Saúde. Utilizou-se o seguinte conjunto de repertórios: “*padronização*”, “*formalização*”, “*administrativa*”, “*grande política administrativa*”, “*hierarquizar as relações*”, “*como administrar*”, “*gestão formal*”, “*competências*”, “*habilidades*”. Esse conjunto de repertórios aponta a forte influência de tradicionais modelos da administração na condução de um trabalho de gestão em saúde e nas relações humanas. O que Campos (2007a, 2010) chama de “*racionalidade gerencial hegemônica*”, trata-se de uma aplicação dos princípios e da prática da administração, como área de conhecimento, no âmbito da gestão e do trabalho no SUS.

Conforme Trevisan e Junqueira (2007), um dos problemas atuais que fragiliza a descentralização está na perpetuação de certo modelo assistencial no planejamento e organização do SUS, com poucos avanços direcionados ao modelo de redes e das possibilidades de arranjos. As possibilidades de ações em rede permitem acordos para efetivação de ações intersetoriais, o compartilhamento de serviços e responsabilidades intermunicipais/estaduais, a participação democrática dos envolvidos no planejamento das ações de saúde, ou seja, pactos coletivos de levantamento de prioridades, estratégias de ação e definição de responsabilidades. Sabemos, no entanto, que apesar da institucionalização das instâncias coletivas – Conselhos de Saúde, Comissões Intergestores, Consórcios, etc. – as deliberações nem sempre são participativas, democráticas e direcionadas a atender necessidades locais. O conceito de rede propõe avanços em termos práticos de redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas que atendam as necessidades locais.

O modelo assistencial, em contraposição às redes, apresenta predomínio da preocupação com a produtividade das unidades de serviços ou dos próprios trabalhadores. Está distante de um regime de gestão que valorize a participação e autonomia dos seus profissionais, com tendência a reproduzir o modelo industrial para pensar o trabalho. O Repertório a seguir, reserva estreita relação com estas ideias: “*atingindo metas*”, “*estatísticas*

de atendimento”, *“metas”*, *“resultados”*, *“quantitativos”*, *“produção do serviço”*. Apesar destes repertórios manterem certa correlação com o conjunto de sentido da administração, anteriormente discutido, ele traz a particularidade da preocupação com o produto do trabalho. Ou seja, o profissional deve apresentar, de maneira material e periódica, os resultados de seu trabalho. A característica que se mantém, e é criticada pelos participantes, centra-se na habitual não participação dos profissionais de saúde, principalmente, os que trabalham na ponta dos serviços, no momento de pactuação destas metas. Mais raro ainda é ocorrer uma definição partilhada do que pode ser considerado como produto do trabalho.

Nesse sentido, a forma de trabalho e a capacidade autônoma estariam baseadas em posições e hierarquias. Esta é a principal característica deste conjunto de sentidos que denominamos de “bambambam”. Docentes e Preceptores referenciaram muito as *“posições de gestão”* nos diálogos ocorridos nas RC, com ênfase em seu caráter formal: *“gestor”*, *“gestores”*, *“Governo”*, *“Presidente”*, *“Diretor”*, *“Secretário de Saúde”*, *“Coordenação”*, *“Bambambam”*, *“gestor maior”*, *“que tá lá em cima”*, *“legitimado”*, *“lugar legítimo”*, *“entram na gestão sem saber o que é gestão”*, *“uma coisa imposta”*. Vale lembrar a interrogação, por parte de que uma Preceptora, presente no Seminário sobre este Projeto, questionando porque os “Gestores” da rede de saúde não seriam chamados a participar da pesquisa. Tais questões nos conduzem a pensar o grande significado reservado a estes lugares instituídos. Como discutimos, os participantes apontam estar centralizada nestes lugares a maior parte das tomadas de decisões referentes ao modo de organizar e gerir o trabalho e os serviços de saúde. Sem desmerecer a legitimidade dessa autoridade instituída, os participantes foram críticos no sentido do modo de escolha das pessoas conduzidas a ocupar esses lugares, assim como a forma que estes tomam as deliberações. Trouxeram à tona questões como: o caráter não democrático na escolha dos coordenadores e secretários; no distanciamento entre os profissionais que deliberam sobre o serviço e os próprios profissionais do serviço das tomadas de decisão; no despreparo e inexperiência para lidar com processos de gestão; no desconhecimento das políticas públicas do setor; assim como a influência partidarista tanto na escolha de pessoas para os cargos de gestão, como na toma de decisão. Salientamos que os estudantes não utilizaram esse repertório durante a Roda de Conversa.

Outro conjunto de sentidos foi a dimensão política e econômica do sistema de saúde, principalmente, orientada à dimensão política dos processos de Descentralização da Gestão em Saúde: *“político”*, *“ação política”*, *“política e ação”*, *“política macro”*, *“políticas de saúde”*, *“relação de poder”*, *“sistema político-econômico”*, *“lógica capitalista”*, *“relação de poder”*, *“Humanização”*. Isso parece apontar para as disputas políticas presentes e constantes

na construção do SUS. De modo especial, estes embates de poder ficam mais flagrantes nos processos decisórios. Assim, nos processos de gestão em saúde ficam expostos os interesses envolvidos, as políticas que são efetivadas, os argumentos, etc.

Por fim, um último conjunto, com menor ênfase que os anteriores, em que se discute a complexidade e a singularidade que envolve tratar da descentralização da gestão em saúde. O repertório que reunimos para isso foi: “*complexa*”; “*possibilidades*”; “*potencializar ações*”; “*criar instrumentos*”; “*âmbito qualitativo*”; “*de cuidado*”; “*melhorias pra população*”; “*resolver problemas*”; “*solução de problemas*” e “*carência*”.

