



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

HERMÍNIA MARIA SOUSA DA PONTE

**DO DISPOSITIVO AO INSTITUÍDO: O Método da Roda em
Sobral-CE promove a Co-Gestão de Coletivos?**

**Fortaleza-CE
2013**

HERMÍNIA MARIA SOUSA DA PONTE

**DO DISPOSITIVO AO INSTITUÍDO: O Método da Roda em
Sobral-CE promove a Co-Gestão de Coletivos?**

Dissertação submetida à coordenação do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Lucia Conde de Oliveira

**Fortaleza-CE
2013**

HERMÍNIA MARIA SOUSA DA PONTE

**DO DISPOSITIVO AO INSTITUÍDO: O Método da Roda em
Sobral-CE promove a Co-Gestão de Coletivos?**

Dissertação submetida à coordenação do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Lucia Conde de Oliveira

Aprovada em: 27/12/2012

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lucia Conde de Oliveira (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará

Profa. Dra. Ilvana Lima Verde Gomes
Universidade Estadual do Ceará

Profa. Dra Maria Marlene Marques Avila
Universidade Estadual do Ceará

“ A utopia esta lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais a alcançarei. Para que serve a Utópia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar”

EDUARDO GALEANO

RESUMO

A Função Paidéia ou Método da Roda privilegia as pessoas, tendo como principal característica a gestão e o planejamento pautados na produção de sujeitos e coletivos organizados, rompendo com o modelo gerencial hegemônico, onde o exercício da subjetividade é visto como empecilho à ordem e o progresso. Portanto esse método é uma proposta de trabalho pautada na construção da criatividade e do compromisso social com a liberdade, sendo um dispositivo de uma práxis democrática. A referida pesquisa teve como objetivo geral analisar se o Método da Roda em Sobral-CE, que tem esse dispositivo implantado desde 2001, contribuiu para uma nova dialética entre autonomia e participação social dos trabalhadores da saúde possibilitando a co-gestão de coletivos no âmbito da Gestão pública e nos processos de trabalho na Estratégia em Saúde da Família (ESF). Adotou-se a técnica da etnometodológico com abordagem qualitativa, através da pesquisa de campo, através da observação sistemática associada a entrevistas (individuais e coletivas semi-estruturadas). O Cenário compreendeu dois Centros de Saúde da Família (CSF) de Sobral-CE, um pertencente da zona urbana e outro da zona rural, que tivesse o maior número de equipes e o primeiro a ser implantado. A pesquisa ocorreu após submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde. Os resultados versaram entre o distanciamento operacional da teoria e a realidade da proposta da co-gestão, embora seja um espaço incontestável na produção coletiva, para planejar e discutir os problemas do território e do trabalho, encontra-se um predomínio da dimensão administrativa, em detrimento do pedagógico, político e terapêutico, semelhante a qualquer reunião administrativa. Na visão dos atores as Rodas tornaram espaço consultivo, de cobrança e distribuidor de “tarefa” para atender indicadores epidemiológicos, com decisão unidirecional, centrada aos profissionais de Enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde, o que tem proporcionado o absenteísmo de alguns profissionais, como médico, dentistas, vigias, auxiliar de serviços gerais e motoristas. Entre as estratégias exitosas destaca os cuidadores das Rodas que possibilita a distribuição de compromissos entre os trabalhadores e a figura do preceptor de território que desenvolve a função de um apoiador institucional que tem facilitado os processos de trabalho. É inegável a potencialidade do método da Roda como um dispositivo de gestão, contudo há desafios tocantes para re-significação da Roda, como uma postura democrática de toda a gestão municipal, não restrita as Equipes de Saúde da Família, com respeito aos processos micropolítico local, com efetivo canal de escuta-implementação e expansão dos preceptores de território para que este contribua na implementação dos dispositivos da Roda.

Palavra-Chave: Gestão Participativa, Método da Roda e Estratégia em Saúde da Família

ABSTRACT

FROM THE APPLIANCE TO THE INSTITUTED WAY: Does the Wheel Method instigates the Collective Co-Management in Sobral city?

The study aims to investigate whether the Wheel Method in Sobral city instigates the Co-Management strategies among the co-workers involved in the Family Health Strategy project and the Local Health System, contributing in this way to a new dialectic between the autonomy and the social participation enabling the Collective Co-Management within the public management scope and during the work process. It was adopted the Ethnomethodological technique with a qualitative approach through a field research and under a systematic observation associated to some interviews (individual and semistructured collective ones). The scenario embraced two Family Health Centers (CSF) of Sobral city; one belongs to the urban area and another one to the countryside. The results turned between the huge separation of a 'non working' theory and the co-management suggestion reality. Although this field is an undeniable space for collective production in order to plan and discuss the work and territory issues, there's an administrative dimension predominance with an 'educational, political and therapeutic' damage like any administrative business. In the actors' standpoint, the Wheels became a consultative space which demands and gives "assignments" to serve epidemiological indicators, in a one-sided direction decision, focused on Nursing Professionals and Community Health Care Agent, what has provided an absenteeism of some professionals in this work field.

Key-Word: Co-Management, Wheel Method , Family Health Strategy

LISTA DE ABREVIATURA

| | |
|---------|--|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CSF | Centro de Saúde da Família |
| EFSFVS | Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia |
| ESF | Estratégia em Saúde da Família |
| GF | Grupo Focal |
| NASF | Núcleo de Apoio a Saúde da Família |
| SSAS | Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TSB | Técnico de Saúde Bucal |
| UEVA | Universidade Estadual Vale do Acaraú |
| UNICAMP | Universidade Estadual de Campinas |
| PNHAH | Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar |
| PNHSUS | Política Nacional de Humanização no SUS |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1.0 Introdução | 10 |
| 2.0 Objetivos | 15 |
| 3.0 O Desenhos de Gestão Participativa | 16 |
| 3.1 Participação dos Trabalhadores na Gestão: trajetória histórica e modelos | 16 |
| 3.2 Gestão Participativa Restritiva e Consultiva | 19 |
| 3.3 Gestão Participativa Coletiva: Os Comitês de Fábricas | 21 |
| 3.4 Cogestão..... | 22 |
| 3.5 Gestão Cooperativa | 24 |
| 4.0 Gestão Pública e Saúde: Pressupostos Teóricos e Históricos | 25 |
| 4.1 Gestão em Saúde na Perspectiva do SUS | 29 |
| 5. O método da roda: um dispositivo de co-gestão de coletivos | 31 |
| 5.1 Dialogando com Gastão Wagner de Souza Campos | 31 |
| 5.2 O Método da Roda: sua concepção filosófica | 32 |
| 5.3 O Método da Roda: um dispositivo de co-gestão de coletivos | 36 |
| 6.0 Sobral e a Estratégia em Saúde da Família | 41 |
| 6.1 Sobral: cidade em transformação | 41 |
| 6.2 Sistema municipal de saúde de Sobral de 1997 a 2011 - um relato de atos e fatos | 42 |
| 4.3 Institucionalização do método da roda na estratégia em saúde da família de Sobral | 44 |
| 7. Trilhas Metodologia | 48 |
| 8.0 A Roda na visão dos Atores da Estratégia em Saúde da Família | 56 |
| 8.1 A Roda entre a teoria e a Realidade | 56 |
| 8.2 Olhares e sentimentos dos trabalhadores | 60 |
| 8.3 As Rodas são espelho da Reunião de Gerentes..... | 69 |
| 8.4 As Rodas é o desafio do potencial micro-político..... | 72 |
| 8.5 Estratégias de Revitalização das Rodas | 75 |
| 9.0 Apoiadores da Roda: O Preceptor de Território | 77 |
| 10. Os Dispositivos da Roda: Desafio de Implementação..... | 80 |
| 10.1 O Componente Político das Rodas | 81 |
| 10.2 O Componente Gerencial/Administrativo das Rodas..... | 85 |
| 10.2.1O Papel do Gerente em uma Organização democrática | 87 |
| 10.3 O Componente Pedagógico | 89 |
| 10.4 O Componente Terapêutico | 91 |
| 11. Considerações Finais | 95 |
| Referencial bibliográfico | 99 |
| Apêndice A – roteiro para o grupo focal para gerente..... | |
| Apêndice B– roteiro de observação para as reuniões das equipes dos centros de saúde da família. | |
| Apêndice C – termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para o grupo focal | |
| Apêndice D - termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para a observação participante | |
| Anexo- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – Plataforma Brasil | |

1. INTRODUÇÃO

Durante a vida acadêmica e profissional tive uma caminhada implicada com a participação social, que teve início com o Movimento Estudantil do Curso de Enfermagem, onde exerci a função de Presidente do Centro Acadêmico, e como objeto de uma prática, abordei a História do Movimento Estudantil da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA), em Sobral-CE, como trabalho de conclusão de curso. Ainda como estudante tornei-me Conselheira de Saúde de Sobral, segmento de usuário, representando os estudantes da área da saúde, onde obtive uma vivência e formação profissional complementar as disciplinas curriculares ofertadas pela Universidade.

Egressa da Enfermagem fui contratada pela Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, e assumi Coordenação de Mobilização e Participação Popular, que tem como atribuição apoiar a gestão democrática e participativa na saúde, através do Conselho Municipal e Local de Saúde, sendo elo entre a Gestão e a população, bem como na formação de atores sociais para o controle social na saúde. Veio dessa vivência o desejo de estudar o desafio da participação popular nos Conselhos Locais de Saúde de Sobral, durante pós-graduação *lato sensu*.

Agora uma nova provocação no campo da vivência profissional e a interface com a pesquisa, junto aos trabalhadores da Saúde da Estratégia em Saúde da Família (ESF). A aproximação com o universo da democracia participativa, a partir da análise do Método de Co-gestão de Coletivos, denominado Método Paidéia ou Método da Roda, que fora adotado no município de Sobral-CE, desde 2001.

A Função Paidéia ou Método da Roda privilegia as pessoas, tendo como principal característica a gestão e o planejamento pautados na produção de sujeitos e coletivos organizados. Rompendo com o modelo gerencial hegemônico, onde o exercício da subjetividade é visto como empecilho à ordem e o progresso, propondo uma nova prática no cotidiano dos trabalhadores da saúde. Portanto esse método é uma proposta de trabalho pautada pela construção da subjetividade, da criatividade e do compromisso social com a liberdade, sendo um dispositivo de uma práxis democrática. Com base nesse “pano de fundo”, analisamos se o Método da Roda em Sobral contribui para uma nova dialética entre

autonomia e participação social dos trabalhadores da saúde possibilitando a co-gestão de coletivos no âmbito da Gestão pública e nos processos de trabalho na ESF.

A partir da década de 1970, junto com o processo de democratização do País, a problematização sobre o sistema de saúde brasileiro foi intensa. Intelectuais e grupos sociais passaram a defender mudanças significativas no modelo de saúde historicamente excludente, esse movimento político fora denominado de Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que logrou sucesso a partir do desenho constitucional, através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na década seguinte, consolidaram-se ainda os propósitos de um projeto para a saúde pública brasileira, nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção e participação (Andrade e Barreto, 2007). Desde então, os desafios são muitos, que acontecem de forma impar no cotidiano do SUS.

Além de uma formatação filosófica foi construído o arcabouço jurídico do SUS, que fez-se pensar estratégia de operacionalização das políticas de saúde, que previam a descentralização por meio de uma rede regionalizada e hierarquizadas de serviços. A década de 1990 foi marcada pela consolidação dos serviços e programas, principalmente o Programa/Estratégia em Saúde da Família que tem sido capaz de produzir impacto positivo como novo modelo de atenção e na superação do modelo de saúde hegemônico (calcado na supervalorização das práticas da medicina curativa, especializada e hospitalar).

A Estratégia em Saúde da Família (ESF) é considerada uma ferramenta para promover mudanças no atual modelo de atenção à saúde do país, possibilitando a efetividade dos princípios que norteiam o SUS, como: integralidade da assistência, universalidade, equidade, participação e controle social, intersetorialidade, resolutividade, saúde como direito de todos e humanização do atendimento. E ainda, elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais. Propõe trabalhar na perspectiva da vigilância à saúde, com responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 2011).

Após consolidação do arcabouço jurídico e institucional da saúde pública, surgem novos desafios que são do âmbito dos processos de trabalho e da gestão do SUS. Nesse novo modelo de atenção voltado a Saúde da Família, o gerenciamento dos serviços de saúde deve ser articulado de forma que possibilite o compartilhamento de poder da equipe de saúde

(VANDERLEI; ALMEIDA, 2007). Sendo essencial que ocorra de maneira participativa, dentro da realidade local, o que caracterizaria uma co-gestão.

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho(BRASIL, 2011).

O processo de trabalho em saúde exige dos seus sujeitos autonomia, criatividade, e ressignificação constante. Portanto, há de se construir outro modo de fazer gestão em saúde. Assim, Gastão Wagner de Sousa Campos (2007) aplica e sistematiza um método de Co-Gestão de Coletivos, com embasamento ideológico fundado na crítica ao taylorismo, corrente de pensamento administrativo concebida por Frederik Winslow Taylor, criador e participante mais destacado do movimento da Administração Científica. Enquanto a administração científica, e a racionalidade gerencial hegemônica pensavam o trabalho como meramente um meio de subsistência, e portanto, as pessoas, a massa trabalhadora em geral, como seres incapazes de pensar e criar.

Campos (2007) procura dialogar diante dessa premissa e revela que o trabalho pode e deve implicar também à constituição antropológica das pessoas e de sua rede de relações desburocratiza as relações de trabalho, democratiza o saber e as práticas das pessoas.

Enquanto o pensamento taylorista adverte o trabalhador para que o mesmo acredite no trabalho apenas como forma de recebimento de dinheiro para sua subsistência, a co-gestão de coletivos ou a “roda”, busca valorizar sua ideia, sua capacidade de pensar e seu conhecimento para uma suposta intervenção, seu poder de modificar e ampliar sua capacidade não apenas motora e instrumental. Campos (2007, p. 30) anuncia que todo Coletivo Organizado para a produção cumpre um duplo papel: “produzir bens ou serviços de interesse social, ou seja, valores de uso que tenham a potencialidade de atender a necessidades sociais; e ao mesmo tempo, assegurar a sobrevivência da própria organização e do conjunto de agentes que a integrem ou dela dependam”.

Destaca-se também que o Método da Roda aponta para uma visão de gestão que supera e confronta as abordagens tradicionais centradas numa perspectiva meramente

instrumental, ou seja, traz algumas implicações que colocam a necessidade de avançar na construção de trabalhadores reflexivos, críticos, solidários e autônomos (CAMPOS, 2007).

Dentro desse contexto, o referido teórico defende o “Método da Roda” como um instrumento de apoio a co-gestão, método este que objetiva ajudar na qualificação dos serviços produzidos pelos sujeitos envolvidos no processo de construção coletiva, trabalhando também a capacidade de análise e intervenção desses sujeitos.

No âmbito do SUS, em particular, o planejamento juntamente com a avaliação é um instrumento estratégico de gestão, mediante o qual cada esfera de governo deve se valer para a observância dos princípios e o cumprimento das diretrizes operacionais que norteiam o Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o desenvolvimento e a operacionalização oportuna do processo de planejamento devem ser preocupação constante dos gestores e dos profissionais do SUS (BRASIL, 2007).

O Método da Roda ou Método Paidéia, opera com o conceito ampliado de gestão, e propõe uma metodologia na qual os espaços de co-gestão de coletivos devem operar nas seguintes funções: gerencial, política, pedagógica e “terapêutica”, como também trabalha com a noção de que há simultaneidade entre a geração, a coleta e a análise de informação.

Em 2001, a Secretaria de Desenvolvimento Social e da Saúde de Sobral implantou o Método da Roda proposto por Campos (2007) como o novo modelo de gerenciamento e gestão da rede pública. Para sua implementação, ocorreram dois Encontros das Rodas de Saúde de Sobral, o primeiro em 2001 com todos os profissionais para sensibilização e socialização da proposta e o segundo em 2003, na perspectiva de avaliação dos primeiros dois anos de sua implantação (2001 – 2003), tendo uma análise positiva e uma intensificação pelo município desse novo modelo de co-gestão (PAGANI, 2007).

Assim, é nesse cenário municipal de experiência encampada há mais de 10 anos, que me aproximo, para compreender junto aos trabalhadores e Gestores da Saúde, como se dá a co-gestão de coletivos na implementação das políticas públicas, tendo como dispositivo operacional o Método da Roda.

Didaticamente, classifiquei as perguntas disparadoras em três eixos: 1. Co-gestão do sistema de saúde; 2. Componentes operativos do “Método da Roda”; 3. As Evidências de políticas e ações elaboradas nesses espaços de co-gestão.

No âmbito da Co-gestão do sistema de saúde as indagações são: O Método da Roda no município Sobral-CE contribui na co-gestão entre os trabalhadores e o sistema municipal

de saúde? As propostas que são provenientes de uma Roda de um Centro de Saúde da Família (CSF) chegam a transformar as práticas nos seus micro-espços (nível local), ou no âmbito macro do sistema municipal de saúde?

No Eixo operativo do “Método da Roda”. Campos (2007) explicita que as Rodas acontecem em quatro dimensões: Gerencial, política, pedagógica e o terapêutica. Como estaremos em campo para observação, pretendemos descrever quais desses componentes são mais vivenciados em uma roda da unidade de saúde? Quem “cuida da Roda”, prima por uma organização didático-gerencial dos momentos?.

Na esfera das evidências, dessa prática da co-gestão dos Centros de Saúde da Família: O que os trabalhadores da saúde elencam como resultados, seja no campo objetivo, em proposições de políticas e/ou arranjos dos processos de trabalho a nível local e municipais ou no campo subjetivo, a partir de uma prática individual mais crítica e colaborativa, que fora estimulada por esse método de gestão democrática.

Cotidianamente, os profissionais de saúde constroem um sistema de saúde singular, pois a todo momento estamos construindo novas práticas e saberes nos serviços. Aproximo-me na perspectiva de conhecer a realidade e postular percursos possíveis na resignificação da gestão participativa. E contribuir de forma positiva para o fortalecimento da gestão participativa e autonomia dos trabalhadores da Estratégia em Saúde da Família.

2.OBJETIVOS

Analisar o “Método da Roda” no município Sobral-CE enquanto promotor de espaços de co-gestão de coletivos.

Averiguar se o Método da Roda no município Sobral-CE constrói espaços de co-gestão entre os trabalhadores e o Sistema Municipal de Saúde;

Descrever os componentes gerencial, político, pedagógico e terapêutico que são implementados com maior frequência nas Rodas dos Centros de Saúde da Família

Identificar as evidências de co-gestão dos Centros de Saúde da Família.

3. DESENHOS DE GESTÃO PARTICIPATIVA

Nessa parte apresento algumas características e estratégias de gestão participativa, dentro de organizações privadas e públicas, as relações de poder e de trabalho nas organizações sociais. Abordo nessa sessão as teorias de participação dos trabalhadores na Gestão, e nos demais tópicos aprofundo os diversos modelos de gestão participativa: Gestão Participativa Restritiva e Consultiva; Gestão Participativa; Co-gestão e Gestão Cooperativa.

Em seguida faço uma discussão sobre gestão pública democrática, e adentro no Método de Co-gestão de coletivos, que é o referencial teórico que aprofundo nesse estudo, tendo como cenário o Sistema de Saúde de Sobral e o resgate histórico de implementação desse dispositivo de co-gestão dos Centros de Saúde da Família, que fora campo de imersão e discussão dos problemas de pesquisa.