Quando tratamos do princípio da Descentralização da gestão em saúde, acompanhamos a discussão de um problema fundamental que se concentra no financiamento do SUS (PAIM; TEIXEIRA, 2006; TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007). Preocupação que encontramos presente no Pacto de Gestão do SUS e na urgência em aprovar a Ementa Constitucional número 29. Apesar disso, essa discussão não foi trazida pelos participantes para as RC.

4.3 Participação, Autonomia e Corresponsabilidade

Para caracterização deste eixo, foi mantida integral consonância com o princípio da PNH, que defende o protagonismo, a autonomia e a corresponsabilidade dos sujeitos e coletivos na produção de si, do cuidado e do mundo. Além da autonomia e corresponsabilidades de sujeitos e coletivos na construção da realidade de saúde e com os processos de atenção e gestão da saúde, encontramos nessa política a orientação do carácter participativo das ações. Ou seja, o fortalecimento do aspecto democrático nas relações, com ambientes acolhedores e coletivos que facilitem a ampla participação dos envolvidos com a rede de saúde, podendo esses ter trocas e conversas produtivas e localizadas. A participação, a autonomia e a corresponsabilidade são operadores para construção de Políticas Humanizadas, mas também são produtoras de sujeitos no exercício da cidadania.

Tratando desse eixo, pudemos encontrar os seguintes conjuntos de sentido, que serão trabalhados a seguir:

- a) a autonomia;
- b) a corresponsabilidade e/ou responsabilidade;
- c) a participação;
- d) o dialogar, o conversar, o discutir;
- e) o fazer picotadozinho;
- f) a complexidade e a construção.

O primeiro conjunto de sentidos foi produzido a partir do repertório utilizado por Docentes, Preceptores e Estudantes e compreende: “*autonomia*”, “*construção de autonomia*” e “*protagonismo*”, indicando que estes participantes estão familiarizados com os atuais princípios da PNH. Há também um entendimento que a autonomia é produzida a partir de tecnologias relacionais de maior complexidade, caracterizada por uma ampliação de interferências nos processos de gestão em saúde, por exemplo. Requer um tempo maior de diálogo, uma participação mais efetiva dos envolvidos, espaços equânimes de troca, enfim, um plano de negociação permanente. Também encontramos o uso de autonomia, pelos Preceptores, para referenciar a autoridade que compete à determinada função gestora. Pelos Estudantes, encontramos o uso de autonomia para discutir o trabalho construído na abertura à escuta dos desejos dos profissionais e da comunidade:

“como a gente, enquanto profissionais de psicologia, podemos construir junto com o usuário uma forma de poder atrelar essa questão do desejo com que realmente a comunidade tá precisando” (RCEstudantes).

O repertório utilizado sobre Corresponsabilidade foi retirado das falas de docentes e estudantes: “*corresponsabilidade*”; “*responsabilidade*”; “*compromisso*”; “*comprometimento*”; “*todos são responsáveis pela gestão*”. No entanto, houve certa restrição de sentido, sendo mais usual como referência a responsabilidade que cada sujeito deve tomar para si no âmbito de trabalho. Assim, entendemos que o tratamento dado, centra-se no indivíduo:

“que na prática, principalmente dentro de uma Unidade de Saúde, a meu ver, todos são responsáveis pela gestão, o usuário, o profissional, os superiores” (RCEstudantes).

Houve pouca discussão sobre modos de corresponsabilização, sobre a existência de espaços de acordos coletivos, de negociação e de responsabilidades compartilhadas, sugerindo a existência de poucas experiências que explorem esse tipo de questão de modo coletivo e colaborativo. Podemos notar que os preceptores não utilizaram repertório para tratar do conjunto de sentido corresponsabilidade. Quanto ao vínculo profissional-usuário, os Docentes comentaram a necessidade de:

“quebrar essa questão de que os profissionais que sabem” (RCDocentes).

Essa relação de propriedade do saber o profissional sobre o usuário, ou mesmo do docente sobre o preceptor, por exemplo, impediria a construção corresponsável de projetos terapêuticos, de trabalhos em rede e a produção de autonomia no cuidado de si.

Além disso, encontramos um conjunto de sentidos tratando da participação, com os seguintes repertórios: *“participação”*, *“dividir”*, *“gestão que todos participem”*, *“andarem de mãos dadas”*, *“democrático”*. O uso da participação faz referência a um modo de dar voz às necessidades do outro. Então, tanto em espaços instituídos, como em espaços não formalizados, a participação é entendida como a forma de diagnosticar os problemas de uma localidade a partir da própria verbalização e deliberação pelos usuários:

“Porque as pessoas começam a contar o que elas querem e o que elas precisam. E que se boa parte dos nossos programas fossem assim acho que a gente teria um sucesso muito maior na nossa luta” (RCPreceptores).

Além disso, a participação é também trazida para discutir cogestão, gestão compartilhada e processos coletivos de decisão. No entanto, mesmo com o reconhecimento do potencial produtivo que existe nos espaços e estratégias participativas, os estudantes apontam que nem sempre as deliberações, corresponsabilidades ou acordos coletivos são respeitados e efetivados:

“Participa usuários, profissionais, então todos tem a mesma voz, então já... todos fazem a gestão. Embora na prática isso morra de um pouco” (RCEstudantes).