3.1 Participação dos Trabalhadores na Gestão: trajetória histórica e modelos

Não se pretende neste item recuperar a história de resistência dos movimentos operários, mas apenas mostrar que as formas de participação da gestão estão constituídas nesse movimento. Afinal de conta as formas de participação na gestão não é concessão do capital aos trabalhadores, e sim uma conquista histórica de enfrentamento no interior do sistema capitalista.

Após dois séculos críticos (XIV e XV), convulsionados por guerras, principalmente no final do século XV com descoberta de novas terras por espanhóis e portugueses, inicia-se mudanças profundas na economia, marcadas pela dissolução das estruturas feudais, a modificação da organização de produção; o desaparecimento das corporações de trabalho artesanal e a generalização do regime de trabalho assalariado (FARIAS, 2004, v.I).

O regime de trabalho assalariado torna-se a base do modelo liberal capitalista, pois ao mesmo tempo em afirma que o trabalhador é livre para vender sua força de trabalho, também serve de referência para que se estabeleça valor de troca das mercadorias. Surge também no desenvolvimento da manufatura, a figura do empresário, que é o proprietário que possui capital para adquirir matéria prima e que concentra grande número de operários assalariados. Outra mudança significativa são as tecnológicas que aumentam a produtividade e aceleraram

o processo de divisão do trabalho, ou seja tornando impossível que um produto seja obra pessoal de único operário(FARIAS, 2009).

Nos Fins do século XVIII ocorre na Inglaterra, o que se tem chamado de Revolução Industrial, resultado de adoção de serie de inovações tecnológicas aplicadas à organização das fabricas e ao trabalho produtivo. O que forçaram aos trabalhadores atuarem na indústria em um ritmo regular e ininterrupto. Os patrões queixavam-se da preguiça dos operários e de sua falta de ambição (trabalhavam o suficiente para o sustento mensal), e a solução encontrada foi a remuneração tão baixa que obrigava o operário a trabalhar a semana inteira para seu sustento.

Para termos uma maior compreensão desse modelo de opressão ao trabalhador Fedreich Engels em sua obra clássica sobre “A situação da Classe trabalhadora em Inglaterra” descreve as condições de trabalho e remuneração:

Os operários eram levados a morar em miseráveis tugúrios(choças), onde o frio tornava-os tuberculosos; II. Nos bairros dos operários os alimentos eram de ínfima qualidade: o que se vendia ali com preços elevados, já havia sido rejeitado em outros bairros; III A jornada de trabalho normal era de 15horas (ENGELS,1975, p.58)

O Regime de trabalho caracteriza-se por aplicação de multas e castigos. Em algumas fabricas o regulamento permitia ao capitalista impor multa aos operários de cerca de 1/6 de sua remuneração se recusassem a denunciar os companheiros de trabalho que houvesse cometido falta. Nas Fabricas de algodão em Manchester, os operários trabalhavam em ambientes fechados, a uma temperatura média de 30°C (para favorecer o tratamento do tecido), não sendo permitido usar água para beber ou se refrescar, salvos nos 30 minutos de descanso, numa jornada de mais de 14 horas (ENGELS, 1975).

Assim contra esse feixe de ações impostas pela necessidade de acumulação capitalista, surgem formas diversas de resistência operária (sindicatos, greves, conselhos de fábrica, etc) e suas características políticas são resultados de contexto histórico em nível do processo e da organização do trabalho.

Num breve resgate histórico, os movimentos dos trabalhadores tiveram suas formas iniciais através de manifestações de revoltas com o quebra-quebra das maquinas e foram evoluindo até a organização operária com sindicatos e partidos políticos. As primeiras organizações são datadas de 1844, quando 28 tecelões fundaram uma associação em Rochdale, a qual deu origem ao cooperativismo. Em 1905, em Petersburgo, na Rússia, surge o *soviete* (Conselho), eleito por 200 mil operários da capital. É também nessa época (1905-

1906) que aparece na Itália, a comissão interna de fábrica, proposta por operários metalúrgicos. E Por volta de 1917 e 1923 expande os conselhos na maioria dos países europeus. No Brasil também surge no período de 1945-1947 o movimento operário e sindical, a partir do questionamento da estrutura sindical no Estado Novo, especialmente entre os metalúrgicos, têxteis e ferroviários de São Paulo (ANTUNES; NOUGUEIRA, 1981).

A participação dos trabalhadores na gestão das unidades produtivas, enquanto uma conquista do conjunto dos trabalhadores, não é um processo que se dá de maneira pacífica, e sim de uma luta constante em todos os níveis hierárquicos de uma empresa.

A Participação, como observou Fernando Motta (1983), é um conceito ambíguo, que reflete múltiplas realidades, referindo-se a uma proximidade com o poder. A participação precisa ser vista “em termos de questões técnicas, organizacionais e econômicas, é necessário acrescentar os níveis jurídico-político e ideológico”, que formam o quadro geral onde o processo de participação ocorre. Como próprio Motta (1983) percebeu “a preocupação com a participação surge com a crescente impossibilidade de supressão do conflito apenas através da coação física”.

Tabb e Goldfarb (1970;1975) apresentam tipos e dimensões de participação dentro de uma organização produtiva. Na primeira aborda quatro tipos de participação: I- participação dos trabalhadores nos Lucros, II- participação dos trabalhadores ou seus representantes em consultas, III- participação dos trabalhadores nas decisões gerenciais e IV- participação dos trabalhadores na tomada de decisão sem uma área definida de autoridade. Em relação à dimensão são divididas entre amplitude de participação e grau de participação. Que será abordado nos parágrafos seguintes.

Amplitude da participação refere-se ao tamanho relativo do grupo de trabalho que está diretamente envolvido na gestão ou processo de decisão da empresa. Na proposta de Tabb e Goldfarb (1970;1975) percebe-se que amplitude da participação é medida pela quantidade de trabalhadores envolvidos, e sua relação com a qualidade da participação. É importante ressaltar que a amplitude de sua representação e sua efetividade (capacidade dos trabalhadores em destituir seus representantes a qualquer tempo) deve ser considerada. Outra questão é o conteúdo das decisões, por exemplo, uma decisão tomada em assembléia (amplitude máxima) sobre um assunto que não interfira nas questões essenciais da organização, tem um impacto efetivamente menor que uma decisão tomada por um conselho representativo (amplitude

menor) que altera tais relações. Portanto amplitude de participação integra efetividade e viabilidade dos trabalhadores nas decisões.

Os Graus de Participação assume as seguintes categorias: nenhum, consultivo, controle, gestão conjunta e autogestão, numa permissão oferecida em cada caso por quem possui o controle do processo, trata-se de um acordo formal (TABB; GOLDFARB; 1970;1975).

Rothschild e Whitt (1986) apresentam os limites e obstáculos à democracia organizacional. Que são: 1. Tempo - democracia demanda tempo e esse é o maior obstáculo, o tempo utilizado em reuniões de tomadas de decisão, para planejamento, para as discussões de tarefas, estratégias, etc; 2. Intensidade Emocional - as relações diretas devem provocar mais satisfações do que as relações impessoais da burocracia; e por fim, 3. Hábitos e valores não democráticos: devido à natureza de suas experiências anteriores, muitas pessoas não estão bem preparadas para democracia participativa.

Nas formas participativas propostas por teóricos, a reorganização das relações no processo de produção mantém autoridade das hierarquias supervisoras e o poder continua a pertencer ao capital. No entanto no mundo do trabalho e das organizações novas estruturas e experiências participativas vêm sendo desenhadas na perspectiva de valorar a participação social numa unidade produtiva.

Nos próximos tópicos será feito uma discussão sobre diversas experiências que podem ser consideradas como referências para compor um panorama das alternativas de gestão e tipos de organização.

3.2 Gestão Participativa Restritiva e Consultiva.

A participação restrita ao local do trabalho reduz-se a apropriação do saber do trabalhador na operação das tarefas, procurando extrair dele a melhor forma de execução das mesmas através de mudança do sistema repetitivo para um trabalho denominado de “criativo” ou “participativo”. Em muitos momentos confunde-se com as formas consultivas, pois o trabalhador é chamado a opinar sobre as melhores maneiras de execução das tarefas, a dar sugestões de melhoria na própria gestão do processo de trabalho, a colaborar com a gerência em sua atividade de controle (FARIAS, 2009).

Ao falar em enriquecer o trabalho é torná-lo menos monótono, repetitivo e alienante. O enriquecimento e o alargamento das tarefas, quando aplicadas a nível de grupos de trabalho, resultam em equipes semiautônomas de produção, buscando desenvolver atividade mental, que fora subtraída no esquema Taylorista-fordista.

Esses dois sistemas visavam à maximização da produção e do lucro. De acordo com Frederick Winslow Taylor o funcionário deveria apenas exercer sua função/tarefa em um menor tempo possível durante o processo produtivo, aperfeiçoou o processo de divisão técnica do trabalho a padronização e a realização de atividades simples e repetitivas. Henry Ford introduziu as linhas de montagem, na qual cada operário ficava em um determinado local realizando uma tarefa específica, enquanto o produto fabricado se deslocava, com isso, as máquinas ditavam o ritmo do trabalho.

Os grupos semiautônomos, são propostas contra hegemônicos ao modelo tradicional supracitado, portanto ele “propõem que se atribua uma tarefa a um grupo (e não a uma pessoa) e que se dê autonomia ao grupo para organizar-se como quiser, desde que contemple a tarefa no prazo, no custo e na qualidade” (FLEURY, 1985, p.54).

Para o mesmo autor, o grupo semi-autônomos é um grupo de trabalhadores que executa, cooperativamente, as tarefas que são designadas ao grupo, sem que haja uma pré-definição de função para os membros. Eles não têm acesso às decisões sobre os programas, equipamento ou investimentos, a sua organização restringe-se ao nível de tarefas.

Nesse sentido os grupos semiautônomos na visão de Farias (2009) são definidos como:

Grupos de empregados articulados entre si, através de representante, que se responsabilizam por um conjunto de tarefas independentes. A partir de uma liberdade concedida (que como toda concessão, pode ser retirada a qualquer tempo), os trabalhadores são agrupados, alterando suas relações individualizadas com o trabalho, própria do taylorismo-fordismo, mas não na sua sujeição à gerencia, também própria do taylorismo-fordismo.(FARIAS, 2009, p 134)

O autor ainda alerta, que essa característica de gestão participativa, constitui-se exclusivamente como ideologia do capital, como estratégia de dominação e controle e não como iniciativa do trabalhador.

Para compreender como se organiza esse modelo de gestão, vamos citar o pensamento de Linkert (1971, p 9-10), ao afirmar que a participação não é uma conquista do conjunto de indivíduos, mas um meio de manter o interesse dos mesmos nos projetos da organização, pois a essência “de todas as tarefas administrativas, dirigir o comportamento

humano é mais importante”. Na perspectiva gerencialista, a participação é tarefa da direção na cooptação dos indivíduos, ao mesmo tempo que controla os possíveis conflitos e antecipa as suas eclosões.

A participação restrita ou consultiva caracteriza-se igualmente nas noções de alargamento e enriquecimento de tarefas nas formas de trabalho executadas pelos grupos semiautônomos. A primeira, centrada nas necessidades individuais dos sujeitos satisfeitas em cargos isolados e a segunda, centrado no princípio de que as relações de trabalho estão fundadas em uma espécie de esforço cooperativo (FARIAS, 2009).

Segundo Hillesheim e Cosmo (1988), as reuniões para o desenvolvimento dos grupos semiautônomos devem ser realizadas preferencialmente nos locais de trabalho, aproveitando, porem situações de paradas da máquinas em manutenção, destacada as idéias de intensificação da jornada de trabalho e redução do tempo ocioso. As mudanças promovidas objetivam reforçar o controle gerencial sobre o processo de trabalho, ao mesmo tempo obter maior cooperação e envolvimento dos empregados.

O que muito nos faz refletir que essa concepção de pós-fordismo, é uma ilusão, pois encontramos novas formas de gestão que traz características, um neo-taylorismo-fordismo, pois as relações de trabalho-capital nos locais de trabalho não mudaram, e o que mudou são as formas de subordinação do trabalho ao capital.

3.3 Gestão Participativa Coletiva: Os Comitês de Fábricas

Como elemento constitutivo de gestão do trabalho pelos trabalhadores de fabricas, surge na Espanha os Comitês de fábrica (Comissões), através de um sistema participativo representativo visando resolver problemas específicos e pontuais. Essa forma de participação resulta no acordo entre trabalhadores e empresários, através de um pacto de convivência que não resolve conflitos decorrentes de interesses divergentes de natureza macrossocial ou de classe, apenas cria um ambiente de apaziguamento de situações mais tensas no plano das relações (FARIAS, 2009).

No Estatuto de los trabajadores (1980), definia o direito a greve e sindicalização sob forma de comissões e comitês. Em termos de relação de trabalho, cabia aos trabalhadores o cumprimento das obrigações concretas ao seu posto de trabalho, e sob direção do empresário ou da gerência, facultado a doação de medidas de vigilância e controle que permitiam verificar

o cumprimento, pelos trabalhadores de suas obrigações. Segundo Farias (2009, p. 149) “ essa relação em nada alterava a lógica de controle com a qual o sistema de capital determina o processo de trabalho”.

No Estatuto ainda previa o direito a representações coletivas e de reunião de empresa, exercida de duas maneiras, a delegação pessoal e os Comitês de empresa. Os delegados de pessoal são representações dos trabalhadores em empresas, que possuíssem menos de cinquenta e mais de dez trabalhadores fixos. Eram eleitos em sufrágio universal livre, secreto e direto e cabia intervir em questões relativas às condições de trabalho. Os comitês de empresas são órgãos representativos e colegiados dos trabalhadores, em unidades com mais de 50 trabalhadores fixos (FARIAS, 2009).

O comitê de fabrica, como órgão colegiado tinha a capacidade de exercer funções administrativas ou jurídicas reconhecidas no âmbito de suas competências e por decisão majoritária de seus membros. Como era garantia aos seus membros o emprego e permanência na empresa.

As competências dos Comitês, segundo Estatuto (1980) são: Receber informações, pelo menos trimestrais sobre evolução econômica a que pertencia a empresa; Conhecer o balanço, o demonstrativo de resultados e nos casos de sociedade por ação ou cotas de participação; Ser informado das sanções impostas aos trabalhadores por faltas graves; Exercer tarefas de vigilância no cumprimento das normas trabalhistas, seguro social, emprego, pactos e na vigilância e controle das condições de segurança e higiene no desenvolvimento do trabalho; e Informar aos representantes sobre questões mencionadas que direta ou indiretamente, afetam as relações trabalhistas.

Percebo que os comitês favorecem mais o controle das tensões sociais e trabalhistas dos empregados, do que proporcione a estes posicionamento autônomo em favor de sua classe. Concordo com José Henrique Farias (2009) ao afirmar que quanto mais a participação penetra nas bases da estrutura hierárquicas, quanto mais se institucionaliza o envolvimento dos trabalhadores, mais se fortalece a estrutura de poder e controle por parte da empresa.

3.4 Cogestão.

A cogestão é uma forma de gestão conjunta “gerir junto”. Na obra de José Henrique Farias (2009) ele traz uma análise desse funcionamento a partir de experiência da Alemanha,

onde se encontra melhor desenvolvido, onde os trabalhadores da República federal da Alemanha possuem direitos de cogestão e participação na gestão das empresas e grupos empresariais, garantidos em constituição. Que foram conquistados após anos de pressão dos trabalhadores sobre as empresas.

As normas de cogestão nas empresas assegura aos trabalhadores, através de seus representantes eleitos, a participação no planejamento e nas decisões importantes, bem como na escolha e no controle permanente da direção da empresa e na formulação dos princípios de sua política. Convém esclarecer que as decisões tomadas pelo Conselho Fiscal da empresa, refere-se a indicação e exoneração da diretoria. O Conselho Fiscal reúne-se de duas a quatro vezes por ano.

Segundo o Instituto de Observatório social (2003) o Direito Empresarial da Alemanha prevê a instalação de um Conselho Fiscal, sob determinadas condições, como órgão de controle da direção da empresa. A sua formação varia de acordo com a lei que o rege, podendo ser paritário entre trabalhadores e empresários, garantir 1/3 das vagas do Conselho Fiscal aos trabalhadores ou centralizar mais as decisões nas mãos dos acionistas. O Conselho Fiscal nomeia a Direção de uma empresa e a controla.

Existem dois modelos de cogestão: 1. Conselho Fiscal, segundo Lei Constitucional de Empresa de 1952 e 2. Conselho fiscal, segundo lei de cogestão, segundo a Lei de 1976. O Conselho Fiscal é composto paritariamente por representantes dos acionistas e dos trabalhadores. Para evitar situações de empate existe um membro neutro com o qual ambas as partes devem chegar a um acordo.

A co-gestão, segundo a Lei Constitucional de Empresa de 1952, é válida para empresas com 500 a 2.000 trabalhadores. No Conselho Fiscal, os representantes dos trabalhadores têm apenas um terço dos lugares. Na co-gestão, segundo, a Lei de 1976, estão previstas as empresas com mais de 2.000 trabalhadores. Só aparentemente é constituída de forma paritária, dado que um dos representantes dos trabalhadores é sempre um empregado com funções diretivas. Em situações de empate, o presidente (sempre um acionista) tem um duplo direito de voto.

Atualmente a cogestão, nas empresas da Alemanha abrange:

Regulamento interno da empresa; horários de trabalho, horas extras e jornada semanal [...] composição dos salários da empresa, princípios de remuneração e qualquer mudança nessa área; taxa para trabalhos de subcontratação e gratificações, abonos e regulamentação das férias (FARIAS, 2009, p. 241).

No entanto, esse modelo tem sofrido pressão com a formalização da União Européia, os empresários alemães, buscando a unificação das regras aos países-membros e pressionam o governo para mudar as regras que determinam o direito de participação dos funcionários da gestão. A Confederação dos Empregadores Alemães alega que não quer extinguir a cogestão na Alemanha, mas sua proposta é reduzir a participação dos funcionários nos conselhos fiscais das empresas atuais de 50% para apenas um terço (FARIAS, 2009).

3.5 Gestão Cooperativa

O movimento cooperativista surgiu na Inglaterra no final do século XVIII ao mesmo tempo em que se dava o desenvolvimento do capitalismo industrial. As cooperativas, tradicionalmente, desde sua fase inicial, possuíam uma natureza contestadora, no mesmo quadro de referência dos princípios do socialismo e comunismo, no qual suas propostas eram contra o capitalismo (BESTOR, 1948).

A experiência de cooperativismo mais bem conhecida é a de Mondragon, na região basca da Espanha, que congrega mais de uma centena de cooperativas e prevê serviços bancários, habitação, educação, saúde, bem-estar e bens de consumo aos seus associados (WHYTE;WHYTE, 1988). A cooperativa tem sido conceituada como associação autônoma de pessoas que se unem voluntariamente para satisfazer aspirações e necessidades econômicas. Sociais e culturais, por meio de empreendimento de propriedade coletiva e democraticamente gerida.

Daniele Regina Pontes (2005), em sua dissertação de mestrado em direito cooperativo, detalha as formas e tipos de cooperativa, que são identificadas e divididas da seguinte forma: cooperativa de produção de bens e/ou serviços, onde as pessoas tem a finalidade produção coletiva e venda dos produtos de seus trabalhadores- denominada de cooperativa simples; As Cooperativas mistas, que tem como finalidade venda de produtos, podem ser fruto do trabalho dos cooperados ou de outros trabalhadores, muito comum no Brasil o ramo de cooperativas agropecuárias.; as cooperativas integrais, em uma organização social comunitária, em que organiza para produção para consumo próprio e venda de excedentes.