Parece haver uma correlação entre esse conjunto de sentido que vimos e o próximo que trata da importância do diálogo, da conversa e da discussão nas relações cotidianas. O repertório que encontramos foi: *“diálogo”*; *“discussão”*; *“discutir”*; *“conversar”*; *“dialogia”*; *“dialógico”*; *“trazer e ouvir os participantes”*. Esses foram repertórios que apareceram

diversas vezes, tendo inclusive sido posto como responsabilidade do psicólogo a função de facilitar essa dialogicidade entre profissionais, grupos e/ou comunidades. Como também houve clara defesa do diálogo como modo de garantir a participação, forma de escuta das “reais” necessidades e desejos e como meio para resolução de problemas e conflitos. Principalmente os estudantes demonstraram a preocupação em agir “no sentido de ampliar a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos” (BRASIL, 2009d, p. 9). No entanto, com referência a prática cotidiana, conversou-se sobre as dificuldades que existem para essa abertura ao diálogo: profissionais restritos ao diálogo dentro da própria categoria; equipes fechadas em si, pouco dispostas a interferências da comunidade, receosas e temerosas; estudantes angustiados por se encontrarem em situações que exigem, além da técnica, autonomia e negociação de papéis.

Não somente a dificuldade de diálogo é afirmada, mas também empecilhos, vindo de diversas ordens impedem e fragilizam os espaços e as práticas participativas, assim como a produção de autonomia e corresponsabilidade. Foi isso que discutiram Docentes e Estudantes utilizando o seguinte repertório: “quebrar”; “barreiras”; “medo”; “culpa”; “requer tempo”; “falta de tempo”; “luta constante”; “ponte”; “tensões”; “movimento”; “dinâmica”; “picotadozinho”; “ficar botando gás”; “solta o cachorro em cima”. Os princípios da PNH defendem a indissociabilidade entre práticas de gestão e atenção, mas os participantes afirmam que o trabalho não está dissociado das pressões vindas de outras ordens ou, ainda mais, que estas pressões podem ter um valor maior que o próprio trabalho:

“Porque é aquela coisa que as pessoas faziam: Ah! Eu já to trabalhando, eu tenho o meu horário e ainda tenho que gerir uma coisa aqui!? É tipo: Não vou abrir mão do meu, sei lá, trinta minutos do meu horário para ver como é que tá a comunidade, a UBS como um todo” (RCEstudantes).

Este repertório atende ao argumento de manutenção dos trabalhos fragmentados, pouco participativos, com restrita capacidade deliberativa. Utilizando o repertório de um participante, a gestão do trabalho acaba mantendo sobre deliberações e ações “picotadozinhas”, no sentido popular de “cada um no seu quadrado”.

Em oposição a essa tomada individualista e passiva frente à participação, autonomia e corresponsabilidade, encontramos outro conjunto de sentidos que trata da complexidade e da dimensão construtiva destes princípios, baseado no repertório: “complexidade”; “ampliar”; “construção”; “construir”; “processo micro” e “micro política”. Nesse sentido, esse

repertório contrapõe-se a qualquer caráter centralizador da dimensão macro gestora, reafirmando a existência de potencial microprocessual, construtor da realidade e capaz de mudanças constantes. Enfim, uma dimensão ativa e complexa na produção da gestão em saúde. Importante salientar que por complexidade encontramos o uso no sentido mais comum – de difícil, dificuldade –, mas também foi tomada para caracterizar a dimensão ampla, a heterogeneidade e a justaposição de uma diversidade de interesses.

4.4 Saúde do Trabalhador

Há tempos busca-se superar o conceito que reduzia saúde a ausência de doenças. No entanto, insistimos em conduzir a formação, a atenção e os sistemas de saúde a partir dos adoecimentos localizados nos sujeitos. A Psicologia tem por tradição formar profissionais para uma clínica que trata de doenças ou disfunções psíquicas. Da mesma forma, a organização dos serviços de saúde é, em grande parte, preparada para assistência de sujeitos que demandam a partir de suas patologias, sendo essa, também, geradora de conflitos quando não prontamente atendida. As ações do ensinar e do fazer em saúde, no exercício de afrontar o dilema entre o patológico e o normal, demonstram que não se avançou em todas as frentes e:

Se tratarmos a saúde como algo a ser alcançado no fim de uma trajetória, ela termina por tornar-se uma mera capacidade de se adaptar às situações, ou seja, desaparece nossa capacidade inventiva. Ser normal não é ter uma saúde completa e eterna, mas poder oscilar dentro dos limites do patológico e da sanidade, poder inventar maneiras de fazer diferente (BRASIL, 2011a, p. 17).

A saúde em sentido amplo faz referência a um estado ou uma capacidade de luta, de enfrentamento, de inventividade frente a situações de sofrimento e dor. Saúde tem a ver com nossos modos de andar na vida, de realizar conquistas, de escolher nossos percursos, de dialogar com o que nos rodeia. Envolve a capacidade que temos de perceber nossos momentos de descompasso e, ainda assim, poder produzir estratégias, saídas e, quem sabe, até novos descompassos.

Com essa preocupação, buscamos os conjuntos de sentidos que os participantes atribuem à saúde do trabalhador, tendo reunidos os seguintes:

- a) cuidando do cuidador;
- b) diálogo a partir/como integrador de ensino-gestão-atenção;
- c) o trabalho como produtividade;
- d) modelo-identidade-função-papel;
- e) gerenciamento e planejamento.

Um primeiro conjunto de sentidos sobre Saúde do Trabalhador, nos processos de Gestão em Saúde, que pudemos mapear surgiu do repertório utilizado pelos estudantes: “*cuidando do cuidador*”, “*cuidar dos profissionais*”, “*abertos uns para os outros*”, mostrando certa familiaridade com as políticas de Saúde do Trabalhador e da PNH. Entendemos, também aqui, certa abertura para observarmos a possível produção de sofrimento que envolva o cotidiano de trabalho do profissional de saúde e o necessário cuidado que isso exige. Esse repertório pode apontar uma atenção à escuta do outro, uma escuta às necessidades do outro, uma abertura para compartilhar o trabalho. Ainda assim, esse repertório é marcado por uma compreensão individualista e assistencial do sofrimento.