O que se tem evidenciado segundo estudo de Pontes (2005) são formas anômalas de cooperativismo. Afinal o que rege a filosofia das cooperativas segundo o Congresso do Centenário da Aliança Cooperativa Internacional (ACI), realizado em 1995, em Manchester,

são: gestão e controle democrático dos sócios, controladas por seus associados; contribuem equitativamente e controlam democraticamente o capital de sua cooperativa, trabalham para o desenvolvimento sustentável, através de políticas aprovadas por seus associado-cooperados.

Exemplo dessas anomalias são as cooperativas tipo I e III. As primeiras atuam como verdadeira empresa, tanto no ponto administrativo, quanto na atuação de mercado. Com uma ressalva no ponto administrativo, pois existe um conselho fiscal composto pelos cooperados e uma Assembléia Geral. Na sua atuação de mercado realiza contratação de empregados assalariados e opera de forma competitiva na circulação de mercadoria e capital. As Cooperativas do Tipo III, no qual o empreendimento surge para organização de trabalhadores que se encontra a margem do sistema formal de emprego (coleta de lixo para reciclagem, artesanato popular, por exemplo), como também para cumprir uma função periférica de substituição do trabalho formal (terceirizações) (PONTES, 2005).

Outro ponto desafiante no modelo do cooperativismo, versa sobre sua gestão, pois nem todos os empreendimentos são geridos pelos cooperados, a exemplo das cooperativas agrícolas, a participação dos seus cooperados restringe-se ao conselho fiscal e a assembléia. Muitas empresas contratam empresas gestoras para a função de direção.

Ao findar sobre diversos modelos de gestão participativa aproximaremos o leitor agora da discussão sobre participação dos trabalhadores públicos na Gestão Pública, pois como fora vista nos tópicos acima essas caracterizações são experiências dentro de unidades produtivas, empresas e comunidades sociais. E quais os modelos de Gestão participativa dentro de órgãos públicos? Que desenho temos de gestão participativa no setor saúde, haja visto que seu arcabouço jurídico-político contempla o princípio da democracia. E como os trabalhadores da Saúde podem exercer essa dupla função, enquanto trabalhador-gestor dos seus processos de trabalho?

Nos capítulos que se segue faço um esclarecimento sobre gestão pública no seu percurso teórico e histórico, e em seguida uma abordagem da Gestão em Saúde na Perspectiva do Sistema Único de Saúde.

4 GESTÃO PÚBLICA E SAÚDE: PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E HISTÓRICOS

A etimologia para GESTÃO, no dicionário “Nova Fronteira da Língua Portuguesa”, é: Gerir - Administrar, dirigir, regular, do latim *gerire*, gerere. Palavra que remete a gestação.

Comumente é acompanhado de vários substantivos: gestão de negócios, de pessoas, da produção, ambiental, ou qualquer outro demarcador. É um conceito polissêmico, amplamente utilizado na perspectiva da administração.

Dias (2002) faz uma revisão sobre os conceitos de gestão e administração através de aproximações e diferenças em dicionários e de construções teóricas sobre os mesmos. Como assinala o próprio autor:

[...] administração é planejar, organizar, dirigir e controlar pessoas para atingir de forma eficiente e eficaz os objetivos de uma organização”; em contrapartida “gestão é lançar mão de todas as funções e conhecimentos necessários para, através de pessoas, atingir os objetivos de uma organização de uma forma eficiente e eficaz (DIAS, 2002, p.11).

Nesse caso, gestão incorporaria a administração, portanto seria mais ampla e exigiria atuações para além da técnica de administrar. Parece-me que nessa compreensão de Dias (2002), administração estaria na perspectiva de gerir da gestão que também absorveria a dimensão criativa de gerar.

Araujo (2009) considera a importância de compreender gestão como prática social, haja vista a necessidade de integração das dimensões técnicas (dispositivos, estratégias, arranjos) e humanas (poder, autonomia, interesses) com um projeto maior de construção organizacional e societário. Penso que precisamos construir gestões em saúde que se façam no cotidiano, na perspectiva da libertação, imbuídas dos princípios de democracia e participação e que caminhem ao encontro de uma sociedade solidária.

A mesma autora reforça, que algumas teorias da administração, principalmente as voltadas para as dimensões humanas, mesmo que concentradas na eficiência da produção, possuem uma construção teórica e metodológica que podem ter contribuições relevantes para um projeto democrático de sociedade.

A partir da década de 30 do século XX, ocorre um processo de expansão do aparelho burocrático do Estado na lógica da construção dos Estados de Bem Estar Social, os quais fortalecem a idéia do Estado como prestador de serviços de forma a compensar as desigualdades sociais (ARAGÃO, 1997). O crescimento desse modelo administrativo diminui, a partir dos anos 1970 e 1980, devido a mudanças no cenário sócio-político. Desde então, predomina a lógica neoliberal nos modos de gestão pública.

a tendência neoliberal passa a enfatizar a fragilidade da solução estatal para garantia do bem-estar social e da estabilidade econômica, preconizando a solução de mercado e fundamentando a idéia de Estado mínimo, com redução de sua estrutura administrativa (MELO e COSTA, 1996: 154 *apud* ARAGÃO, p.106, 1997).

De acordo com Aragão (1997), as características desse modelo seriam: redução do tamanho do Estado, principalmente via privatização; descentralização; desregulamentação radical; análise apurada de custo-benefício a orientar o processo decisório; desestímulo à administração participativa.

No Brasil, influenciado pela experiência inglesa, iniciou-se esse modelo em 1995, com a proposta de um modelo estrutural de gerência pública apresentado por Bresser Pereira (Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado) como modelo de reforma da gestão brasileira.

Esse modelo propõe a redução do Estado e a diminuição de suas funções. Nas próprias palavras de Bresser-Pereira (2008, p. 398):

O Estado tem um papel tão estratégico na sociedade que ele deve conservar para si unicamente aquelas atividades que são específicas ou exclusivas dele — atividades que envolvem o poder do Estado, como a formulação de políticas, a definição das principais instituições que organizam toda a sociedade e a garantia de segurança a seus membros.

Com o objetivo de ilustração, trago mais outra característica dessa proposta:

Outra maneira de expressar isso seria dizer que a reforma da gestão pública é um processo de descentralização — de delegação de poder para níveis inferiores, ao mesmo tempo tornando mais forte o núcleo estratégico do Estado, e mais eficazes os mecanismos de responsabilidade social. Mas a descentralização não é total: uma característica central da reforma gerencial é separar a formulação de políticas, que permanece centralizada, da execução, que é descentralizada. (PEREIRA, 2008, p. 400).

Percebo que a ênfase encontra-se na idéia de desconcentração em detrimento da descentralização. Neste caso, a descentralização está intrinsecamente relacionada à idéia de tarefas e não do poder. Portanto, esse modelo de gestão pública não vai ao encontro da construção da democracia na gestão. Continua a dicotomia entre elaboração e execução.

Junquilha (2002) fazendo referência às conseqüências dessa proposta de reforma da gestão pública no Brasil para a construção de perfis gerenciais, colabora com pesquisa sobre essa pretensão de transformar o perfil dos administradores públicos de “burocráticos” para “gerentes”.

Esse mesmo autor enfatiza que não tardou a aparecer outra corrente, também nos anos 80 e no mesmo contexto da ideologia neo-liberal, contudo com a defesa de um Estado mais ativo.

Retornando a questão dos modelos de gestão pública, como esses se refletem no SUS? Através de considerações sobre o predomínio da lógica do Estado Mínimo a partir de 1990, Santos (2007, p. 431) ressalta:

O contexto da orientação política dos últimos dezesseis anos afetou o processo de construção do SUS profundamente: ao drástico sub-financiamento, sucedeu-se a precarização da remuneração e das relações de trabalho e uma verdadeira onda de terceirizações privatizantes e inconseqüentes. O pensamento econômico dos gastos mínimos com a questão social e de focalização apenas na atenção básica de baixo custo e baixa potência estruturante tem sido uma das maiores barreiras à implementação do ideário da Reforma Sanitária Brasileira e dos princípios e diretrizes da integralidade, da igualdade, da regionalização e da participação da comunidade na formulação das políticas e estratégias.

Ou seja, em resumo, ao mesmo tempo em que se constata impressionante produtividade das ações de saúde promovendo inclusão social mesmo sob baixíssimo financiamento, convive-se com o desafio do “assistenciocentrismo”, dos atos evitáveis e desnecessários, da prática de aceitar a média complexidade como porta de entrada, da medicalização e do modelo da oferta.

Essas são conseqüências que culminam na efetividade do SUS, retro-alimentada pelos modos de operá-lo. Demonstram os avanços, mas também as muitas dificuldades atreladas a uma reforma gerencial que revela questões ideológicas e políticas que dificultam uma prática de saúde na direção dos princípios do SUS.

Concomitante a esse modelo gerencial da década de 80 e 90, inscreve os princípios da participação social nas políticas públicas de saúde. Assim o SUS traz no seu cerne o princípio de democrática, e consigo um desafio de construir modos de gestão que atendam seus princípios e tencione novas lógicas no setor saúde. Essa não é uma tarefa fácil. Para além da conjuntura internacional e nacional, cultura e valores sociais; demandas internas ao sistema que precisam estar, constantemente, sendo alteradas

4.1 Gestão em Saúde na Perspectiva do SUS

O SUS enquanto política democrática possui o desafio de construir modos de gestão que atendam seus princípios e tencione novas lógicas no setor saúde. Essa não é uma tarefa fácil. Interessante observar que alguns temas estão como desafio durante esses 20 anos que se instituiu o SUS como política pública. Por exemplo, descentralização e financiamento são dimensões que permanecem sempre em debate, mas com novas complexidades de problemas e alternativas de soluções. Ou seja, o SUS aparece como processo que vai se construindo, tencionado e incompleto, na conjuntura do Estado brasileiro.

Desse modo, elaborar alternativas aos modelos predominantes sobre a gestão em saúde é necessário para fortalecimento do SUS. Mas, o que seria gestão em saúde? Usando a definição de Paim (2003, p. 559):

[...] a gestão em saúde pode ser reconhecida como a direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde. Nessa perspectiva, a noção de gestão se aproxima da proposta de administração estratégica (OPS/OMS, 1992), na qual podem ser valorizados os componentes vinculados à distribuição dos diferentes tipos de poder em saúde e à construção de viabilidade das intervenções desenhadas)

Em minha opinião, essa definição vai ao encontro do conceito de prática social já mencionado. Tal perspectiva identifica na gestão em saúde sua relação com processos políticos-institucionais e compreende a dimensão do poder no exercício que transcende ações gerenciais. Além disso, o mesmo autor (PAIM, 2003), comenta que essa definição está próxima do conceito de práticas de saúde (DONNÂNGELO, 1976; MENDES-GONÇALVES, 1994, *apud* PAIM, 2003), o qual articula objetos-meio (recursos financeiros, materiais, de poder) aos objetos-fim (intervenção, assistência, acolhimento, cuidado) em uma totalidade social.

Essa discussão sobre meios e fins transita nos trabalhos sobre gestão em saúde (MERHY, CAMPOS E CECÍLIO, 1997). Em sua maioria, observei a ênfase na defesa de modelos e estratégias de gestão democrática, para atender a perspectiva do SUS, como

também referências a uma singularidade do setor saúde. “Em ultima instancia o que o trabalho em saúde produz é um certo modo de cuidar, que poderá ou não ser curador ou promovedor da saúde” (MERHY, 1999, p.307). Ou seja, o objetivo fim do trabalho em saúde é destacado. Evidencia-se, portanto, a natureza do cuidado, categoria que, impreterivelmente, envolve não apenas ações técnicas, mas a necessidade de construção de vínculos.

No sentido geral, há nas elaborações sobre gestão em saúde a necessidade de construção de novos paradigmas, não apenas gerenciais, mas também de concepções de saúde e sociedade. A proposta de Merhy (1999) é um modelo de gestão centrado no usuário que desenvolve e utiliza estratégias, métodos e técnicas de acordo com as necessidades.

Cecílio (1999) destaca que, na atualidade, há a valorização de modelos de gestão em saúde com recorte democrático, descentralizado, com ênfase na autonomia, direção colegiada em todos os níveis da organização (CAMPOS, 1992; CECÍLIO, 1994, *apud* CECÍLIO). Para o mesmo, as principais características das propostas de gestão em saúde seriam: explicitação da missão da organização no sentido dos compromissos e direcionalidade, na linha dos contratos de gestão, organogramas horizontalizados, trabalho em equipe, profissionalização da gerência, grupos de apoio à gestão, gestão colegiada em todos os níveis, área de desenvolvimento institucional ou de planejamento estratégico, adoção de ‘caixa de ferramentas’ e adoção de tecnologias leves.

É nessa direção é que encontramos o modelo de gestão compartilhada em saúde de Gastão Wagner, que além de produção teórica e prática na gestão pública¹ propôs enquanto uma política pública federal, quando se inseriu no Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde para pensar a Política Nacional de Humanização no SUS (PNH), no período de 2004-2005, onde avança na proposta do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), lançada em maio de 2000.

A proposta da PNH lança várias diretrizes entre elas são: organização de redes de Produção de Saúde; atuação profissional na perspectiva da clinica ampliada e compartilhada; Acolhimento e Classificação de Riscos nos serviços de urgência, HumanizaSUS na atenção básica e a Gestão Participativa e a Cogestão.

A proposta da Gestão Participativa e a cogestão, ancorada na PNH é uma proposta de mudanças numa agenda política, que dialogue com muitos interesses de vários setores sociais

¹ Gastão Wanger Sousa Campo foi secretario municipal de saúde de Cidade de Campinas –SP, no período de 2001 a 2003

e, nesta medida, permitir o alargamento dos espaços de debate, a ampliação da participação da sociedade e a transparência no processo de discussão, que são condições essenciais para a consolidação de um sistema público e democrático(BRASIL, 2009).

Assim Campos (2000) apresenta um método de gestão para coletivos, o qual é denominado de Método Paidéia. Este método também pressupõe a inclusão de alteridades nos espaços de gestão, os quais se tornam complexos e contraditórios, requisitando, portanto, modos de geri-los, de conduzi-los, pois estão ocupados agora por sujeitos que portam distintos desejos, interesses e necessidades. Gastão Campos constrói, então, um método que pode ser apresentado como a criação de espaços coletivos para o exercício da cogestão considerando a análise de demandas multivariadas, oferta de quadros de referência para sua compreensão (produção de textos) e a construção e contratação de tarefas (corresponsabilização), considerando não só a função primária da organização de saúde (produzir saúde), mas também a produção de sujeitos (função secundária das organizações).

No Brasil tem sido comum a expressão cogestão, cujo prefixo “co” designa duas inclusões, as quais alargam conceitualmente o que se entende por gestão. A cogestão significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão). Assim, ela seria exercida não por poucos ou alguns (oligo-gestão), mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização, assumindo-se o predicado de que “todos são gestores de seus processos de trabalho” (BRASIL, 2009). De outra parte, a idéia de cogestão recompõe as funções da gestão que, além de manter a organização funcionando, no qual será discutido especificamente nos trechos a baixo.

5. MÉTODO DA RODA: UM DISPOSITIVO DE CO-GESTÃO DE COLTIVOS

5.1 Dialogando com Gastão Wagner de Souza Campos

Gastão Wagner de Sousa Campos, em sua obra, “Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos” publicada em 2000, é o alicerce teórico que embasa esta pesquisa. É um modelo teórico, influenciado pela práxis profissional e política do autor. Para tal suas bases teóricas para a proposição desse método foram buscadas: no Planejamento, com a contribuição Mario Testa e Carlos Matus; na Psicologia de grupo e na Analise Institucional,

com Vygostsky, Sigmund Freud, Deleuze e Guattari; nas Ciências Políticas, os referenciais teóricos foram Karl Marx, Michel Foucault e Gramsci; e na Pedagogia, com Paulo Freire.

Assim, o conceito central do Método é a co-gestão e não auto-gestão ou gestão simplesmente, operada pelos sujeitos em coletivos organizados, no qual o autor referencia o construtivismo sócio-histórico da pedagogia, denomina-o de Método da Roda ou Método Paidéia.

Campos (2003) resgatou o termo grego Paidéia para fazer referencia ao modelo de atenção que propõe. Esse termo foi escolhido pelo autor pela idéia de formação integral, e aparece em suas elaborações de formas diversas, principalmente, como método, efeito e apoio.

Efeito Paidéia seria o processo subjetivo e social onde as pessoas ampliam suas capacidades de compreensão de outros, de si mesmas, e de contextos, aumentando a capacidade de agir. Advém de uma postura metodológica que compreende o método e ativa a função Paidéia, na busca da reformulação dos tradicionais mecanismos de gestão. Parte do pressuposto que as funções de gestão partem de sujeitos com distintos graus de poder e saber, porém com o potencial para o trabalho compartilhado que permite aumento da autonomia e implicação dos sujeitos (CAMPOS, 2003).

Além de instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho. A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo portanto uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde.

Nas próximas páginas, focaremos a concepção Paidéia através de um maior aprofundamento sobre a proposta do Método da Roda.

5.2 O Método da Roda: sua concepção filosófica

O Método da Roda objetiva analisar e gerir pessoas trabalhando em conjunto. Pautados em pensar o significado e o modo como se organiza o trabalho em duas vertentes: produzir bens e serviços necessários ao público e na constituição dos sujeitos e dos Coletivos. Um método ousado que “tenta reinventar e ampliar as possibilidades históricas de mudança” a

partir da lógica da autonomia do sujeito, na concepção de Paulo Freire (CAMPOS, 2000, p17).

Conforme afirma Gastão Wagner (2000, p 35) “Não há sujeito sem Desejo, Interesse e Necessidade e, portanto, não haverá forma de expressá-lo sem que juntos apareça pedaços do próprio sujeito, ou seja sem que se manifeste a sua singularidade”.

O Método da Roda, nesse contexto, aparece como estratégia para combater o predomínio da racionalidade instrumental, mesmo sabendo-se ser difícil sua eliminação. É importante para a existência do coletivo organizado a sua liberdade e também a crença de sua capacidade de assumir compromissos e responsabilidades, relevando mais uma vez, seus desejos e necessidades já que sua força de trabalho, seja ela intelectual (um desejo coletivo) ou meramente operacional, é tão essencial para a sobrevivência de qualquer organização. Isso é um desafio aos adeptos da co-gestão.

Sendo portando uma diretriz ética e política que visa a motivar e educar os trabalhadores. Objetiva o fortalecimento de sujeitos e a democracia institucional, ativada com a ampliação da capacidade de análise e de intervenção do sujeito e dos grupos. Portanto, as Rodas de gestão são espaços que se pretendem coletivos para efetivar uma gestão participativa e compartilhada.

Esse método pode ser aplicado à educação, administração, entretanto foi no setor saúde que mais se experienciou o Método da Roda, como dispositivo de co-gestão a exemplos dos municípios de Campinas-SP, Sobral-CE, Aracaju-SE e Fortaleza-CE.

No livro supracitado, Gastão Wagner tece um caminho do seu pensamento a partir da crítica do Modelo Taylorista, que fora adotada pelos dirigentes da Revolução Soviética, como Método científico supostamente adequado para organizar fábricas, empresas, hospitais, instituições ocidentais públicas e privadas, por funcional ao desenvolvimento capitalista, mesmo o capitalismo de Estado, que favorece a alienação dos trabalhadores no processo de trabalho.

Em seu primeiro capítulo, define como um Método Anti-taylor. O operário é visto como um ser que não sabe o essencial a ser sabido, esse modelo de gerencia é fundamental para conservar alienação da maioria dos trabalhadores, numa organização vertical, e primordial para manter a ordem administrativa do capitalismo.

É ingênuo pensar que esse modo de trabalho taylorista se extinguiu, pelo contrário, segundo Ricardo Antunes e Giovanni Alves (2004) a classe trabalhadora no século XXI, em

plena era da globalização, é mais fragmentada, mais heterogênea e ainda mais diversificada. O sistema de metabolismo, sob controle do capital, tornou o trabalho ainda mais precarizado, por meio das formas de subempregado, desempregado, intensificando os níveis de exploração para aqueles que trabalham. Ainda encontramos outras formas mais veladas e instituídas legalmente para continuar a propagação da renúncia, do medo, do silêncio, para aceitar o cotidiano sem mudança.

No âmbito da Gestão, Campos (2007) corrobora considerando que o taylorismo não foi superado no modo de gerenciar dos dias atuais. Admite que as teorias que surgiram após essa racionalidade, com ênfase no controle, propuseram avanços em alguns pontos, como valorização da cultura organizacional, ênfase no humano e reorganização do processo de trabalho, no entanto defende que não houve mudanças concretas quanto aos principais objetivos da administração científica. Para o mesmo, seria uma ‘aparente ampliação de autonomia’ e participação de trabalhadores, onde o controle, o aprisionamento da vontade, a anomia e o poder concentrado seriam mantidos de formas apenas mais sutis.

Portanto, o atual desafio é o fortalecimento dos sujeitos. É necessário avançar numa práxis de libertação. Para Boff (1980, p. 37), “libertação, como a própria semântica sugere, constitui-se como ação criadora de liberdade. É uma palavra processo (...) palavra-ação intencionalmente orientada a uma práxis que liberta de e para”. Não é a liberdade do individualismo, mas do aprofundamento da consciência e do compromisso com a mudança pessoal e social.

Por conseguinte, quando falo de sujeito reforço a importância de se ter clareza de todas essas conjunturas históricas e a necessidade de criação de espaços de exercício da cidadania. Dentro do trabalho em saúde podemos dizer que o Método da Roda, se bem utilizado, proporciona a cidadania entre os trabalhadores, Gestores e usuários.

Gastão Wagner (1998) antes de lançar o livro, produziu um ensaio: “O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso”, no qual apresenta um método de gestão colegiada que seria mais tarde aprofundado em sua obra, propondo um modelo de gestão que respondesse a uma série de exigências do próprio modelo de atenção sugerido pelo SUS.

Vale rememorar que desde os anos 1970, há todo um movimento voltado para estimular a democratização da sociedade, e no âmbito das Políticas Públicas, os serviços públicos de saúde, através do Movimento da Reforma Sanitária, conseguiu inscrever na

Constituição Federal um sistema Universal, com contribuição da participação comunitária, e instituiu os conselhos de saúde para permitir a gestão paritária com usuários, trabalhadores, gestores e prestadores, são diversas experiências interessantes.

Particularmente, considero o movimento político de saúde mais forte ao longo da história do Brasil, pois propuseram mudanças significativas na ordem social, como política de Estado, inscrita na Constituição Federal Brasileira, 1988. No qual temos dois artigos que inspira não somente um discurso mais a construção de uma política que é o Artigo 196, sobre a “Saúde é um direitos de todos e dever do Estado” imprimiu uma lógica universal e socialista para a saúde e o Artigo 198, que refere da “Participação Comunitária” com o princípio da democracia participativa nas políticas públicas da saúde.

Dentro do processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), houve inúmeras experiências voltadas para ampliar a democracia em instituições de saúde. Podemos citar: a descentralização de poder para os municípios (processo de municipalização) e a instalação de Conselhos e Conferências de Saúde, com participação de 50 por cento de usuários, estão entre os principais dispositivos sugeridos pelo SUS para alterar o funcionamento burocrático do Estado. Entretanto, há um grande desafio, tanto para diminuir o alto grau de alienação que se constata entre a maioria dos trabalhadores, como o fosso cultural da democracia participativa junto aos usuários do sistema.

A proposta fundamentada por Campos (1998; 2000), é uma dispositivo de gestão que cria espaços de democracia ampliada e direta, processos produtores de sujeitos-cidadãos, com coletivos organizados, produzindo autonomia, dentro de uma sociedade profundamente contraditória, injusta e desigual.

Campos (1998) conclui o artigo enumerando as vantagens potenciais resultantes do funcionamento desta nova Metodologia (que em 2000, denominou de Método da Roda ou Método Paidéia), inferindo que essa estimularia compromisso das equipes, em sua capacidade de produção intelectual, e não somente operacional. Por conseguinte contribuiria para o aumento da realização profissional- felicidade; e como processo pedagógico com trocas de experiências.

Melhoria no grau de envolvimento e de compromisso das Equipes com a Instituição como um todo e, particularmente, com os Projetos que elas foram ajudando a inventar. A maior parte do pessoal sentindo-se criadora dos Modelos testados e, com isto, potencializando-se um aumento da sua taxa de felicidade e de realização profissional. Criação de um sistema informal de Educação Continuada do estilo *paidéia* (educação integral), onde se trocam informação, se intercambiam saberes e

se discutem problemas: oficinas de planejamento, discussão de casos, elaboração conjunta de projetos terapêuticos individuais ou de programas coletivos de atenção. E, finalmente, melhoria sensível da relação Equipes de Saúde com os usuários e seus familiares, graças a instituição de sistemas de referência com responsabilização e cuidados mais bem definidos e micro-sistemas de controle social. (CAMPOS, 1998, P. 869 E 870)

Nessa crítica, fundamenta a co-gestão com o fortalecimento do sujeito e sua capacidade de intervenção como estratégia para democracia institucional. Apresenta o método de co-gestão em espaços coletivos, conselhos, colegiados e Unidades de Produção, com fator Paidéia através da dimensão política, pedagógica, administrativa e subjetiva desses espaços. Introduz atores estratégicos para apoio a coletivos organizados, denominado de Apoiador Institucional e por fim Mapas de Núcleos temáticos de Análise para intervenção, no qual aprofundaremos nos tópicos a seguir.

5.3 O Método da Roda: Um Dispositivo de Co-Gestão de Coletivos

Uma proposta ensaiada nas políticas de Saúde tem sido o Método de Co-gestão de Coletivos, como um dispositivo gestão democrática junto aos trabalhadores da saúde. O Método da Roda ou Método Paidéia privilegia as pessoas, o sujeito, e por isso aplica-se em equipes ou a coletivos. Contudo, Campos (2007) faz um esclarecimento que o objetivo básico do Método é operar Coletivo Organizado para a Produção e não como administração tradicional, como a coisa da “organização”. Assim, na saúde fora adota o Método, dando delineamento aos trabalhadores da unidade da saúde da família, como organização gestão colegiada no território.

De qualquer modo, a perspectiva Paidéia atua na direção da ‘coprodução singular do processo saúde/doença’ com uma tripla finalidade: trabalhar para outros (produção de valor de uso, mirando necessidades sociais), trabalhar para si mesmo e trabalhar para algum coletivo (organização pública, capital, sociedade). Ou seja, um trabalho em saúde que valoriza o lugar dos sujeitos em seus desejos e interesses pessoais, construção de sentidos/significados e possibilidade de reconhecimento, mas que também busca a construção de relações sociais e inter-subjetivas de compromissos e responsabilidades compartilhadas para a constituição de novos arranjos organizacionais, práticas em saúde e sujeitos com maiores graus de autonomia. (CAMPOS, 2003)

A ‘co-produção do singular’ é uma analogia com a dialética de Hegel, onde o singular é uma síntese entre o universal e o particular, ou seja, entre o instituído, o estabelecido em necessidades, estruturas, organizações e normas, com a especificidade de cada ser e agrupamentos. O singular seria o resultado da intervenção dos sujeitos sobre o contexto, interferindo no mundo por meio da política, da gestão, do trabalho e de práticas cotidianas com objetivo de conhecer/compreender a si mesmo e ao mundo da vida, interferindo na produção de saúde (CAMPOS, 2006).

O Método da Roda é um método de apoio à co-gestão que objetiva apoiar a produção de Valores de Uso e de Coletivos Organizados, ou seja, ajudar a articular a produção de bens e serviços com a produção de Instituições, Organizações e dos próprios Sujeitos envolvidos com o processo. Neste sentido, é um método de Gestão. Objetiva, centralmente, ampliar a Capacidade de Direção dos grupos, aumentado sua capacidade de Analisar e de Operar sobre o mundo (práxis). Para isto, trabalha com o conceito de capacidade de análise e de intervenção.

Para Campos (2007), as Rodas são espaços coletivos referem-se a espaços concretos (de lugar e tempo) destinados à comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos). Neles os atores sociais expressam seus desejos e interesses, confrontando-os entre si e com a realidade, para que desses processos de luta/negociação surjam contratos potentes para orientar a produção de bens ou serviços.

Ao utilizar o termo “espaço coletivo”, Campos (2007) desenvolve-o como um conceito, ou melhor, um arranjo organizacional montado para estimular a produção de Sujeitos e de Coletivos Organizados. O método propõe os espaços coletivos como arranjos que podem tomar a forma de equipes de trabalho, conselhos de co-gestão, assembleias, colegiados de gestão, reuniões e unidades de produção. Independente da forma adotada, correspondem a espaços concretos de lugar e tempo, destinados à escuta e circulação de informações, bem como, à elaboração e tomada de decisões, onde se possa analisar fatos, participar do governo, educar-se e reconstruir-se como Sujeito.

Nesse trabalho, autonomia ganha outro sentido. Seria a capacidade do sujeito de lidar com as redes de dependência, como diria Onocko Campos e Gastão Campos (2006, p. 670):

A co-construção da autonomia depende, portanto, de um conjunto de fatores. Depende sempre do próprio sujeito, do indivíduo ou coletividade. Por esse motivo nos referimos sempre à co-produção de coletividade. [...] O sujeito é sempre co-responsável pela sua própria constituição e pela constituição do mundo que o cerca.

No entanto, a autonomia depende de condições externas ao sujeito, ainda que ele tenha participado da criação dessas circunstâncias. Depende da existência de leis mais ou menos democráticas. Depende do funcionamento da economia, da existência de políticas públicas, de valores veiculados por instituições e organizações. Depende da cultura que está imerso.

Nessa perspectiva, autonomia poderia ser referida pelo grau de iniciativa e o exercício do poder de decisão. Relacionado à descentralização e construção de equipes. Influenciada pelas estruturas formais e relações informais no interior do sistema de saúde. Seria uma categoria síntese do sujeito e indispensável para compreender como as relações na gestão fortalecem ou não a construção de sujeitos. Assim, autonomia na gestão estaria interligada ao saber e ao sentir a co-responsabilidade e co-compromisso com a criação de novos modos coletivos de produzir saúde.

O conceito de participação social fortalece a idéia de sujeitos como pessoas que se apropriam e transformam a realidades da saúde, tornando-se co-responsáveis. Remete, então, à construção coletiva, haja vista a conscientização dar-se através da presença do outro, da interação social (FREIRE, 1980).

Essa participação é uma ação consciente em favor do indivíduo e da coletividade, na perspectiva da cidadania que gera compromissos, o qual está no sentido de engajamento solidário de atores com a mudança social. No sentido de Freire (1979), compromisso exige o complemento ‘de quem’ e ‘com o quê’. No caso desse trabalho, penso o compromisso das pessoas que participam de uma gestão com princípios democráticos, com um projeto com inspiração socialista que é o SUS.

Esse compromisso, apesar de sua dimensão individual, surge na interação com outros atores. O que se busca é o co-compromisso. Esse pensamento está presente na perspectiva adotada por Campos (2003) quando inclui, como diretriz para a construção de novos modelos de atenção, a importância de aumentar a capacidade de gestores e equipes, em estabelecer compromissos e contratos com os valores de uso e prevalentes em cada agrupamento da sociedade.

Nesse estudo tentaremos desvendar juntos aos trabalhadores da saúde e gestores, quais evidências de co-gestão, pelo “Método da Roda”, são experienciadas? As propostas da roda chegam a refletir na gestão municipal?

Um desenho metodológico de operacionalização do Método da Roda proposto por Campos (2007) para efetivação de colegiados, propõem quatro dispositivos, que tentam

indicar um novo horizonte na maneira de pensar os coletivos, as pessoas, os sujeitos ativos no processo da vida. Trata do sujeito e do objeto numa corrente em que raciocina a inseparabilidade de ambos como trata o construtivismo social.

O Método da Roda produz efeito em quatro planos, que são dependentes: um político-social, subjetivo, outro pedagógico e outro estritamente gerencial

A dimensão política do método trabalha a categoria de co-gestão, com a idéia de poder compartilhado, e não exercido de forma solitária e isolada, há um forte componente do Poder, da ciência política, na perspectiva do conjunto dos participantes e não somente por uma elite. Portanto, os Colegiados devem ser compostos por diversos representantes: governantes, usuários, trabalhadores e outras organizações.

Para gerir ou governar sempre há disputas de poder, bem como a existência legítima de outros agrupamentos de interesses, outros projetos, de outros sujeitos. Nesse sentido os sujeitos estariam obrigados a negociar os conflitos, e aprender a compor “blocos” de interesses e principalmente aprender a acumular poder sem destruir a democracia.

Campos (2007) propõe instituir uma nova racionalidade na Gestão de Coletivos, reconhecendo essa multiplicidade de lógicas e procurando lidar com a polarização de efeitos decorrentes, que é inerente aos Colegiados Organizados, sempre tomando os trabalhadores como sujeitos sociais em processo permanente de constituição.

Em sua ousadia, o autor define o Método, junto com outras estratégias para combater o predomínio da “racionalidade instrumental”, ainda que reconheça a impossibilidade de eliminá-la. Construindo outros sentidos e significados para a vida em coletivos, com capacidade para assumir compromissos e responsabilidades.

A Noção de Co-gestão ancora-se na concepção de que todo sujeito opera segundo coeficiente de autonomia ou de liberdade. “Não há ninguém com todo o poder, nem alguém sem poder nenhum.” (CAMPOS, 2007, p.159).

A Dimensão Pedagógica e o poder terapêutico do Poder, propõem a Co-gestão e não autogestão como alternativa de governo. A autogestão produz isolamento e dificulta a construção de uma subjetividade capaz de integrar desejos e interesses de distintos sujeitos. Assim o que tenta operar é a construção de arranjos voltados a ampliar a capacidade de direção dos trabalhadores, e construir uma nova dialética entre autonomia e controle social nos coletivos organizados, sistema de gestão participativa. Numa prática de aprender a ter poder, numa prática política para construção de liberdade e de justiça.

Bion na Inglaterra, Tosquelles na França e Basaglia na Itália descobriram o caráter terapêutico dos envolvimento dos doentes mentais com a gestão cotidiana de suas vidas. Perceberam que o exercício do poder contribuía positivamente para a reabilitação psicossocial dos enfermos. Gastão Wagner Campos (2007) afirma que há uma tradição antitaylorista e o Método da roda pretende ser herdeiro dessa experiência.

Assim, pensar em Gestão de Coletivos é ir além da produção de bens ou serviços, mas também como espaço com função pedagógica e ‘terapêutica’. Um lugar onde se produza aprendendo, ao mesmo tempo dialogando com o processo de construção da subjetividade. Ou seja, não somente para democratizar a instituição, mas transformá-la em espaço onde ocorra o desenvolvimento da personalidade humana.

A cidadania se constrói lutando por ela, o sujeito se constitui no processo de vida real. Assim o autor defende que durante a gestão, e particularmente em gestão participativa, não se produz somente efeitos políticos ou administrativos, mas efeitos pedagógicos e subjetivos.

A Função administrativa dos Espaços Coletivos, cabe aos Colegiados e as Unidades de produção, comprometida com operação concreta no cotidiano, com a gestão do processo do trabalho, correção de problemas, de redefinição de rumos. Embora se opere na perspectiva da gestão participativa, faz-se necessário o papel do coordenador, segundo Campos (2007), algo entre um analista e um líder, um misto de racionalidade e capacidade de liderança.

O autor ainda deixa bem claro que “toda decisão, obrigatoriamente, será vinculada ou por meio dos colegiados, ou por meio dos coordenadores de cada uma das Unidades de Produção implicada”(CAMPOS, 2000, p.162).

Gastão Wagner Campos (2007), ainda resgata a figura do Supervisor do campo de Saúde Mental, agora denominado de Apoiador institucional ou Supervisor matricial. Esses desempenham função na equipe, ajudando na gestão e organização do processo de trabalho, compõem a linha horizontal do organograma, facilitando as comunicações truncadas (o papel de mediador).

6. SOBRAL E A ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Para contextualizarmos o local onde se desenvolve esse estudo, faz-se importante o resgate histórica e política desse cenário, através do histórico da cidade, em sua reorganização político-administrativo, e uma descrição a partir de publicações em fonte primárias e

secundárias sobre a institucionalização do Método da Roda na Estratégia em Saúde da Família de Sobral.

6.1 Sobral: Cidade em transformação.

Nascido em 1841, o município de Sobral-CE ocupa uma área de 2.129 quilômetros quadrados, tem uma população, estimada pelo censo 2010 do IBGE, 188.233 habitantes, e está a uma altitude de 70 metros acima do nível do mar. O clima é quente e seco, com uma temperatura média de 30 graus centígrados.

Situada na região Norte do Ceará, a 235 quilômetros de Fortaleza, a cidade de Sobral se apresenta como o mais significativo referencial de crescimento e desenvolvimento econômico do interior do Estado, constituindo-se num centro de referência, por sua ampla e moderna estrutura nos setores da saúde, educação, comércio, indústria, serviços, lazer, cultura e arte (SOBRAL, 2011).

Inserida no rol das cidades que mais se desenvolveram no Brasil, nos últimos 10 anos, e também uma das 30 melhores para se morar, Sobral se orgulha de sua história e de sua gente; de seus encantos exaltados em prosa e verso; do seu rumo certo, do novo jeito de ser, e por estar cada vez melhor.

A importância de destacar um pouco a história de Sobral dá-se para que possamos compreender como uma revolução contemporânea no modelo de gestão de uma de suas áreas mais importantes, que aqui neste trabalho é a Saúde, vem gerando resultados exitosos no processo de trabalho do ponto de vista administrativo e assistencial.

Andrade (2003), diz que no campo do desenvolvimento das políticas governamentais, identifica-se no município uma variável positiva. Esta se refere à manutenção da mesma base político-partidária à frente da Prefeitura Municipal de Sobral, no caso o Partido Popular Socialista em coligação com o Partido dos Trabalhadores, desde 1997, o que, entre outros fatores, tem proporcionado a continuidade das políticas públicas.

Sobral vem experimentando ao longo dos últimos anos um forte processo de modernização socioeconômica em virtude de abrigar indústrias de grande porte, gerando dessa forma, empregos diretos e indiretos para os sobralenses, aumentando a arrecadação dos cofres públicos e a renda das pessoas. O município também é caracterizado por ser o núcleo do comércio na região norte, bem como Pólo Universitário: com duas universidades públicas,

um instituto tecnológico e várias faculdades particulares, que impulsionam diariamente o movimento pendular de deslocamento de estudantes e professores.