Os Docentes utilizaram outros repertórios nas RC: “*Educação Permanente*”, “*discutir ações*”, “*senta todo mundo e planeja ações*”, “*dificuldade de conversar*”, possivelmente, por estarem mais familiarizados com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009c), prevendo a garantia de espaços coletivos de interlocução, para formação crítica a partir da identificação de problemas e necessidades locais, assim como para a construção de possíveis soluções. Essa Política constitui estratégia central para transformações do trabalho, constituindo-se em espaços de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM, 2005), existindo um claro esforço em modificar as práticas, os processos de formação e os próprios profissionais de saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços. Dentre as relações orgânicas entre ensino-serviço-comunidade encontramos a própria experiência dos participantes da RC Docentes no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).

Os Docentes também apresentaram preocupação com a restrição do trabalho dos profissionais a critérios de produtividade, como: “*quantidade*”, “*carga horária*”, “*cobra produção*”, “*nas metas das horas*”. Eles discutiram muito a necessidade da rede de serviços e das funções gestoras valorizarem os espaços de diálogos e conversas dos trabalhadores para

análise e planejamento das ações. Pois, a princípio, os profissionais de saúde produzir relatórios periódicos do seu trabalho, atendendo a metas de produtividade muito centradas no trabalho por procedimentos – atendimentos individuais, grupos, avaliação psicológica, etc. Desse modo, todo fazer que não atendesse a tarefas mais tradicionais de assistência, não ganharia visibilidade nesses relatórios, não ganha valor, não é exigido, como vemos no questionamento:

“A reunião, a discussão, o planejamento... cobra produção até em cima disso?, cobra uma produção?” (RCDocentes).

De modo direto, houve uma única referência ao sofrimento no trabalho: “*angústias*”. No entanto, o contexto em que foi utilizada estava diretamente relacionado às situações em que o profissional ou estagiário não encontram modelos ou aparato teórico para dar conta de conflitos, problemas ou necessidades que possam ter identificado. Nesse momento, profissional ou estagiário, sente “*falta daquele modelo que de conta de tudo*”, não se percebe “*trabalhando no que realmente você trabalha*”, não encontra modelos para “*se acomodarem e ficar mais tranquilas*”. A sensação de angústia é gerada no fato da impossibilidade de encontrar modelos para lidar com todos os acontecimentos do cotidiano do serviço e das relações interpessoais. Somado a isso, uma crise identitária do sujeito, se o mesmo for deslocado de suas funções tradicionais. Do mesmo modo, não estaria na formação, nem mesmo nas práticas dos serviços, a posição autônoma destes sujeitos e sua capacidade construtiva sobre o próprio saber e fazer.

Docentes e estudantes também utilizaram do repertório: “*gestão*”, “*gerir*”, “*gerenciar*”, “*estratégias de planejamento*”, “*planejamento*”, trazendo preocupação com os modos de gestão dos profissionais com o seu trabalho. Houve preocupação com a dimensão autogestiva destes trabalhadores, apesar de entenderem que esta dimensão continua distante do olhar destes, como das funções gestoras ou da própria população. Isso, completando o conjunto de sentido anterior, que os profissionais buscam com frequência modelos para execução das práticas e para modelagem das relações humanas. O comentário de um Docente diz que planejar o cuidado do outro, passa pelas formas de cuidado de si:

“fui dar aula uma vez na enfermagem, fui muito interessante. Aí, quando cheguei na sala de aula os estudantes: - Que bom que você veio falar pra gente como que a gente faz pra que as pessoas se comportem de forma saudável. Aí eu: - Como assim?, né? Aí: - Olha professora, como é que uma pessoa que sabe que se não usar camisinha pega doença, não usa camisinha? Então assim, ela vai dizer pra

eles como é que faz pra essas pessoas usarem camisinha, né?, logo pra quem tá trabalhando com DST/AIDS, né? Aí eu fiz: - Ah! Então quer dizer aqui que todo mundo usa camisinha, né?, porque aqui, enfermagem, todo mundo sabe que pega doença?” (RCDocentes).

A saúde envolve as relações cotidianas em seus diversos espaços: no ambiente de trabalho, na família, no serviço de saúde etc. O local de trabalho nesse sentido ganha destaque na vida dos sujeitos, pois envolve uma gama de acontecimentos diários, de normas de conduta, de uma ampla rede de relacionamentos interpessoais com a equipe e usuários. Como comenta uma docente:

“Então ela tá o dia todo nos hospitais, nas Unidades de Saúde, nos Mini Pronto-socorros, em todos os espaços ela tá convivendo profissional e usuário o tempo todo ali, né? E eu acho que esse convívio é um convívio que traz tensões, traz uma necessidade até de preparação maior para a, para gerir o dia de trabalho do que qualquer outra área, qualquer outra área aí de atuação” (RCDocentes).

Os ambientes de trabalho foram submetidos a modos de funcionamento que atendessem a determinadas dicotomias. A principal dessas dicotomias talvez fosse difundida a partir das experiências de Taylor e Ford com a cisão entre quem pensa, organiza e prescreve o trabalho e aqueles que o executam. Fundamental era evitar que os sujeitos enfrentassem conflitos ou tensionamentos durante a execução de uma tarefa que pudessem alongar o tempo de produção. No trabalho em saúde isso se atualiza na fragmentação do cuidado, na divisão das tarefas por especialidades, no cuidado baseado em protocolos, dissociação entre processos de formação e de atuação etc. São modos de distanciamento entre os profissionais e usuários e, mesmo, entre os próprios profissionais.