6.2 Sistema Municipal de Saúde de Sobral de 1997 a 2011 - um relato de atos e fatos

Até o ano de 1996, Sobral tinha como principal característica um governo municipal quase ausente na formulação e execução das suas políticas públicas. Esta característica perpassava todos os setores da administração, e de forma bastante acentuada, o da saúde. Quase toda a rede dos serviços assistenciais de saúde pertenciam a entidades filantrópicas, entidades privadas e ao governo estadual (ANDRADE; MARTINS JUNIOR, 2000).

O modelo assistencial do município, referência para toda a região, tinha um enfoque exclusivamente centrado na doença, tendo o espaço hospitalar como seu centro de gravidade. Os serviços ambulatoriais de Atenção Básica estavam centralizados nos hospitais, apresentando baixa cobertura e pouca, ou quase nenhuma resolubilidade. Os Postos de Saúde municipais estavam quase todos localizados dentro de escolas municipais, dispondo geralmente de duas pequenas salas, sem maiores condições de funcionamento.



Figura 1. MAPA DE SOBRAL- Distritos e limites

Em 1997 iniciou-se a nova gestão municipal do então prefeito eleito Cid Ferreira Gomes. Diante do quadro da saúde que o município apresentava, a nova equipe de saúde do

município percebeu a necessidade de elaborar um Plano Municipal de Saúde como forma inicial de efetivar o Sistema Local de Saúde de Sobral, utilizando uma abordagem participativa e democrática. Para obter uma sistematização inicial desse processo de trabalho, em Abril de 1997 foi realizada a Oficina de Planejamento Estratégico do Sistema Local de Saúde - SILOS de Sobral (ASSIS, 2004).

Sobral, além da disposição de serviços de saúde para atenção primária e secundária, conta com a capacidade de atenção terciária, constituída de serviços ambulatorial e hospitalares especializados de alta complexidade e alto custo, tais como serviços de urgência e emergência, atenção à gestante de alto risco, cardiologia, oncologia e neurologia. Garante o acesso à quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva, exames hemodinâmicos, medicina nuclear, radiologia intervencionista e exames de diagnose de maior complexidade. Assegura também tratamento intensivo, como serviços de urgências clínicas e cirúrgicas e, traumatologia e ortopedia proveniente de traumas, nas 24 horas (SOBRAL, 2011).

Assim sendo, Sobral se constitui um Pólo para sede da Microrregião de Sobral, formada por 24 municípios e para a sede da Macrorregião de Camocim, Tianguá, Crateús e Acaraú. Isto significa que o Sistema de Saúde de Sobral é referência para 55 municípios, abrangendo uma população de aproximadamente, 1.600.000 habitantes.

A gestão do Sistema de Saúde de Sobral, em âmbito local, é de responsabilidade da Secretaria da Saúde e Ação Social, que adota um modelo de gestão colegiada, formada por todos os coordenadores de sua estrutura administrativa para o planejamento, monitoramento e a avaliação das ações.

Em Sobral, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal proposta para compor a atenção básica e o primeiro espaço de aproximação do usuário com o sistema de saúde. É desenvolvida por 48 equipes de Saúde da Família, que atuando em conjunto com outros profissionais de apoio, como os que fazem as 38 Equipes de saúde Bucal e os seis Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), executam suas atividades com responsabilidade sanitária sobre a comunidade adstrita aos territórios delimitados. Os Agentes de Combate às Endemias (ACE) são também distribuídos de acordo com os territórios das equipes da ESF (SOBRAL, 2011). Garantindo atualmente uma cobertura assistencial de 89,2% da população do município (parâmetro com dados da população estimada do IBGE-2010).

Para viabilização de um modelo de atenção que contemple o exposto acima, requer atitudes e posturas diferenciadas na formação dos profissionais, daí, desenvolveu-se um

processo de educação permanente nos seus diversos serviços, conformando um Sistema de Saúde-Escola com participação das universidades e da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (ESFVS).

Entre os programas desenvolvidos pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, se destaca a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, dirigida para diferentes categorias profissionais da saúde, organizada em estratégias pedagógicas que buscam desenvolver e aprimorar o seu fazer, considerando suas singularidades, necessidades e seus diferentes contextos no território da ESF.

6.3 Institucionalização do Método da Roda na Estratégia em Saúde da Família de Sobral

No município de Sobral já fora realizado dois estudos sobre o Método da Roda, o primeiro por Andréia Silveira de Assis (2004), monografia de pós-graduação *latu sensu*, faz um estudo de caso sobre o processo de implantação do método de co-gestão de coletivos. E o segundo, trabalho de graduação do curso de Enfermagem de Nayana Rocha Soares (2009) “Análise do Método da Roda como um instrumento de Co-Gestão na Estratégia Saúde da Família do Município de Sobral, CE”. Que foram indispensáveis para sistematização histórica e política do processo de institucionalização do Método, bem como para uma compreensão crítica preliminar ao estudo que ora apresento.

Em Janeiro de 2001, o Secretário de Saúde de Sobral conheceu a teoria sobre o Método da Roda, bem como a experiência de sua implantação. Ao conhecer a experiência resolveu implantá-la na Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral. Para dar apoio à implantação do método no município, foram indicados dois alunos do autor Gastão Wagner S. Campos, que trabalharam na implantação do método naquele município. Esses alunos, na forma de consultores, vieram a Sobral iniciar um trabalho de discussão do método junto aos profissionais de saúde. Foi formada uma equipe para trabalhar as discussões de concepção, onde estavam incluídos a Coordenação de Saúde do Município que atua mais próximo das unidades básicas de saúde do Programa Saúde da Família e a equipe de preceptores da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. A equipe formada e os consultores começaram as discussões sobre concepção teórica e ideológica do método e como foi a experiência de implantação em Campinas. Nesse ínterim, iniciou-se o

trabalho junto às unidades básicas de saúde e também a produção de um diagnóstico situacional do processo de trabalho como um todo. A equipe de saúde que estava realizando esse estudo da teoria de Campos viria a se constituir depois na figura dos apoiadores e observadores institucionais das Rodas que se formariam (ASSIS, 2004).

Conforme o mesmo estudo, fora durante esse trabalho de diagnóstico e nas discussões com a gestão central da secretaria, que identificaram inexistir a figura de um gerente. Concluíram que geralmente a enfermeira da unidade era responsável pelos trâmites administrativos da unidade frente à secretaria. Diante de tal realidade, propuseram então criar a figura de um gerente para cada unidade de saúde. Em Maio de 2001 aconteceu o processo de eleição dos gerentes em todas as unidades de saúde.

Em 11 de Agosto de 2001 ocorreu o “I Encontro das Rodas”. Para esse encontro foram convidados todos os funcionários de todas as unidades de saúde e setores descentralizados do Sistema Municipal de Saúde de Sobral, o que totalizou um público de 587 pessoas. Seu objetivo foi oficializar a implantação do Método da Roda para Análise e Co-Gestão de Coletivos nas unidades e setores descentralizados da Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral, bem como empossar os novos gerentes eleitos das unidades.

Após esse encontro, as Rodas se consolidaram nas unidades de saúde algumas semanalmente e outras quinzenalmente, durante o turno da tarde com a presença de todos os funcionários e do preceptor que até hoje acompanha a sistematização da Roda como apoiador, facilitador e observador.

Com a implantação das Rodas, foi criado o Colegiado de Gerentes, uma instância administrativa do novo modelo de gestão onde todos os gerentes dos CSF's, reúnem-se semanalmente (quartas-feiras) com a Coordenação da Atenção Primária, para discutir, deliberar e formular políticas públicas para melhorar as condições de trabalho. Conforme solicitação de inserção de pauta é aberto aos demais serviços da saúde, a outras órgãos públicos e instituições não governamentais e privadas. Esse espaço é denominado “reunião dos gerentes”, por caracterizar-se por um momento fortemente administrativo e de planejamento.

Paralelo a esta Roda, foi criado em 31 de Julho de 2001, o Conselho Gestor da Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral, que se caracteriza como um espaço de deliberação e apoio administrativo ao Secretário de Saúde com macroatuação em todas as áreas, trabalhando intersetorialmente com as demais áreas ligadas à saúde. Este conselho,

estrategicamente foi pensado em sua criação para democratizar e descentralizar ações e decisões antes somente centralizadas no gestor da secretaria. De fato, não seria possível pensar a co-gestão sem uma instância de deliberação descentralizada tanto em decisões quanto em discussões e ações.

No Estudo mais recente realizado por Nayana Soares (2009), relata que as Rodas dos CSFs acontecem quinzenalmente às quintas-feiras à tarde entre 13 horas às 17 horas. Antes elas aconteciam semanalmente, mas devido ao processo de educação permanente para os enfermeiros da atenção básica do município organizado pela Secretaria de Saúde e Ação Social que acontece também no mesmo dia e horário, quinzenalmente, as Rodas passaram a ser realizadas com essa frequência.

Nos seus achados, autora descreve como acontecem as Rodas e faz um quadro esquemático de disposição dos participantes, quais as categorias profissionais se destacam, onde as falas são predominantes. Esses momentos acontecem no próprio espaço dos CSFs, sendo em sua maioria conduzida pelo gerente do serviço, embora em algumas exista a metodologia de permuta, com os cuidadores da Roda, que facilita na perspectiva terapêutica e pedagógica, pois a administrativa é conduzida pelo gerente. Atualmente, o papel do apoiador institucional é exercido pelo tutor ou preceptor² da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. O número de participantes nas Rodas equivale a todos os profissionais do CSF, ou seja, varia entre 15 a 60 participantes. Segundo Soares (2009) a insuficiência de estrutura para comportar todos adequadamente durante a Roda, superlotação, pautas extensivas, aliados a outros fatores proporcionavam conversas paralelas sobre assuntos alheio ao que se discutia em grupo.

O mesmo estudo constatou o quanto a percepção dos trabalhos sobre a Roda está aquém dos seus objetivos, fato comprovado quando apenas cinco por cento dos profissionais de saúde entrevistados identificou a Roda como um momento de avaliação. Em relação aos dispositivos da Roda foi predominante o fator administrativo em detrimento do político, terapêutico e pedagógico. A participação da Comunidade foi muito citada entre as pessoas que deveriam estar presentes na Roda.

² A preceptoria é uma atividade docente-assistencial que foca suas ações em facilitar aprendizagem no campo da especificidade profissional. Na RMSF, portanto, tem-se preceptores de todas as categorias profissionais: preceptoria de psicologia, preceptoria de serviço social, preceptoria de Farmácia, etc.

7. TRILHAS METODOLOGIA

Desenvolvemos um estudo de técnica etnometodológico com abordagem qualitativa, através da pesquisa de campo, adotando como coleta de dados entrevistas (individuais e coletivas semi-estruturadas) e a observação sistemática.

A Etnometodologia dá nome a um conjunto de estratégia de pesquisa, cujo ponto comum é a descrição minuciosa dos objetos investigados, a compreensão dos símbolos e investigação detalhada dos fatos, no lugar em que eles ocorrem, possibilitando uma descrição densa e minuciosas das pessoas e suas relações. Sua inspiração é na abordagem antropológica, mas diferencia-se por não terem pretensões de produzir análises culturais (MINAYO, 2010).

Adotamos combinação de técnicas para compreendermos o processo de co-gestão de coletivos vivenciados através do Método da Roda em Sobral-CE. Lüdke & André (1986), afirma que a observação direta permite que o pesquisador chegue mais perto da “perspectiva dos sujeitos”, e pode tentar apreender a sua visão do mundo, isto é, o significado que eles atribuem à realidade que os cerca e as suas próprias ações. Ao mesmo passo que as autoras reconhecem as limitações dessa técnica, onde o contato prolongado pode provocar alterações no ambiente ou comportamento das pessoas observadas.

O lócus da pesquisa foi a Estratégia em Saúde da Família de Sobral-CE. Atualmente os serviços da atenção básica compreendem as 48 Equipes de Saúde da Família (ESF), incluem 38 Equipes de Saúde Bucal (ESB), seis Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e uma turma de Residência multiprofissional em Saúde da Família, distribuídos em 28 Centros de Saúde da Família (CSF) e cinco unidades de apoio, em áreas compreendidas como territórios, onde, dependendo de sua localização e perfil social e epidemiológico da população, acompanham, em média, 600 a 1.200 famílias e garantem uma cobertura assistencial de 89,2% da população do município (parâmetro com dados da população estimada do IBGE-2010).

Segue um quadro esquemático com os CSF da zona urbana e Rural e seus respectivos números de equipes (Quadro 1).

Quadro 1: Distribuição dos Centros de Saúde da Família por zona urbana e Rural, e numero de equipe

| CSF da Zona Urbana | Nº Equipe | CSF Zona Rural | Nº Equipe |
|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|-----------|
| CAIC | 2 | Aprazível – Lêda Prado VI | 1 |
| COELCE– Dr. Grijalba | 4 | Aracatiaçú - Lêda Prado II | 2 |
| Cohab II | 1 | Baracho | 1 |
| Dom Expedito- D. Maria Eglantine | 2 | Bilheira – Edmundo Rodrigues Freire | 1 |
| Expectativa – Maria Adeodata | 2 | Bonfim | 1 |
| Estação | 2 | Caracará | 1* |
| Padre Palhano –Herbet de Sousa | 2 | Patos | |
| Pedrinhas – Santo Antônio | 1 | Caioca – José Davi Aragão | 1 |
| Sinhá Sabóia | 3 | Jaibaras - Lêda Prado IV | 2 |
| Sumaré – Cleide Cavalcante de Sales | 2 | Jordão - Lêda Prado III | 1 |
| Tamarindo – Dr. Luciano Adeodato | 2 | Patriarca | 1 |
| Terrenos Novos | 4 | Rafael Arruda - Lêda Prado V | 1 |
| UVA – Alto da Brasília | 2 | Torto – Antônio Ribeiro da Silva | 1 |
| Vila União | 2 | Taparuaba - Lêda Prado I | 1 |

*Dois Centro de Saúde da Família, composto por mesma equipe devido a distância geográfica

Fonte: Coordenação de Atenção Primária da Secretaria da Saúde e Ação Social

O Cenário do estudo compreendeu dois CSF's, que foram classificados em CSF 1- da Zona Urbana e CSF 2- da Zona Rural. A seleção dos dois Centros de Saúde da Família foram definidos conforme os seguintes critérios: 1. A Unidade que primeiro implantou a Estratégia em Saúde da Família da saúde e 2 com maior número de equipes.

Nesses critérios foram identificado o Centro de Saúde da Família da Zona urbana e rural. Na zona rural houve um empate nos dois quesitos, procedeu-se então um sorteio entre as unidades, para definir o CSF 2.

Os atores sociais³ desse estudo foram os trabalhadores da saúde que compõem o CSF 1 e CSF 2, os Gerentes dos Centros de Saúde da Família e um gestor da Atenção Primária da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral.

No âmbito das Rodas dos Centros de Saúde da Família foram todos os profissionais Gerente, Médico(a), Enfermeiro(a), Odontólogo, Técnico de Saúde Bucal (TSB),

³ Faço neste estudo uma distinção entre atores e sujeitos. Apesar do conceito de sujeito que abordo ter a característica de atuar na realidade, faço a escolha de referir-me a atores como se vem convencionando nas ciências sociais aos coletivos que possuem características em comum, no caso do SUS, por exemplo, um ator seria os trabalhadores, como também gestores e usuários.

Auxiliar/Técnico de Enfermagem, agente administrativo, Agente Comunitário de Saúde(ACS), Zeladores de Patrimônio, auxiliar de serviços gerais, jardineiro, motorista, Profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e os Residentes multiprofissional em Saúde da Família.

A intenção inicial do estudo era realizar seis Grupos Focais (GF) distribuídos da seguinte forma: dois com os Gerentes dos CSF e quatro com os Trabalhadores da Saúde, distribuídos em dois segmentos, os que estão na assistência direta à saúde e outro com os profissionais do âmbito administrativos, dos dois Centros de Saúde da Família onde foi realizada a pesquisa.

No entanto em contato com atores sociais o método foi totalmente redesenhado. Sendo realizado apenas um Grupo Focal com os gerentes e duas entrevistas com gerentes dos CSF na terceira tentativa de realizar o GF de gerentes.

Para convidar os gerentes pactuamos o dia e hora com a Coordenação da Atenção Primária, como são 28 gerentes, foram divididas em dois grupos, nas respectivas datas 12 e 19 de junho de 2012, às 14 horas, na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS). Para mobilização elaboramos um convite formal na gráfica e anexamos aos envelopes com as pautas que as Gerentes recebem em todas as reuniões na quarta-feira (06 de junho de 2012), e solicitamos informe oral para que elas tomassem ciência do convite.

No primeiro GF do dia 12 de junho, somente duas gerentes compareceram, e acordamos que essas viriam na semana seguinte junto ao agendamento do outro GF. Para evitar absenteísmo, realizei uma mobilização por telefone para as gerentes agendadas para o dia 19/06/12, bem como as que haviam comparecido anteriormente. Na referente data comparecem oito gerentes. Para contemplarmos nossa amostra, decidimos realizar o terceiro convite, através de um sorteio de 10 (dez) gerentes que haviam faltado, esse quantitativo foi definido a partir do primeiro e aumentando em 20% para falta, articulei pessoalmente o convite com uma semana de antecedência e no dia telefonei, contudo só comparecem duas gerentes, em horários diferentes, e para tal optamos realizar entrevista semi-estuturada.

Ao realizar o primeiro GF com profissionais do âmbito administrativo no CSF 1, os profissionais afirmaram que embora a pesquisa garantisse anonimato das informações, nada impediria que o colega saísse do GF realizando comentários, manifestando interesse para que

fosse entrevista. Os primeiros que decidiram fazer a entrevista solicitaram a participação do trabalhador de mesma categoria profissional. E com essa decisão padronizei o roteiro do GF para Entrevista Coletiva (EC) semi-estruturada (APÊNDICE A) e uniformizei aos demais participantes a entrevista coletiva por categoria profissional (Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes Administrativos, Auxiliares de Serviços Gerais, Técnico de Enfermagem e Atendente de Saúde Bucal), exceto aos profissionais de nível superior da saúde, no qual fiz multiprofissional, devido ao número restrito da categoria médica, dentista e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Nenhum vigilante aceitou participar do estudo por afirmarem que não participa da Roda, pois são responsáveis pela porta da unidade de saúde.

Realizei uma entrevista semiestruturada com o gestor da Atenção Primária, afim de minimizar as lacunas dos grupo focais, as questões para entrevistas foram elaboradas após análise dos GF's, a fim de complementar as informações dos trabalhadores, esclarecimento das informações e acréscimos de dados relevantes ao estudo (APÊNDICE C).

A seleção dos participantes para as entrevistas foram por sorteio após ser informada pela gerente do CSF o nome de cada profissional e a sua respectiva categoria. Como a categoria dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é bem numerosa, solicitamos na Roda do CSF a contribuição deles, e indagando se eles queriam que escolha fosse por sorteio ou livre manifestação individual, ficando essa última aceita. Acordamos uma representação com equipe de saúde, sendo quatro ACS, em cada CSF da pesquisa.

Já os profissionais de nível superior foram por sorteio, no CSF 1, participaram o médico, dentista e dois enfermeiros. No CSF 2, participação de três enfermeiros, e dois profissionais do NASF (uma fonodóloga e uma terapeuta ocupacional), que estavam no CSF no dia do GF, que complementou pela ausência da dentista que havia saído para um curso, e o médico que não convidei porque nunca o vi na Roda.