Claro, nem todas as ordens prescritas são seguidas a risca, nem todos os conflitos podem ser previstos e solucionados antecipadamente, nem mesmo a capacidade de elaboração e crítica de um sujeito pode ser subestimada. Além disso, os modos de trabalho sofrem constantes modificações na linha do tempo, do mesmo modo que a vida dos sujeitos também se modifica. Sendo assim, entende-se que “o trabalho é constituído por um constante diálogo entre as prescrições e a necessidade de atualizá-las ou de criar novas formas de trabalhar” (BRASIL, 2011a, p.26).

Tratando saúde como a autonomia de agir e criar meios de mudar a vida, sugere-se que a saúde do trabalhador exige espaços para discussão sobre os problemas cotidianos e troca de experiências entre os envolvidos. Momentos de diálogo que articulariam estratégias de empoderamento utilizada pelos profissionais no seu trabalho, um fortalecimento da

capacidade de análise das situações de conflito e adoecimentos, uma corresponsabilização dos envolvidos com os processos de saúde, trabalho e gestão. Assim, retirar os profissionais de uma condição passiva frente ao trabalho e as condições que lhe são cotidianas, pois “condição de saúde em nosso trabalho depende necessariamente da maneira como nos organizamos para trabalhar, ou da forma como gerimos coletivamente esse trabalho” (BRASIL, 2011a, p. 33).

Nesse sentido, é importante ressaltar não haver repertório utilizado pelos preceptores para discutir saúde do trabalhador durante as RC. Salientamos isso, por considerarmos os preceptores como principais envolvidos e, conseqüentemente, os mais interessados com políticas de saúde do trabalhador. Situação que aponta a provável inexistência de dispositivos ou políticas específicas na rede de saúde em que trabalham. Indicando também a ausência de espaços para interlocução e diálogo entre os próprios profissionais – pensando em um conceito de saúde que leve em conta o protagonismo e a capacidade inventiva de si.

Dispositivos de diálogo e tecnologias de encontro fazem consonância com atitudes autônomas e protagonistas dos trabalhadores na construção de sua realidade laboral e de vida. Sua efetividade no trabalho entra em sintonia com sua capacidade de análise e interpretação. Assim, com frequência seu envolvimento afetivo com o campo de trabalho intensifica-se de outro modo. Promove-se a saúde do trabalhador, ao tempo que também deslocamos os modos de gerir e cuidar sobre os mesmos princípios: de autonomia, participação e corresponsabilidade. O momento atual dos serviços onde atuam estes preceptores não parece estar organizado dessa forma, como provavelmente não está se construindo para isso.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos observar que há políticas orientadas para o desenvolvimento da gestão em saúde, tanto para a educação em saúde como para o cotidiano de trabalho, baseadas em dispositivos participativos e democráticos. Entendemos que princípios como a integralidade, a descentralização, a autonomia e a corresponsabilidade e a saúde do trabalhador são fundamentais na construção desses dispositivos de gestão. Além disso, tais princípios podem ser orientadores de uma formação ética e politicamente implicadas com esse modo de fazer gestão no SUS.

Quanto ao princípio da integralidade consideramos que profissionais e estudantes de Psicologia preocupam-se em construir práticas de cuidado baseadas na escuta dos usuários, na percepção dos desejos e interesses envolvidos, atentos ao contexto de atuação e atendendo a necessidades locais. Há forte referência ao princípio da inseparabilidade entre processos de gestão e atenção em saúde, propondo ampliações na concepção de gestão em saúde que integrem os microprocessos de trabalho. No entanto, ainda quanto ao princípio da integralidade, notamos a ausência destes repertórios entre os preceptores, sugerindo, possivelmente, certo distanciamento deste princípio das práticas e reflexões das equipes.

Quanto ao princípio de descentralização, consideramos que profissionais e estudantes de Psicologia construíram grande repertório para falar de dispositivos para participação e democratização dos processos de gestão em saúde. Entretanto, parecem prevalecer concepções fundamentadas nos processos tradicionais da administração, na hierarquização dos profissionais e na padronização do trabalho. O repertório também sugere certa prevalência de paradigma assistencial para as práticas de saúde, guardando estreita relação do trabalho com a produção ou com o procedimento. As concepções sobre descentralização deflagram a perpetuação presente da hierarquia e do distanciamento que se efetiva nos processos de gestão em saúde que vivenciam preceptores e docentes nos cotidianos de trabalho, muito bem apresentado por um participante na metáfora do “bambambam”. Perpetuações que podem afastar os trabalhadores, docentes e estudantes de Psicologia de pautar questões cruciais para a efetivação da descentralização, como os atuais problemas de financiamento do SUS, que não foi tratado pelos participantes, por exemplo.

Quanto aos princípios de autonomia, corresponsabilidade e participação consideramos que estudantes, profissionais e docentes de Psicologia constroem concepções que tomam como referência a base da PNH. No entanto, também encontramos conjuntos de sentidos em que autonomia é traduzida como sinônimo de autoridade. Da mesma forma encontramos

corresponsabilidade definida como responsabilidade ou comprometimento individual dos sujeitos. Uma formação conduzida para a sobreposição de poder de quem detém o saber sobre os demais foi apontada como um dos empecilhos para a construção de corresponsabilidades. O diálogo e a conversa foram os elementos mais valorizados pelos participantes para a efetivação de dispositivos participativos na gestão em saúde. No entanto, os participantes reforçam que prevalecem práticas e modos de trabalho “picotadinhos”, entendidos como o exercício da gestão e da atenção fragmentada e individualizada.