Quarenta atores sociais contribuíram para o estudo entre Grupos Focais (GF), Entrevistas Coletivas (EC) e individuais, distribuídos em: dez gerentes dos CSF, oito ACS's, cinco enfermeiros, um médico, um dentista, um fonodólogo, um terapeuta ocupacional, quatro Agentes Administrativos, quatro técnicos de Enfermagem, quatro auxiliares de Serviços Gerais e um gestor da atenção básica.

Com intuito de aprofundar a percepção crítica me aproximei das Rodas dos Profissionais da Estratégia em Saúde da Família, que acontecem semanalmente, e em casos específicos quinzenalmente no Centro de Saúde da Família (CSF), às quintas-feiras, (13:00h às 17:00h), onde ocorre a socialização e integração de seus componentes, bem como as trocas de informações provenientes da reunião de gerentes. O período de observação do estudo foi do dia 02 de agosto à 4 de outubro, no CSF 1 e de 20 de outubro a 13 de dezembro de 2012, no CSF 2.

A observação foi escolhida por ser uma técnica de coleta de dados neste estudo, devido às possibilidades de se captar uma variedade de situações as quais não se teria acesso somente por meio de perguntas realizadas aos trabalhadores. Segundo Gonçalves (1994), a observação direta do processo de trabalho em operação viabiliza o esclarecimento de sua lógica interna, pois permite acompanhar e registrar os movimentos, os discursos e as ações dos trabalhadores, suas relações recíprocas, as relações mantidas com objeto de trabalho e como se processa a produção de serviços de saúde.

Entre as vantagens dessa técnica destacada por Martins e Bógus (2004) estão: a imersão do pesquisador no ambiente estudado, aliado um maior tempo, diminui a probabilidade de que as pessoas alterem seu comportamento com sua presença; as diferenças entre o comportamento verbal e o real ficam mais aparentes; questões podem ser formuladas na linguagem dos sujeitos, usando termos característicos das pessoas estudadas. Assim os pesquisadores podem entender os fenômenos que consideram relevantes, captando as especificidades do contexto sócio-cultural em que ocorrem.

Seguindo a Proposta de Bogdan e Biklen (1982), propõem que observação seja composto de uma parte descritiva e outra reflexiva. A parte descritiva constituiu dos registros do que aconteceu no campo, isto é a descrição dos fatos e atividades, a transcrição das falas dos sujeitos, a descrição do comportamento do observador, incluindo suas ações e conversas com sujeitos participantes. A parte reflexiva consta de comentários pessoais do pesquisador, incluindo pontos a serem esclarecidos, além de mudanças na perspectiva do observador, tais como evolução de suas expectativas e opiniões durante o estudo, sentimentos, problemas, dúvidas e algumas reflexões metodológicas.

Toda observação foi registrada num instrumento que se convencionou chamar Diário de Campo, nesse caderno o investigador anota todas as informações sobre conversas informais, comportamentos, gestos, expressões que digam a respeito do tema pesquisado (MINAYO, 2010). Registro dos dados colhidos na observação foi realizado com caderno pautado, onde foram feitas anotações durante a permanência no campo de pesquisa. Adotamos um roteiro de observação (APENDICE B), como um fio condutor, sem engessar o olhar, pois a inserção em campo é dinâmica.

Malinowski (1975; 1984 *apud* MINAYO 2010), num texto clássico de orientação para antropólogos dá algumas pistas importantes para realização da observação, chamando atenção para a necessidade de observar os imponderáveis da vida social. Ou seja, quais as incongruências entre que é dito ao pesquisador nas entrevistas e nos grupos focais e o que é feito; como se processam as relações hierárquicas, as relações entre pares e entre opostos e quais os símbolos e sinais significativos para pesquisa estão sendo emitidos e naturalizados no cotidiano em observação.

A partir dessa premissa que reforça a importância dessas múltiplas técnicas de pesquisa etnometodológica, principalmente para que se destina o presente objeto de estudo, que são as relações de co-gestão dentro de Centro de Saúde.

Para a discussão dos resultados utilizei a técnica da *Análise de Conteúdo*, no qual alcançar os significados manifestados nos dados coletados. Segundo Laurence Bardin (2010), a Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que procura estabelecer uma “correspondência entre as estruturas semânticas ou lingüísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas (por exemplo: condutas, ideologias e atitudes) dos enunciados” (BARDIN, 2010, p.40).

A indução fundamenta-se em premissas, onde “pode-se afirmar que as premissas de um argumento indutivo correto sustentam ou atribuem certa verossimilhança a sua conclusão” (MARCONI; LAKATOS, 2005, P. 86).

O processo de desenvolvimento de Análise de conteúdo, em pólos cronológico, em:

1. Pré-análise

- 1.1 Leitura flutuante dos documentos produzidos pela transcrição do grupo focal e descrição dos eventos e reflexão das observações participantes, contido no diário de campo;
- 1.2 Produção do Material com a identificação inicial dos núcleos temáticos.
2. Exploração do material com operações de codificação
 - 2.1 Recorte dos textos a partir dos temas;
 - 2.2 Enumeração das partes
 - 2.3 Classificação e agregação a partir da definição dos núcleos temáticos;
 - 2.4 Construção de quadros temáticos e de listas de temas
3. Tratamento dos resultados, a Inferência e Interpretação

Em linhas gerais, a Análise Temática do material empírico da pesquisa se constitui por rígidos processos de leitura, re-leitura, categorizações, recortes, codificação, sistematizações, interpretações e interferências sobre as mensagens expressões (significações e códigos) e sobre os grupos emissores.

A pesquisa foi norteada pela Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos que se caracteriza como uma pesquisa que individualmente ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta em sua totalidade ou a partir deles, incluindo manejos de informações ou materiais.

Dessa forma, submeti apreciação à Comissão Científica da Secretária da Saúde e Ação Social de Sobral-CE e posteriormente a análise desse, cadastramos na Plataforma Brasil base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/Conep, no qual fora aprovado com o seguinte número de parecer: 16797 (ANEXO A).

Esta pesquisa contempla os referenciais básicos da bioética, que inclui a macroética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça: e a microética: respeito, dignidade e decência (BRASIL, 1996).

Abordar os quatro princípios éticos aparentemente pode ser simples, porém, dar relevância a estes princípios é a conduta desta pesquisa que envolve seres humanos. Pretendemos assegurar aos atores sociais da pesquisa os benefícios resultantes do processo, seja em termos de retorno social onde foram realizadas, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa, através da comunicação dos resultados encontrados.

Asseguramos a **Autonomia** dos atores sociais e a proteção do grupo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de modo geral, tratados com dignidade, respeitando sua autonomia e defendidos em sua vulnerabilidade;

Certificamos a **Não-maleficência** com a garantia de que danos previsíveis evitados, nos certificando de que evitado qualquer dano possível;

Garantimos a **Beneficência** compromisso de ponderar o mínimo de riscos e máximo de benefícios tanto atuais como potenciais, individuais e coletivos. Os atores sociais tratados de forma ética e suas decisões respeitadas;

Afirmamos a **Justiça** quando os atores forem tratados de forma justa. Ocorre injustiça quando o benefício ao qual a pessoa tem direito é negado sem boa razão ou quando um fardo é imposto indevidamente. Sempre estaremos relatando a veracidade aos atores.

Mantemos **Respeito, Dignidade e Decência com os atores** já que o direito à autodeterminação e a tratamento como agentes autônomos. Tendo a liberdade de participar ou não da pesquisa.

8.0 A RODA NA VISÃO DOS ATORES DA ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

8.1 A Roda entre a teoria e a Realidade

O Método da Roda é definido como um arranjo de gestão que busca gerar novas relações entre os protagonistas da saúde, baseadas na horizontalidade, descentralização do poder, autonomia, responsabilização e grupalidade das equipes (CAMPOS, 2007).

Uma das inquietações do problema de pesquisa era averiguar se o Método da Roda no município de Sobral construía espaços de co-gestão entre os trabalhadores e o sistema municipal de Saúde de Sobral. Afinal as Rodas são a possibilidade de “construção de espaços coletivos e constituição de Sujeitos com capacidade de análise e de intervenção como estratégia de democracia institucional ”(CAMPOS, 2007, p.41).

Gastão Wagner Campos (2007) afirma que a gestão democrática e participativa, se concretiza por construção de um sistema de co-gestão, portanto, é um eixo de conformação anti-taylor, através do Método da Roda.

Na pesquisa os atores ressaltaram o papel da Roda enquanto espaço propício para a construção coletiva do sistema de saúde, onde os trabalhadores podem opinar, planejar e discutir problemas da comunidade.

É um momento de co-gestão onde realiza as discussões de coletivas [...]toda equipe apresentar as dificuldades, no qual podemos realizar um planejamento e a educação permanente. E momento de socialização de outros serviços do município aos trabalhadores (E.C nível superior do CSF 1)

A roda é para se discutir os problemas da comunidade e da unidade de saúde, já que ela é voltada para os profissionais na área da saúde. (E.C dos ACS, CSF 1)

O significado das rodas no discurso de alguns entrevistados apareceu como espaços para uma gestão democrática e participativa. Palavras chaves para a construção do sujeito, pois, como já referido, a democracia e a participação são associadas neste trabalho diretamente com a possibilidade de maior aprofundamento da consciência e a capacidade de comprometimento. No entanto, alguns entrevistados destacam que com o passar do tempo os propósitos das rodas foram se modificando:

A roda é um espaço de discussão da unidade, de avaliar, mas hoje a Roda se resume de repasse de informações da reunião de gerente, não há planejamento na Roda, e

também porque é muito demanda, assuntos que deve ser discutidos ficando inviável a gerente fazer os dois momentos (EC Nível Superior, CSF 2).

As evidências da predominância do componente administrativo deve ser constantemente cuidado pelos que compõem as Rodas, pois é bem mais fácil e simples manter o modelo gerencial hegemônico, do que construir uma outra organicidade política e metodológica. Para tal exige dos seus atores um exercício contínuo de ação-reflexão-ação ancorados numa consciência crítica que a gestão participativa não é um processo dado, e sim construído cotidianamente nas relações de trabalho.

A operacionalidade do Método da Roda é baseada numa perspectiva filosófica (inserção de uma cultura democrática) e metodológica (pelos componentes político, terapêutico, administrativo e pedagógico). No âmbito da sua organização metodológica alguns profissionais a serem questionado sobre o método conseguem descrever como deve ser executado a Roda. Conforme nos apresenta o grupo dos agentes comunitários de saúde (ACS).

Quando a roda foi criada, ela foi criada para ter vários momentos. Momento pedagógico, momento educativo, terapêutico e administrativo, entre outros momentos (EC ACS, CSF 1).

A partir desse depoimento, me interessei descobrir se havia tido algum momento teórico junto aos trabalhadores sobre o Método da Roda, portanto acrescentei uma nova pergunta ao roteiro de entrevista: “Dentro da organização do sistema municipal de saúde, houve algum momento pedagógico sobre o Método da Roda?”

As respostas a esse questionamento foram diversas, quem detinham domínio teórico sobre o Método eram os profissionais que atuavam no município de Sobral, desde 2001, inclusive faziam relato histórico da implantação, pois participaram da I Encontro da Roda⁴, ou quem era egresso da residência multiprofissional em saúde da família⁵,

Implantação da Roda foi através secretário de Saúde, Dr. Odorico⁶, onde veio equipe de campinas, com psicóloga Rosani Paganni. Foram criando várias Rodas, Roda de equipe dos Centros de Saúde da Família, Rodas de gerentes, tudo virou uma Roda! E

⁴ Ver no referencial teórico sobre: Institucionalização do método da roda na estratégia em saúde da família de sobral

⁵ A primeira experiência brasileira de residência em saúde da família, surge em Sobral, em 1999 através da Residência/Especialização em Saúde da Família, para formação de médicos e enfermeiros especialistas em saúde da família, com duração de dois anos, caracterizado por treinamento em organização a partir de uma parceria da Prefeitura Municipal de Sobral, com a Universidade do Vale do Acaraú, Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Escola de Saúde Pública do Ceará.

⁶ Refere-se a Luiz Odorico Monteiro de Andrade que foi Secretário Municipal de Saúde de Sobral-CE (1997-2004) que implantou a gestão.

estimulava que acontecessem os três componentes, roda terapêutica, cuidando do cuidador, pedagógica, ela também ajudava a planejar (GF- Gerente)

A profissional do NASF egressa da residência relata que na época de sua formação, havia constatado desconhecimento dos profissionais da unidade sobre o método da Roda, para minimizar essa situação realizaram um momento pedagógico junto aos trabalhadores sobre “A roda que temos e Roda que queremos?”.

Eu já presenciei enquanto residente, não como profissional do NASF, e na época fizemos uma devolutiva na unidade de saúde que atuávamos com outros profissionais através da discussão da Roda que Temos? E a Roda que queremos? Foi super produtivo, rendeu bastante. (EC Nível superior, CSF2)

Houve relatos de gerente que obteve conhecimento sobre a Roda durante a graduação “O que eu conheço sobre Roda, foi na graduação, quando participei de um grupo pesquisa na UECE”.

Entretanto, foi predominante ausência de momentos educativos sobre o Método da Roda, apesar de afirmarem que constantemente “a gerente explica na Roda qual a importância” daquele momento para a unidade, com intuito de motivar e co-responsabilizar a participação dos profissionais, mas não como momento teórico-pedagógico.

Nunca teve, mas às vezes quando a gerente quer reclamar porque alguém está faltando a roda, ela explica o que é a Roda para valorizar. Mas infelizmente quem deveria ouvir nem está lá! (EC Nível superior, CSF 2)

Ao abordar sobre apropriação teórica do método, os gerentes até fazem uma reflexão que poderia ser incluído no conteúdo da Educação Permanente⁷ para os trabalhadores do Sistema Municipal de Saúde de Sobral, inclusive aos gerentes, pois são esses quem facilitam as Rodas nos territórios.

Ta faltando mesmo todos conhecerem sobre o método da roda, principalmente os gerente, que a grande maioria são novos, estão precisando conhecer, literalmente! Seja momento de fazer uma oficina com todos os gerentes e trabalhadores. Em todas as EP [Educação Permanente] de todas as categorias sejam discutidos sobre a Roda, (GF- Gerente)

⁷ A construção da Política Municipal de Educação Permanente em Sobral se iniciou em 1997, concomitante com o processo de organização do Sistema de Saúde de Sobral, onde apontava a necessidade de se criar um ambiente favorável à capacitação dos profissionais de saúde, sendo materializado pelas residência em saúde da família, e 1999 e a criação da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia em 2001.

O Gestor da Atenção Básica reforça essa sugestão, acrescentando a potencialidade do Sistema Municipal Saúde Escola⁸.

Podemos aproveitar o Sistema Saúde Escola, e a potencialidade da Escola de Formação em Saúde da família junto com os preceptores e levar a discussão da Roda para dentro da Roda (Gestor da Atenção Básica).

A organização do serviço de saúde de Sobral caracteriza-se por ser um Sistema Municipal Saúde Escola que avança na perspectiva de ser um sistema aprendente. Ou seja, o território, os Centros de Saúde da Família, os grupos sociais, as lideranças populares, os movimentos sociais, os momentos formais de instrução, o dia-a-dia de trabalho nos diferentes espaços organizacionais, as rodas de co-gestão, as situações de tensionamentos e de conflitos existentes nos territórios são geradoras de novas e significativas aprendizagens. Estas situações aprendentes são algo vivo, dinâmico que interagem com o sujeito da aprendizagem modificando-os e sendo modificadas num incessante jogo dialético (DIAS *et al.*, 2007).

Carmem Araujo (2009) define que o Sistema de Saúde Escola favorece a mudança de concepções, reflete sobre práticas e gera ações. Contudo, as reviravoltas no sistema de saúde precisam ocorrer a partir das diferentes frentes que de forma simultânea buscam o fortalecimento do SUS. A Educação Permanente é um alicerce para uma mudança consciente, integradora de diversos saberes e olhares e re-direcionamento da formação na perspectiva das necessidades da população. Portanto, também é relevante um direcionamento da mudança na gestão e atenção congruente com o que é produzido nos processos formativos, e desses com o que é gerado na gestão e na atenção.

Uma pressuposto da Educação Permanente, segundo Maria Alice Roschke, *et al* (1991) são as aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) que deve acontecer no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, para que possa propiciar a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, e o enfrentamento criativo das situações de saúde.

No Sistema Municipal de Saúde de Sobral há um espaço propício para se experienciar as práticas de educação permanente, sendo as Rodas um momento instituído no local e

⁸ O Sistema Saúde Escola de Sobral opera com a categoria aqui denominada de vivências de aprendizagem (BUBER, 1979), que norteiam a educação permanente dos profissionais do setor saúde e ocorrem em diferentes espaços do sistema, transformando toda a rede de serviços de saúde existente no município em espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional. Estas aprendizagens emergem, se organizam e são re-significadas no cotidiano dos territórios para, num processo dinâmico, aberto e coletivo, tornar possível a constituição de uma grande comunidade aprendente (DIAS, *et al.* 2008)

durante o trabalho, além do apoio pedagógico do Grupo de Trabalho de Educação Permanente da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), ou mesmo através dos residentes, preceptor e/ou tutor que estão no território. Entretanto o que se constatou que esse protagonismo no âmbito das gerentes encontra-se tímido, uma vez que eles fazem uma análise reflexiva, identifica a necessidade e sugere estratégias, contudo, não protagoniza a Educação Permanente junto aos trabalhadores.

A percepção dos trabalhadores sobre a Roda ficou evidenciada como espaço propício para construção coletiva dos trabalhadores e da política do SUS, no entanto encontra-se com entraves no âmbito de sua implementação, pois há um predomínio da dimensão administrativa, em detrimento do pedagógico, político e terapêutico. Contudo, não se pretende fazer uma correlação de causa e efeito, mas o desconhecimento sobre o método, na sua teoria, filosofia, aliada a uma incipiência conduta de democracia institucional imprime no atual método uma característica de reunião administrativa, semelhante ao modelo tradicional.

Um caminho que se deslumbra na perspectiva dos trabalhadores é o fortalecimento da Educação Permanente como dispositivo para minimizar o conhecimento sobre o método e experimentar outras estratégias de aprender a fazer o sistema público de saúde. Que pode ser implementado durante o trabalho e com os trabalhadores. A Educação permanente tem esse caráter criativo e dinâmico que deve ser a aprendizagem e o Sistema Saúde Escola de Sobral estimula o protagonismo em todo o processo de aprendizagem, sendo, pois, fundamental para um sistema aprendente a relação pessoa a pessoa independente dos papéis que desempenham (professor- aluno, gestor-trabalhador, trabalhador-usuário) (SOCORRO DIAS, *et al* 2008).

Nesta perspectiva, de acordo com Piaget (*apud* TAILLE; OLIVEIRA; DANTAS, 1992), o aprender deixa de ser uma atividade heterônoma (externa, estranha ao sujeito, dado por outrem) para se tornar uma atividade autônoma (interna e próxima dos sujeitos aprendentes). O aprender a aprender passa por se desenvolver uma postura ética, dialógica, aberta, humilde e tolerante frente aos inúmeros desafios advindos do território e do cotidiano de trabalho.

8.2 Olhares e sentimentos dos trabalhadores sobre as Rodas

Ao estudarmos o processo de participação dos trabalhadores nas unidades de produção, vimos historicamente que a participação na gestão não é uma concessão do capital aos trabalhadores, e sim o resultado de um confronto onde os trabalhadores mostram sua

capacidade de organização (FARIAS, 2009). Numa lógica inversa, as Rodas no município de Sobral surgem como estratégia da gestão municipal, e não de um processo de empoderamento dos trabalhadores.