Quanto à saúde do trabalhador, consideramos que os estudantes de Psicologia estejam familiarizados com a política “cuidando do cuidador”, preocupados com os processos de adoecimentos dos profissionais a partir do seu trabalho. Os docentes mostraram mais preocupações com diretrizes das políticas de educação pelo trabalho, de modo especial com a criação de espaços coletivos e participativos para os trabalhadores discutirem e planejarem seu fazer. Os participantes apontaram que fortes expectativas e crenças em modelos e teorias universalizantes, e produzidas a partir de sujeitos ideais, dificultam o exercício da autonomia e inventividade dos profissionais no desenvolvimento das práticas cotidianas de trabalho. Além disso, consideram que estas crenças podem provocar sofrimento para os psicólogos e estudantes, quando inseridos na complexidade do trabalho em saúde e nas interações com usuários, equipes e comunidades, ao perceberem que as práticas em saúde não se sustentam apenas com o conhecimento adquirido na graduação. Outro destaque foi a ausência deste conjunto de repertórios (saúde do trabalhador) entre os preceptores, parecendo sugerir distanciamento desta política no cotidiano de trabalho.

Consideramos que os princípios defendidos para saúde são princípios a serem construídos na vida. Necessitamos de uma formação em Psicologia que atenda não apenas a critérios técnicos, mas fundamentalmente em princípios de vida. E que a condução da prática apoie-se no modo de lidarmos com as interações sociais e com a vida. Como propõe um Docente:

“... dos princípios que regem a saúde, mas que também regem, não são princípios que não são da saúde, né? [...] São princípios da sociedade... [...] ... se a gente for pensar na sociedade que queremos, democrática” (RCDocentes).

REFERÊNCIAS

AUSTIN, John Langshaw. **Cómo hacer cosas con palabras**. Barcelona: Paidós, 1971.

AZEVEDO, Creuza da Silva. **Sob do domínio da urgência**: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, SP, 2005.

BERNARDES, Jefferson; SANTOS, Renata Guerda de Araújo; SILVA, Luciano Bairros da. **A Roda de Conversa como dispositivo ético-político na pesquisa social**. [S.l.: s.n.], 2013. No prelo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 43, 05 mar. 2010a. Seção 1, p.52-53.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Programa de formação em saúde do trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. _____. _____. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

_____. _____. _____. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. _____. _____. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Conhecimento em gestão participativa: relatório e pesquisas**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

_____. _____. _____. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS): políticas e ações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009d.

_____. _____. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009e.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p.2337-2344, 2010.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: método da roda.** São Paulo: Hucitec, 2007a.

_____. Comentários sobre analogias e diferenças entre os métodos Paidéia e o “interrogativo”. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 345-363, 2007b.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.4, p. 975-986, 2005.

CORTEZ, Elaine Antunes. **Religiosidade e espiritualidade no ensino de enfermagem: contribuição da gestão participativa para a integralidade no cuidado.** 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) -- Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, 2009.

DIEHL, Rafael; MARASCHIN, Cleci; TITTONI, Jaqueline. Ferramentas para uma psicologia social. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p.407-415, 2006.

FUGANTI, Luiz Antonio. Saúde, desejo e pensamento. In: LANCETTI, Antonio (Org.). **Saudeloucura.** São Paulo: Hucitec, 1990. 2 v. p. 19-82.

GOULART, Bethania Ferreira; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. A implicação de trabalhadores de ambulatórios municipais, em Uberaba, Minas Gerais, Brasil, na reorganização de serviços preconizada pelo Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2123-2130, 2008.

IBÁÑEZ, Tomás. O “giro lingüístico”. In: IÑIGUEZ, Lupicínio. **Manual de análise do discurso em ciências sociais.** Petrópolis: Vozes, 2004.

IÑIGUEZ, Lupicínio. Prática da Análise do Discurso. In: _____. **Manual de análise do discurso em ciências sociais.** Petrópolis: Vozes, 2004.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.335-342, 2007.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

_____. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, s.1, p. 771-780, 2009.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato.** São Paulo: Hucitec, 2002.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. especial, p. 73-78, 2006.

PET-SAÚDE. Brasília, 18 maio 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306>. Acesso em: 13 março 2013. Texto postado no site do Ministério da Saúde, no link PET-Saúde.

SPINK, Mary Jane P. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva a interanimação dialógica. **Seminário sobre Ética e Pesquisa em Saúde Coletiva**, Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. [1999]

_____; LIMA, Helena. Rigor e Visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, Mary Jane P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999.

SPINK, Mary Jane. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

SPINK, Peter Kevin. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 18-42, 2003.

STAHLSCHMIDT, Ana Paula Melchior. Integralidade, construção e socialização de conhecimentos no contexto da educação permanente e atuação de profissionais da área da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 819-827, 2012.

TREVISAN, Leonardo Nelmi; JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS (UFAL). Pró-Reitoria de Graduação. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. **PET-Saúde II**. 2010. 19 f. Projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde II – anos letivos 2010-2011.