Talvez esse método de gestão como uma concessão, instituída numa ordem burocrática, aliada a uma obrigatoriedade, com distanciamento teórico e político do processo co-gestão, ausência de momentos de reflexão e avaliação da Roda, tem proporcionado insatisfações. Inclusive coloca em dúvida se a roda é para a gestão ou é da gestão?

Partimos do pressuposto que a democracia é produto da práxis de grupos, que não há democracia sem a intervenção deliberada de sujeitos concretos, e depende de uma correlação de forças, do confronto entre movimentos sociais e poderes instituídos. No setor saúde seria entre os trabalhadores e a gestão. “A democracia é, portanto, a possibilidade do exercício do poder: ter acesso a informação, a tomar parte de discussões e na tomada de decisões” (CAMPOS, 2007, p. 41). A democracia é ao mesmo tempo uma construção e uma instância.

Observamos que o discurso democrático está incorporado pelos gerentes e alguns profissionais. A participação vem sendo experimentada com o desafio de re-configurar valores e distribuir poderes, mais ainda existem muitos desafios para efetivar a democratização da gestão.

É indiscutível a potencialidade das unidades de saúde enquanto espaços privilegiados do ‘trabalho vivo em ato’⁹, isto é, do lugar onde acontece o exato momento da atividade produtora do trabalho em saúde, onde predominam as tecnologias leves (relacionais), e a liberdade do profissional de criar, experimentar e intervir (MERHY; 1997, 2002). Lugar onde há alto grau de autonomia do trabalhador em sua relação com o usuário, mas também onde se vivenciam as dificuldades concretas do sistema público e dos determinantes e condicionantes de saúde. Aliadas a uma postura errônea de gestão democrática.

O que se tem perpetuado, no atual cenário estudado é uma lógica de gestão verticalizada, da gestão para as unidades, e muitas vezes os profissionais até reconhecem a importância de novas estratégias diferenciadas redução de indicadores ruins, competir a

⁹ Túlio Franco e Emerson Merhy (1997; 2002) que discute o “trabalho vivo em ato”, no qual o processo de trabalho em saúde, na sua micropolítica, funciona sob certa hegemonia do trabalho vivo, portanto revela-nos um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva

prêmios e continuarem sendo referência na qualidade dos serviços de saúde, como cita a gerente.

O sistema abraça todas as causas, se é para concorrer a prêmio (a ex. do selo UNICEF, Programa Trevo de Quatro Folhas¹⁰, PMAQ¹¹) coloca para gente da Estratégia em Saúde da Família assumir, nos até gostamos de fazer, a evolução da saúde, mas a custo do quê? até que ponto estamos nos sobrecarregando (gerente e enfermeiros) e os ACS's, executando tarefa, no processo mecânico, automático?.[...] Quando a gente chega na reunião de gerente já tem um paredão de papel para receber PMAQ, TREVO, SISVAN¹², e jogam nas nossas mãos da gente, como missão para repassarmos aos agentes de saúde e enfermeiros(GF- Gerente)

É incontestável a atual capilaridade que a Estratégia em Saúde da Família tem nos territórios, e sua inserção na comunidade e na família, sendo, portanto solicitada por diversos setores a sua colaboração nas políticas intersetoriais, além da constante evolução do sistema de saúde que imprimiu ao trabalhador novos fluxos e organizações, como Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Cartão Nacional do SUS (CADSUS), entre outros. Um caso concreto para especificar, consta abaixo no relato do gestor da atenção primária.

O sistema de saúde cresceu muito e é muito dinâmico, por exemplo, agora tivemos o CADSUS, onde tivemos que cadastrar as famílias, e no ato de explicar a importância e como realizar tomam muito tempo da reunião, e as vezes as pessoas não entendem. Algumas ações são diretrizes nacionais, que chega muitas vezes atropelando, como adesão ao PMAQ, Hospital Regional, os encaminhamentos para policlínica, solicitação da Santa Casa, e até coisas da Secretaria de Agricultura através da febre aftosa, tudo acaba chegando para nós, pois eles sabem que as equipes da saúde da família são conhecedoras do território, tem propriedade da realidade, e isso acaba sendo incorporado junto as outras políticas, como a vacina da febre aftosa e da agricultura, dando uma sensação de sobrecarga.

Percebemos que os trabalhadores sabem da sua contribuição social nos territórios, no elo entre as políticas públicas e a comunidade, no entanto encontram-se sobrecarregados com muitas atribuições. E muitas vezes não há um planejamento prévio realizado por eles, até mesmo porque foge de sua governabilidade, aliada a uma sobrecarga de funções, prazos e protocolos burocráticos. Isso é mais evidente entre os enfermeiros e os ACS.

¹⁰ É um projeto implantado em Sobral em dezembro de 2001, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna e infantil, baseado na garantia de atenção ao pré-natal, parto e puerpério, nascimento e dois primeiros anos de vida do bebê, premiado nacional e internacionalmente pelo impacto social, tornou-se referência na área de Saúde pública.

¹¹ O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, do Ministério da Saúde, por adesão aos municípios, no qual Município de Sobral aderiu em 2011

¹² Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, em todas as fases do ciclo de vida: crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes. Sendo também um dos indicadores para os cadastrados do Bolsa Família

Vários depoimentos revelam uma grande quantidade de demandas, tarefas e informações advindas da Reunião de gerentes, que são todas tratadas como indispensáveis. Isso tem proporcionado um acúmulo de atividades e pautas nas rodas nas unidades, e tem limitado o tempo dos profissionais, e desviado do princípio de refletir sobre o processo de trabalho na perspectiva da co-gestão.

As pautas são sobrecarregadas, com temas que vêm da reunião de gerente, como PMAQ, PSE, SISVAN, o tempo a tarde é pequeno, pois logo os profissionais querem ir embora, a reunião fica resumida em informes (EC Agente Administrativo 1, CSF 2).

Há de refletir também os efeitos da qualidade e engajamento político e afetivo dos trabalhadores na realização de muitos programas/projetos, o que tem sido realizado numa relação demanda-execução, o que reprime a criação coletiva e o espaço para que os trabalhadores possam refletir e avaliar as atividades que já fazem parte de suas atribuições, dando uma sensação de acúmulo de atividades e atraso das metas e ações anteriormente programadas com equipe e a comunidade.

E a consequência imediata disto é a diminuição/destituição do sentido do trabalho, que tende, então, a ser realizado de forma mecânica, repetitiva e desconectada de um processo global de produção: produzem-se partes, cujas conexões não são sabidas. Assim, a fragmentação dos processos de trabalho tende a manter os trabalhadores em posição sempre defasada ao todo da tarefa, cujo sentido não é conhecido. Alienação, renúncia, trabalho como repetição, não como espaço de criação. Trabalho como constrangimento à vontade humana. Trabalho destituído de sua potência instituinte. Portanto é um trabalho mortífero!(BRASIL, 2009)

Como não pertenço a Estratégia em Saúde da Família, nos meses que passei em campo despertou o meu respeito e admiração, principalmente aos ACS, pois a esses são delegadas novas funções a cada semana, que são indiscutíveis a sua relevância para os índices de saúde da população. Entre os que presenciei foram: realizar o cadastro nacional do cartão SUS-CADSUS, no qual preenche os dados de cada cidadão do seu território para criar o cartão SUS; apoiar e desenvolver em parceria com a educação o Programa Saúde na Escola (PSE), re-atualizar os dados do SISVAN junto aos beneficiados do Bolsa família, entregar nos domicílios hipoclorito de sódio, para purificar a água; mobilizar a comunidade em momentos

de campanhas como: aos pacientes curados de hanseníase para evento do Morhan¹³, semana do aleitamento materno¹⁴, campanha de vacinação de criança, cachorro (anti-rábica) e febre aftosa, cadastramento de idosos restritos ao lar, entre outros.

Percebemos que para alguns trabalhadores o Método da Roda é caracterizado como espaços administrativos e não como espaço potente dos profissionais desenvolverem a co-gestão política dos processos de trabalho. E as mudanças de configuração das rodas têm contribuído para o desestímulo para alguns trabalhadores. Como podemos perceber nos depoimentos a seguir:

Na verdade, serve para dar os informes e informativos das demandas da gerência, na qual é passada as demandas da gente. (EC-ACS , CSF 2)

A gente vai para Roda achando que já mais uma demanda, e como espaço de cobrança e de maior demanda (EC- Nível superior, 4, CSF2)

Isto demonstra a existência de decisões unidirecionais, mesmo havendo as rodas de gestão. Ou seja, o baixo uso dos espaços coletivos em sua efetividade para a decisão compartilhada mantém a lógica administrativa do controle, cisão entre execução e decisão. Contrariando os princípios do método e mantendo no contexto da gestão justamente aquilo que Campos (2007, p.682) critica:

As relações de gestão muitas vezes também escamoteiam a produção de autonomia e escondem certo autoritarismo heteronímico. Decisões políticas e técnicas são dadas como verdades, e impostas, abaixadas sobre equipes e gestores de serviço como se fossem regras divinas e não resolução de certa administração.

Ivandro Sales (2005), ao estudar “Os desafios Gestão Democrática da sociedade” diz que não se pode pensar, nem vivenciar a participação, se as pessoas e grupos não se reúnem para definir conjuntamente o que pretendem conseguir, e as reuniões (numa analogia, podemos visualizar Roda) são uma estratégia de participação, se tiverem sendo momentos de reflexão e decisão, caso contrário são estratégias de negação da participação, quando passam a ser algo imposto, ou um pretexto para chantagem institucional. Temos presenciado esse distanciamento de momentos de reflexão e co-gestão, com o predomínio de momentos administrativos.

¹³ MORHAN- Movimento de Reintegração das pessoas atingidas pela Hanseníase

¹⁴ Identificação das mães com aleitamento exclusivo durante seis meses, para concorrer ao prêmio a mãe princesa, do programa trevo de quatro folhas.

Em um estudo anteriormente realizado por Andréia Assis (2004) percebemos o quanto a proposta da co-gestão de coletivos foi desviada de sua proposta inicial.

São levados à roda, além de todos os assuntos administrativos, demandas que muitas vezes partem de algum participante. Todos os assuntos que de forma direta dependem apenas do corpo de funcionários de cada unidade são pactuados e deliberados na roda da unidade. Esse procedimento traz aos funcionários um grau relativo de autonomia no processo de trabalho, um empoderamento que antes não era exercitado pela massa de servidores de nível médio e elementar.(ASSIS, 2004 p.39-40)

As Rodas dos CSF de Sobral têm organicidade instituída, enquanto um instrumento de gestão, com local, hora e calendário fixo. Tem contribuído para sua efetivação, por ser organização pública, como nos afirma Campos (2007), no entanto o desafio posto é a sua efetivação por parte dos sujeitos envolvidos nesse coletivo.

Nas organizações públicas (estatais ou comunitárias), em tese, seria menos traumático a institucionalização do regime de trabalho democrático. Onde inventar distintas formas de Co-gestão implicaria diminuir o poder do Executivo (do governo) e da cúpula dos dirigentes ampliando, em consequência, o dos trabalhadores e usuários dos serviços públicos (CAMPOS,2007, p.130).

Para Gramsci a democracia começa a existir quando os grupos subalternos estão saindo da condição de dirigidos e assumindo a função de dirigentes (GRAMSCI, 2000, p.287). Ou seja, a democracia, diz respeito ao compartilhamento real, ou exercício real do poder realizado por diferentes grupos sociais, denominado assim de uma gestão democrática.

Além do mais, as rodas enquanto espaço de representação dos trabalhadores, encontram-se desfalcada pelo absenteísmo de alguns profissionais, como médico, dentistas, vigias, auxiliar de serviços gerais e motoristas.

Seria interessante que tivesse a participação de 100% dos funcionários, mas nem sempre tem. Pois, a maioria dos que participam, são os ACS, Auxiliares de Enfermagem e os Enfermeiros. Deixando a desejar a participação dos demais, como: Vigias, Auxiliar de Serviços Gerais e Motoristas (EC-ACS, CSF 2).

As rodas estão tão assim que você vai por obrigação, eu preferia está atendendo, está tão assim, que nem mais o motorista e vigia participam das Rodas. (EC-Nível superior, CSF 2)

Compreendemos que a participação não se reduz à presença num encontro, que esses trabalhadores podem estar no cotidiano produzindo gestão participativa, mas acredito que a presença é uma das condições que potencializa uma participação plena de sentido advindo da

consciência em favor de si e do coletivo. Haja o sentimento de pertencimento a um projeto coletivo e o fortalecimento do valor pessoal ser traduzido na capacidade de compartilhamento do trabalho. E quando isto ocorre é sinal de democracia, de acordo com Campos (2007) ter acesso as informações, tomar parte em decisões e na tomada de decisões é a possibilidade do exercício compartilhado do poder. Trabalha o sujeito e as instituições, pois um interfere no outro.

Aprofundamos essa discussão com os gerentes, questionando-os “porque alguns trabalhadores não participam mais das Rodas?” E uma das participantes afirmou que “os profissionais que atuam na estratégia em saúde da família não compreende a sua essência eles não tem perfil! estão ali para atender e pronto!”. Ou seja, há ainda um predomínio da formação voltada ao modelo biomédico¹⁵.

Há uma reflexão empírica da ausência dessas categorias. A primeira, no que se refere aos profissionais médicos e dentistas, por uma gestão flexível pela dificuldade de interiorização desses profissionais¹⁶, bem como um direito garantido pela portaria 2.488/2011¹⁷, no qual concede ao médico atuar trinta e duas horas na ESF. Já os profissionais de nível fundamental e médio, pela divisão técnica do trabalho, não atuam diretamente no processo saúde-doença, e ao passar dos anos as pautas foram concentradas em rotinas, protocolos de saúde direcionadas aos enfermeiros e ACS, essas categorias passaram a se achar desnecessárias durante a Roda. Como podemos ler nos trechos abaixo:

Os profissionais não querem participar da roda, principalmente os dentistas e médicos, eles acham que é besteira! E que não tem nada direcionada a eles, quando precisamos da participação deles na roda fazemos um convite formal.[...] Alguns profissionais dizem que preferem estar trabalhando do que está na roda(GF-Gerente)

Essa relação é expressa nos depoimentos dos profissionais, bem como o predomínio de algumas categorias nas reuniões.

[...] No dia da reunião de roda eu preferiria ir para casa, ou então estar organizando o SAME. [...] Às vezes a gente fica entediado. (Agente Administrativa 1, CSF1).

¹⁵ Modelo biomédico é o modelo de atuação em saúde que segue a visão médica tradicional formada durante o período de evolução da medicina. Caracteriza-se por considerar apenas os fatores biológicos como causas das doenças, o que por sua vez determina os modos de tratamento (no caso exclusivamente médico). Em contrapartida a este modelo, que é limitado devido às diferentes naturezas das causas das doenças (sobretudo aquelas causadas pelas condições da sociedade industrializada)

¹⁶ A carência de médicos e de médicos especialistas ocorre em áreas rurais, remotas e de periferia urbana, as mesmas onde o acesso da população ao conjunto dos serviços de saúde ou às práticas de cuidado ambulatorial e domiciliar ainda é muito desigual. Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM)⁸, em mais de 1.500 municípios no País não há registro de moradia de médicos, apesar de em muitas destas localidades haver a figura do médico oriundo de outro município da microrregião que atua no serviço de saúde local (CECCIM;PINTO, 2007).

¹⁷ Portaria da Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), do dia 21 de outubro de 2011.

Hoje quem participa da Roda é o agente de saúde e nós mesmo (enfermeiro) (EC-Nível superior, CSF 2)

As Rodas têm uma predominância de assuntos e organização de rotinas concentradas em alguns profissionais (médicos, enfermeiros, dentistas e os Agentes Comunitários de Saúde), que conseguem descrever e atuar nesse espaço enquanto uma democracia institucional. No entanto, as demais categorias profissionais participam fisicamente, mas sem nenhuma consulta.

A gente que trabalha no SAME não tem participação. Já que a reunião é toda voltada para os médicos, enfermeiros e Agentes de Saúde. (Agente Administrativa 1, CSF1).

Outra característica despontada foi a exclusão advinda da institucionalização do poder. A não valorização da fala de alguns trabalhadores caminha na contra mão da proposta do Método da Roda, pois segundo Campos (2007), o propósito ambicioso desse método é construir novas correlações de forças que diminua as diferenças de poder entre os atores sociais e sugerir dispositivos que consolidem situações mais equilibradas de poder. Contudo, o auxiliar de serviços gerais sente a desconsideração pela sua fala, como revela o depoimento a seguir:

Na roda fala muita coisa que a gente não entende. Eu acho que a nossa opinião dentro da roda não é aceita. Pois, quando falamos notamos que as pessoas não estão dando muita importância. Eu já observei que quando estamos falando a gerente, os médicos e os demais profissionais nem prestam atenção (Auxiliar de Serviços Gerais, CSF 1).

Pra mim eu vou pra roda obrigada, pois se percebe que muitas vezes quando estamos falando as outras pessoas não prestam atenção (Técnico de Enfermagem, CSF 1)

Quando ficou mais perceptivo ausência desses profissionais nas rodas, uma medida adotada pela gestão foi o desconto na folha de pagamento, o que caracteriza essa ‘obrigação’. No entanto, ainda persiste em outras estratégias como uso da folga e o atestado médico, para não irem as Rodas. Além da flexibilidade (não obrigatoriedade) dos profissionais médico e dentistas em participarem da Roda, gera uma contestação de injustiça e privilegio.

existe essa desigualdade eu (enfermeiro/gerente), os auxiliares administrativos, os ACS, tem que participar e os médicos e os dentistas só participam se quiserem? Fica uma situação desconfortante perante a equipe[...] Eles acabem sem saber a função da Roda, a gente tem que obrigar as pessoas a participarem da Roda. (...) muitos deixam as quintas-feiras para agendar a suas consultas particulares, ou tirar a folga,

eu não permito, todos tem que saber o que esta sendo discutido na Roda (GF-Gerente).

Identificamos que essa postura punitiva (desconto no pagamento), não efetivou a participação na Roda, além de instigarem movimento de insatisfação. Onde presenciamos profissionais que mesmo estando na unidade, optava em não participar da Roda e fazerem movimento de conversas paralelas que interrompia o funcionamento e a concentração da Roda. Como esta descrita no trecho a baixo.

A Roda nesse CSF acontece num espaço aberto amplo, próximo ao jardim e com varias janelas para amenizar o calor, então qualquer barulho externo concorrer com Roda. Assim que começou a reunião alguns profissionais (vigia, auxiliar de serviços gerais com motorista) que já não participam regularmente da Roda, ficaram conversando de forma bem descontraída e com tom de voz alta o que atrapalhava a Roda, uma das profissionais (Agente Administrativo) levantou e solicitou silêncio. A profissional de Serviços Gerais insatisfeita pela repreensão retrucou dizendo que não baixaria o tom de voz e que eram eles que estavam sendo atrapalhados pela Roda. Foi um caso isolado, mas vale ressaltar que a gerente nesse dia estava de atestado médico e quem conduzia a Roda era uma enfermeira (diário de campo).

Quanto mais me aproximava da realidade estudada, compreendia o porquê desde absenteísmo. Em parte porque as Rodas tornaram meros espaços próformes de gestão participativa, distanciando-se muito da sua concepção inicial, com momentos cansativos de repasses de informes e ausência de envolvimento dos trabalhadores de formas pró-ativas.