_____. _____. **PET-Saúde**. 2011. 86 f. Relatório anual do PET-Saúde – Saúde da Família Campus Maceió – abr/2010-mar/2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUADRO CARACTERIZANDO O REPERTÓRIO LINGUÍSTICO UTILIZADO POR DOCENTES, ESTUDANTES E PRECEPTORES

Gestão em Saúde											
Integralidade			Descentralização			Participação/Autonomia/Coresponsabilidade			Saúde do Trabalhador		
Docentes	Estudantes	Preceptores	Docentes	Estudantes	Preceptores	Docentes	Estudantes	Preceptores	Docentes	Estudantes	Preceptores
ampliação	artesanato	os atos de cuidar não se diferenciam dos atos de gerir	controle social	Conselhos Municipais de Saúde	ampla	Educação	vínculo entre profissionais e comunidade	participação, cogestão e protagonismo	angústias	cuidar dos profissionais	
complexidade	as forma de gerir não se separam dos modos de você atender		gestores		atividade mais próxima dos usuários	complexidade	andarem de mãos dadas	horizontalizar	falta daquele modelo que dê conta de tudo	cuidando do cuidador	
conversar			gestor	conselho gestor		de baixo pra cima		processos micro			
dificuldade	caráter político	visita domiciliar	Gerir		um lugar enquanto processo	movimento	construção de autonomia	autonomia	se acomodarem e ficar mais tranquilas	gestão	
dinâmica		grupo	possibilidades	é pra todos		ficar botando gás	construção/cons truir	dialógico, vincular	trabalhando no que realmente você trabalha	gerir	
diversidade	conceito de gestão de forma mais ampliada	interdisciplinar	potencializar as ações	eles tinham voz e eles falavam eles participavam	cogestão	potencializar	unida	democrático		gerenciar	
gerenciamento			relação de poder	população	gestão compartilhada	requer tempo					
modo como você vai é, resolvendo as questões	conforme vai fazendo tu vai gerindo		ação da gestão	comunidade	competências					estratégias de planejamento	
movimento	cuidado		posições de gestão	Mobilizar	autonomia	reunião	gerir	Protagonismo	planejamento		
movimento vivo do trabalho	forma de cuidar gerir/ gerencia		Secretaria	participar	autoridade	discussão	todos são responsáveis pela gestão	trazer e ouvir os participantes	sentado todo mundo e planeja ações	abertos uns para os outros	
não existe um modelo	gestão com um conceito mais ampliado		entram na gestão sem saber o que é gestão	compromisso	habilidades	planejamento	co-gestão	comunidade	discutir ações	multidisciplinari dade	
não se esgota			gestão formal	âmbito qualitativo	cada parte funciona como um gestor	micro política	grupo	participação			
particularidade	gestão dentro do processo de trabalho		gestão formal	melhorias pra população	horizontalizada	gerenciamento pessoal	gestão que todos participem	postura (...) política	Educação Permanente		
planejamento maior	hierarquização do conhecimento		que tá lá em cima	Humanização	participar	discutir o próprio trabalho/Discutir o trabalho/ dialogar sobre o trabalho	voz do usuário	se integrar	carga horária		
política					o espaço micro até o macro	dialogar sobre o trabalho	voz do grupo		nas metas das horas		
ponte		Obs: não houve	descentralizar os processos de	política	gerindo	diálogo	todos fazem a gestão. Embora na prática isso				

potencializar ações	organizar o fluxo	fala dos participantes, no que tange ao conceito de gestão em saúde, fazendo referência a integralidade. Apesar disso eu recuperei nas falas deles algumas experiências que marcavam a integralidade. Todas as palavras elencadas acima são minhas.	decisão	eleição	responsabilidade	pensar coletivamente	morra de um pouco		Cobra produção		
quebra transversais vínculo	os modelos de gestão não se separam dos modelos de atenção pra população um cuidado com a comunidade		Compartilhar	votação		decidir	sozinha não vai resolver		quantidade		
			tem que estar próxima	direitos	elegerem	cogestão	negociação/negociar		dificuldade de conversar		
			participação	nós todos coordenávamos o serviço	direito	participação					
			cogestão		política e ação	corresponsabilidade					
			gestão	burocracia/burocrática	político/políticas	puxar a gestão pra tentar organizar o serviço	conversar/diálogo/discutir/dialogia				
			partilhada	estatísticas de atendimento	políticas de saúde	humanização	dividir				
			complexa	produção do serviço	política macro	dinâmica	responsáveis/responsabilidade/responsabilizar/responsabilize				
			vários olhares	resultados/objetivos/quantitativos	grande política administrativa	autonomia	participação				
			administrativa	carência	descentralizada	sentar com o outros	compromisso/comprometimento				
			administração	instância macro	descentralização política-administrativa	luta constante	postura				
			formalização	nível macro	como administrar	forma horizontal dessa relação	abrir mão (renúncia)				
			padronização	modelo de gestão	administração política	poder	desejo				
			programas indutivos	sistema político-econômico	de cuidado	convivendo/convívio	conhecimento				
			criar instrumentos	lógica capitalista	solução dos problemas	tensões	motivação				
			demanda	Não dá lucro	redução de agravos	relações	apoio				
			atingindo metas		tratamento/assistência/prevenção	ponte	interesse				
			metas		lugar legítimo	quebrar essa questão de que os profissionais que sabem	falta de tempo				
			dar uma resposta			Inventa, reage, crítica e se rebela	barreiras				
			resolver os problemas				medo				
			ação política				culpa				

			partidária		legitimado Conselho Gestor de Saúde Gestor Responsável Coordenação gestor maior Secretário de Saúde Presidente Governo Bambambam Hierarquizar as relações/ diferenciar Diretor uma coisa imposta Conselho Escolar		quebrar picotadozinho solta o cachorro em cima! ampliar abrangente				
--	--	--	------------	--	---	--	---	--	--	--	--

APÊNDICE B – CONJUNTOS DE SENTIDOS PRODUZIDOS A PARTIR DO REPERTÓRIO LINGUÍSTICO

Gestão em Saúde			
Integralidade	Descentralização	Participação/Autonomia/Corresponsabilidade	Saúde do Trabalhador
<p>Cuidado</p> <p>modelos de atenção não diferem dos modelos de gestão</p> <p>planejamento</p> <p>complexidade e singularidade</p>	<p>gestão participativa e democrática</p> <p>administração, habilidades e competências</p> <p>produtividade: metas e resultados</p> <p>o bambambam</p> <p>políticas econômicas e de saúde</p> <p>complexa e potencializadora</p>	<p>transversalidade como modo de transformação das relações e comunicação entre os sujeitos</p> <p>indissociabilidade entre atenção e gestão, integrando os modos de cuidar aos modos de gerir e processos de trabalho</p> <p>protagonismo, autonomia e corresponsabilidade dos sujeitos e coletivos na produção de si, do cuidado e do mundo</p>	<p>cuidando do cuidador</p> <p>diálogo a partir/como integrador de ensino-gestão-atenção</p> <p>o trabalho como produtividade</p> <p>modelo-identidade-função-papel</p> <p>gerenciamento e planejamento.</p>

APÊNDICE C – ROTEIRO DAS RODAS DE CONVERSA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Roteiro das Rodas de Conversa

1. Quais suas concepções sobre gestão da saúde?
2. Gestão em Saúde é importante para a psicologia?
3. O PET-Saúde/Saúde da família/UFAL traz/trouxe quais questões sobre Gestão em Saúde?
4. Estas questões reverberaram no curso ou na formação em Psicologia? De que forma?

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntári(o,a) da pesquisa e pelo responsável)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,....., tendo sido convidad(o,a) a participar como voluntári(o,a) do estudo *Gestão em Saúde e Formação em Psicologia* recebi do Sr. Luciano Bairros da Silva e do Prof. Dr Jefferson Bernardes, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a Pesquisar as relações entre a Gestão em Saúde e a Formação em Psicologia;
- Que a importância deste estudo é a de tratar-se de um assunto que tem tomado relevância nos últimos anos nos indexadores de trabalhos científicos, mas apresentando pouca pesquisa no âmbito da psicologia e da formação;
- Que os resultados que se desejam alcançar são: a) entender qual a importância da gestão em saúde para a Psicologia; b) quais as questões sobre gestão em saúde o PET-Saúde/Saúde da família/UFAL suscita; e c) de que forma estas questões reverberam na formação em Psicologia;
- Que esse estudo começará no início do mês de abril de 2011 e será concluído no mês de março de 2013;
- Que o estudo será feito da seguinte maneira: estão previstas inicialmente três Rodas de Conversa com os participantes do PET-Saúde/Saúde da Família – UFAL/Campus Maceió, divididos conforme os seguintes grupos: a) professores e tutores; b) preceptores; e c) alunos bolsistas e não-bolsistas/colaboradores. Após a transcrição dos grupos e análise preliminar dos resultados será realizada outra Roda de Conversa, em grupo, com a participação conjunta de professores, tutores, preceptores e alunos bolsistas e não bolsistas para discussão e análise dos resultados preliminares;
- Que eu participarei das seguintes etapas: Roda de Conversa do a) grupo de professores e tutores; ou do b) grupo de preceptores; ou do c) grupo de alunos bolsistas e não-bolsistas/colaboradores, de acordo com meu vínculo no PET-Saúde/Saúde da Família/UFAL. E participarei também na Roda de Conversa com a presença conjunta de professores, tutores, preceptores e alunos bolsistas e não bolsistas para discussão e análise dos resultados preliminares;
- Que não existem outros meios conhecidos para se obter os mesmos resultados;
- Que possivelmente não sentirei incômodos com minha participação na pesquisa, mas sentindo poderei me recusar a continuar participando da pesquisa, não havendo com isso qualquer tipo de prejuízo a minha pessoa;
- Que haverá riscos mínimos a minha saúde física e mental, pois os possíveis danos que poderiam advir estão desde já descartados devido ao compromisso dos pesquisadores de somente revelarem informações autorizadas;
- Que a minha participação será sempre acompanhada pelos pesquisadores e responsável acima citado, que estarão sempre disponíveis para esclarecer qualquer dúvida sobre cada uma das etapas ou propostas da pesquisa;
- Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente, são a elaboração e a qualificação em minha formação e prática psicológica no âmbito do Sistema Único de Saúde;

- Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;
- Que não haverá nenhuma indenização.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(o,a) participante-voluntári(o,a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Contato de urgência: Sr. Jefferson Bernardes

Domicílio: Rua Roberto Mascarenhas de Brito / Nº: 426/803

Bairro: Mangabeiras / CEP 57037-900 / Cidade: Maceió/AL / Telefone: 82-8719-1015

Ponto de referência: Atrás do Jatiúca Resort Hotel

Endereço dos responsáveis pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: UFAL

Endereço: Av. Lourival Melo Mota / Nº: s/n / Complemento: ICHCA / Curso de Psicologia

Bairro: Tabuleiro dos Martins / CEP 57072-970 / Cidade: Maceió/AL

Telefones p/contato: 82-3214-1336

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas:

Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: 82-3214-1041

Maceió, _____ de _____ de 2012.

	<p><i>Prof. Dr Jefferson Bernardes</i></p> <p><i>Luciano Bairros da Silva</i></p>
<p>(Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal - Rubricar as demais folhas)</p>	<p>Nome e Assinatura dos responsáveis pelo estudo (Rubricar as demais páginas)</p>

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**AUTORIZAÇÃO**

Informamos estar cientes que o discente, do Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Psicologia da UFAL, Luciano Bairros da Silva, inscrito no RG 7079160177, com CPF 819274440-04, registro profissional CRP15/3120, realizará a pesquisa intitulada “Concepções de gestão na formação em psicologia”. Para tanto, concedemos autorização para o mesmo realizar sua pesquisa junto ao PET-Saúde/UFAL, declarando conhecer na íntegra o citado projeto de pesquisa.

Jefferson Bernardes

Coordenador do PET-Saúde/UFAL

Maceió, 10 de outubro de 2012.