Aliado a isso, ficou claro um alguns trabalhadores, que atuavam há mais tempo, um teor saudosista quando relembram da implantação do sistema municipal de saúde, no qual reconhecem ‘que muito cobradas’ e ganhavam bem menos que hoje, mas havia outras formas de satisfação, como incentivo a participação em cursos de ‘terapeutas do riso’, liberação para especialização, envolvimento em ‘coral’ e a ‘folga’ sexta-feira à tarde sem atendimento do CSF.

Eu acho que isso é visão, de gestor maior, na época quando se iniciou esse trabalho, o Dr. Odorico tinha uma preocupação muito grande com a pessoa. A gente tinha uma grande oportunidade de participar de coral, pago por ele, curso de palhaço, tivemos um grupo pessoas trabalhando corpo, mente, não era como cuidando do cuidador,(...) Ele (Gestor-Odorico) cobrava muito, mas também dava oportunidade, para aprendermos, tinha esse grande investimento, e isso ajuda muito nas rodas. (GF-Gerentes)

Sobre as folgas nas sextas-feiras foram destituídas desde 2005, passando a ter atendimento normal nos CSF nesse turno. Sendo importante contextualizar que essa ‘folga’ era compensação porque as Roda aconteciam nas quintas-feiras à noite. Essa insatisfação tem

quando comparado a categoria médica e odontológica têm direito a dois turnos de liberação semanal, ao passo que os enfermeiros não, sendo esse consentido em caso de compensação de participação de eventos nos fins de semana (saúde no beco¹⁸ e campanhas de vacinação). Essas discrepâncias entre categorias têm contribuído para agravar a insatisfação dos trabalhadores junto ao Sistema Municipal de Saúde.

O que eu queria era o mesmo, o direito as folgas pelo menos na sexta-feira, pois somos muito cobrados, sempre trabalhamos a mais, e nunca somos reconhecidos, um turno de ausência no posto, numa escala com equipe não prejudicaria o atendimento! (GF- Gerente)

Como esse ponto é bastante polemico questionamento ao Gestor da Atenção Básica para compreender a justificativa de liberação do profissional médico em dois turnos. O mesmo disse que está amparado na ultima portaria da atenção básica (Portaria Nº 2.488, do Ministério da Saúde), no inciso que define a carga horária dos trabalhadores da Estratégia em Saúde da Família, no qual o profissional médico pode atuar em 32h no CSF, e as 8h restantes em outros serviços complementares ao sistema:

O Gestor complementa informando que “muitos médicos optam por usar esse direito nas quintas-feiras (dia e horário das Rodas), e não sei dizer por quê, talvez por sua formação, eles não gostam de participar da Roda”.

Constatamos que participação dos trabalhadores nas rodas é um desafio a ser superado pela gestão municipal. Entre os caminhos é um planejamentos de saúde, maior espaço de escuta e construção coletiva, com intuito de minimizar sobrecarga de atribuições dos agentes comunitários de saúde, que tem sido expressa através de um modelo de gestão verticalizadora. Bem como garantir a igualdade de direito trabalhista, valorização e respeito da fala independente da ocupação que exerce na equipe.

8.3 As Rodas são espelho da Reunião de Gerentes

Observamos que a organicidade das rodas é oriunda da Reunião de Gerente, tanto que uma das gerentes define que as Rodas “são espelhos das reuniões de gerentes”, ou seja há uma reprodução de um modelo vivenciado, assim como implementar, ou melhor, como fazer

¹⁸ Saúde no Beco- Refere-se a um programa da Secretaria da Saúde e Ação Social em prestar serviços de saúde aos sábado no Beco do Cotovelo, no centro da cidade, uma região cultural de encontro das pessoas que freqüentam o centro, onde participam enfermeiro e técnicos de enfermagem na verificação de pressão, glicemia e orientações de saúde em geral.

diferente nas Rodas dos CSF, se não se experencia um modelo de co-gestão entre as gerentes e a gestão municipal?

Hoje nossa roda é um espelho da roda de gerentes [...] Nas Reunião a gente recebe muitas demandas do município e do estado [...] acaba a gente repassando na Roda, e tenho percebido que as rodas tem sido uma tarde cansativa de trabalho, com muitas decisões e informações (GF-Gerente).

Essa constatação também parte do gestor da atenção básica quando afirma que “as rodas estão muito longe da teoria de Gastão, que tornaram-se hoje exemplos e espelhos da reunião de gerente”.

Percebemos que há um processo de insatisfação (gerentes-gestão e profissionais-gestão). E principalmente pelo baixo poder de escuta por parte da gestão de contribuições e demandas provenientes dos territórios. Que vem sendo verbalizada num sofrimento do gerente, em que cada reunião se intensifica, e reverbera nas Rodas dos CSF, como foi expresso no depoimento a seguir:

Falta na reunião de gerente um espaço de escuta durante a reunião, nos precisamos ser escutado, quanto tem espaço para manifestarmos somos atropelado[...] Tem uma crítica, que a gente recebe bem, que é a falta de comportamento das gerentes na reunião, por que a gente chega carregada, e como não tem um momento de escuta e nada de prazeroso então vamos pelo menos conversar! (GF-Gerente)

Uma constatação que tive ao final do Grupo Focal com os gerentes foi uma satisfação de terem participado desse momento, que pela primeira vez, junto aos seus pares eles conseguiram expressar verdadeiramente sua opinião sobre reunião de gerente e da Roda, acredito por se sentirem num espaço protegido (pelo princípio ético da pesquisa).

No intuito de compreendermos como são programadas as reuniões de gerentes e definição das pautas, interrogamos ao Gestor da atenção básica. O qual nos relata que também encontra dificuldades de realizar um planejamento prévio das pautas, pelas várias demandas que surgem no sistema público e de saúde constantemente, seja oriunda dos territórios ou de outros setores governamentais:

A gente percebeu que o próprio sistema não colabora com a nossa reunião, já tentamos várias vezes seguir uma programação planejada, mas tem demandas que são urgentes e sempre buscamos encaixar, e as pautas são definidas através das demandas que chegam na secretaria (saúde), de outras coordenações, de outras secretarias, do próprio secretário (saúde), de instituições parceiros, e setores que colaboram com a saúde a partir de uma constatação da coordenação de um problema que é comum a vários território, a gente coloca isso em pauta na reunião de gerente (Gestor da Atenção Primária).

Ou seja, a partir desse diálogo inferimos o quanto é complexo a organização das pautas e discussões que acontecem na reunião de gerentes, por ser um momento instituído

dentro da gestão pública há mais de onze anos, com datas e horários fixos, e todo o sistema governamental e não governamental, utiliza-se dessa capilaridade de representação de todos os bairros e distritos para socialização de informações e descentralizada de políticas.

É importante contextualizar que as reuniões de gerente têm concepção filosófica diferente do Método da Roda ou Fator Paidéia, portanto não é denominada de roda de gerente e sim reunião de gerente. Como nos explica a gerente.

Não! As reunião de gerentes não são Roda, são sim reuniões, pois varias vezes a coordenação explicou, que ela não segue a mesma metodologia da Rodas, pois é uma reunião da gestão(GF-Gerente).

Levamos esse questionamento ao Gestor da Atenção Básica por que as Reuniões de Gerentes não são Rodas? Explicou que é devido à supremacia do caráter administrativo, que impede escuta dos gerentes e o local (no auditório da EFSFVS) que acontece a reunião, não favorece a disposição em circulo das cadeiras. Mas que em outros momentos já foi repensada essa metodologia e foi sucumbido por demandas imediatas de diversos setores parceiros.

[...] mas vimos que o sistema não favorece para que seja roda. Entre eles o Espaço da reunião que é na escola (ESFVS) que não permite que retirassem de lá, por uma identidade histórica. A gente até faz sim planejamento, faz-se escuta, mas não segue uma metodologia própria de roda, que a reunião é muito burocrática, [...] o sistema não permite, o sistema cresceu muitas, muitas políticas foram incorporadas e todas tem uma relação próxima com a Estratégia em Saúde da Família, tem tornado a reunião muito burocrática. (Gestor da Atenção Primária).

Como já abordado, muitos comentários reforçaram uma necessidade de ‘escuta’, do ‘acesso’, da comunicação entre os integrantes da gestão, há necessidade de mudanças reais no processo de trabalho e de qualificarem as rodas enquanto espaços de decisões compartilhadas. Para tanto, conhecer e exercitar o método da roda e/ou outros métodos participativos é um dos passos para a superação dos modos tradicionais de gestão e de relação entre as pessoas.

Há atualmente pelos relatos supracitados uma incoerência política. Como criar espaços de democracia participativa, se nas representações dos micro-espços (CSF) em contato com a Gestão impera outro modelo de gestão?

No trabalho de Andréia Silveira Assis (2004) sobre a implantação do Método da Roda em Sobral, ela faz um relato sobre da reunião de gerente, que tem como proposta a eliminação

do formato tradicional de reuniões administrativas e por consequência a construção de um espaço para ampliação da comunicação entre a Roda dos CSF e a Gestão:

Com a implantação das rodas e a eliminação das reuniões administrativas apenas com a presença dos profissionais de nível superior da secretaria, foi criado o Colegiado de Gerentes, uma instância administrativa do novo modelo de gestão onde todos os gerentes de unidades de saúde do PSF e serviços descentralizados reúnem-se semanalmente para discutir, deliberar e formular políticas públicas para melhorar as condições de trabalho e levar o melhor atendimento de saúde possível à população. Esse espaço é denominado “reunião dos gerentes”, tem se constituído numa roda de bastante evolução no processo de implantação do método de co-gestão de coletivos, onde se propõe não apenas discutir mas também formular, propor e incentivar a realidade da roda nas unidades. É uma instância além do que já foi explanado, de comunicação entre a roda da unidade e a gestão do sistema (ASSIS,2004,p.57-58).

O que a autora descreve não corresponde à realidade atual dessas reuniões. Fica então o questionamento: até quando esses objetivos foram realmente contemplados? Ou melhor, qual a causa do retrocesso?

8.4 As Rodas é o desafio do potencial micro-político

Entre os depoimentos que trouxeram maiores contribuições numa avaliação crítica do atual cenário da Roda, foi dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, ao afirmarem o potencial micro-político que está sendo subutilizado, deixando de ser um processo criativo, vivo, político e dinâmico, para tornar-se espaço mecânico e engessado.

Na verdade as Rodas deveria ser um espaço micro-político, de expor as dificuldades, ajudar a gerente. A Roda não é potencializada [...]O que percebo que a Rodas torna-se um momento muito mecânico. Não consegue visualizar o processo de trabalho, e tem ficado muito engessado, enquanto espaço político (EC Nível Superior, CSF 2)

Ainda falta os profissionais se apoderarem e sentir que nas rodas não é do Posto, não é da Secretaria, é da gente é momento nosso de trabalhadores!(GF-Gerente)

Túlio Franco e Emerson Merhy(1997; 2002) que discutem o “trabalho vivo em ato”, no qual o processo de trabalho em saúde, na sua micropolítica, funciona sob certa hegemonia do trabalho vivo, portanto revela-nos um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva.

Merhy (1997) resgata para a saúde coletiva o conceito e a potência do trabalho vivo, caracterizando-o como um processo agenciado por sujeitos, que traz em si o atributo da liberdade, criação, inventividade. Mas a importância deste conceito aplicado ao processo de trabalho em saúde revela a possibilidade que têm os trabalhadores, para operar seu trabalho

em alto grau de liberdade, exercendo podemos assim dizer, um razoável autogoverno sobre sua atividade produtiva.

Essa potencialidade criativa impulsiona no trabalhador da saúde uma relação de prazer e trabalho rompendo com os processos hegemônicos da racionalidade gerencial. Para Marcuse (1998) a articulação entre prazer e trabalho somente seria possível quando houvesse um desenvolvimento amplo de forças produtivas. Somente, então em sociedades democráticas e justas (o marxismo imaginava que o desenvolvimento político seria inevitável e concomitante ao progresso das forças produtivas), poder-se-iam experimentar o prazer e a superação da alienação.

Ainda na linha de pensamento do quanto as Rodas se tornaram um espaço desgastante e de sofrimento mental do trabalhador, encontramos relatos que afirmam que as Rodas tornaram mecânicas, de cobrança e acréscimo de demanda, o que vem desestimulando cada vez mais a participação dos trabalhadores.

No estudo realizado sobre as Rodas de co-gestão do município de Fortaleza desenvolvido pela psicóloga Carmem Leitão Araujo (2009), também foi identificado o predomínio do componente administrativo das Rodas. A autora faz uma analogia que esse método de transmissão de informes, seria uma “roda bancária”.

Em analogia à educação bancária¹⁹ de Paulo Freire, (a educação como transmissão do conhecimento), seria uma ‘roda bancária’, com a transmissão de informações, demandas e levantamento de necessidades, mas com pouca problematização e decisões coletivas (ARAUJO,2009,p. 142).

Esses fatores também ficam evidentes em Sobral, no relato da gerente quando questionados sobre a postura dos profissionais de saúde durante a Roda, no qual descreve: “que é uma conversa monótona, porque só quem fala sou eu, todo mundo fica só ouvindo, calado, sentado, sem se mover, sem se mexer, sem dizer nada!”.

Durante a imersão em campo (cinco meses), presenciei o quanto as Rodas de unidades estão incipientes nos seus processos de co-gestão, com ausência de espaços de negociação, educação permanente, encaminhamentos sobre processo de cuidado construído coletivamente, conflitos e/ou negociações ou planejamentos (salvo no planejamento da confraternização de

¹⁹ Freire (1980) critica o que chamou de educação bancária, ou seja, aquela que entende o ato de ensinar como transmissão de conhecimento em ‘depósitos’ ignorantes e vazios

natal). Em muitas situações profissionais passavam muito tempo escutando, como podemos ler nessa descrição.

Passado mais de 1 hora de Roda até o momento foram dados vários informes, todos os profissionais escutavam em silêncio sem realizarem nenhum comentário com o colega e nem solicitavam esclarecimento de dúvidas com gerente. Com 1h e 45 minutos de reunião somente ela falando, a gerente indaga aos profissionais: há alguma dúvida? Os profissionais balançaram a cabeça, outros disseram que não. Então posso dar por encerrado a Roda?. Achei impressionante, pois me deparei o ditado popular, os profissionais "entraram calados e saíram mudos". Logo a gerente chamou alguns para conversa individual, e outros se organizaram para irem logo embora, pois terminando a reunião encerraria a seu expediente (diário de campo).

A predominância do informe impede a construção do diálogo, tornando quase inexistente o processo gestão participativa, comprometendo a funcionalidade da Roda, por não haver uma programação de pauta e informes construídas pelos trabalhadores do CSF ou por demanda do território de saúde. Pois quem vem pautando o que será discutido na Roda e realizado nos territórios são as demandas do sistema municipal de saúde, numa perspectiva pouco consultiva.

Na pesquisa realizada no município de Fortaleza, encontramos outra semelhança quando Araujo (2009.p 127) diz que “nas rodas de gestão, não há participação efetiva. Parece-me que os membros são apenas espectadores”. As rodas tornam-se mais uma tarefa, mas sem a implicação real dos diversos integrantes em sua construção.

Refletimos que uma equipe numa relação ordem execução e não contextualizada e consciente de um trabalho, estaria na direção da alienação em coletivos (Campos, 2007). A alienação real é a “separação, concreta e cotidiana, dos produtores da gestão dos meios de produção e do resultado de seu próprio trabalho” (Campos, 2007, p.27).

José Henrique Farias (2009) no seu capítulo de Gestão participativa restrita e consultiva, ao descrever a característica desse modelo, identificamos a semelhança com a atual roda de gestão no município, pois a participação está restrita ao local do trabalho, onde reduz-se a apropriação do saber do trabalhador na operacionalização de tarefas, em muitos momentos chamado a dar sugestões de melhoria da própria gestão do trabalho. Numa lógica de gestão participativa construída ideologicamente pelo capital, como estratégia de dominação e controle e não como iniciativa do trabalhador

Aliado a essa discussão, há também uma ligação entre “satisfação e saúde mental” de Maria Carmem Martinez e Isabel Paraguay (2003) no qual encontramos semelhanças com os depoimentos oriundos das gerentes e dos profissionais, que os momentos das Rodas tornaram-

se um espaço sem criatividade, de cobrança e desmotivação. As autoras afirmam que o trabalho torna-se perigoso para o aparelho psíquico quando se opõe à livre atividade, quando a liberdade para organização do trabalho é limitada, opondo-se aos desejos do trabalhador, gerando aumento da carga psíquica e abrindo espaço para o sofrimento no trabalho.

Se um trabalho é livremente escolhido e organizado ele oferece vias de descarga da carga psíquica e é um trabalho equilibrante e estruturante. Se não permite a descarga da energia psíquica acumulada tornando-se fonte de tensão e desprazer, a carga psíquica origina a fadiga e, a partir daí, a patologia; é um trabalho fatigante (DEJOURS, 1994). Em outras palavras, quando o trabalho permite o alívio da carga psíquica, é um instrumento de equilíbrio e fonte de prazer para o trabalhador. Quando não o permite, o trabalho dá origem ao sofrimento e à patologia.

Após tantas constatações, indagamos, como produzir uma co-gestão sem a participação de todos os sujeitos que atuam na unidade? Principalmente quando se encontra uma desvalorização da fala de um sujeito, pela horizontalidade do diálogo, que é o Método da Roda. Campos (2007, p.122) define que os “Coletivos Organizados tem que considerar o interesse e o desejo dos trabalhadores desde sempre, em todas as situações”. É verdade também que o Método da Roda é uma estratégia de combater a “racionalidade instrumental”, ainda que reconheçamos a impossibilidade de eliminá-la, mas é um potente espaço de construir novas relações de forças.

8.5 Estratégias de Revitalização das Rodas

Uma experiência potente que despontou durante a pesquisa, que precisava ser incorporada em outras Rodas, são os Cuidadores da Roda. Estratégias que ao longo do tempo vem sendo experienciadas por algumas unidades por trazer em sua metodologia a co-responsabilização de todos da equipe na organização, condução, planejamento da Roda. Ou seja, redistribuindo poder e reduzindo a centralidade da figura do gerente.

As unidades que fizeram parte do estudo não adotam essa metodologia, mas durante o grupo focal com os gerentes e entrevista com profissionais do NASF²⁰ foi possível tomar conhecimento dessa estratégia.

²⁰ Uma equipe de NASF atualmente em Sobral, responsabiliza-se por três ou quatro Centro de Saúde da Família, dependendo do número de equipes de saúde de casa unidade.

Está sendo produtivo, por que esta acontecendo momento da equipe cuidar da roda, com planejamento e cuidador da Roda, ne!? Isso já muda um pouco a visão da motivação. A gente ver um impacto muito positivo da equipe onde acontece isso!(EC- Nível superior, CSF 2)

A possibilidade de ter o cuidador da Roda possibilita ampliação da escuta de todos os atores da unidade, estimulando a criatividade e responsabilização com estratégias motivadoras, e uma disputa saudável entre as equipes em trazerem metodologias inovadoras, assim ganharem o reconhecimento e terem o retorno com elogios dos demais colegas.

Trabalho muito com roda organizativa, demorou muito para isso acontecer, mas agora deu certo! Dividimos a responsabilidade por equipe. Acontece os três momentos²¹, antigamente era só o gerente responsável pela roda, e ficava super cansativa cada informe virava pauta. Agora eles cuidam de cada momento, trazem mensagem de reflexão para cada momento, dinâmicas, não muito demorada! A gente se divide com os informes que trago na reunião de gerente [...] Quem comanda é uma equipe, ficando eu (gerente) responsável pelo informe. Essa equipe é formada pelas equipes²² com escala organizada no semestre, onde se dividem em 4 equipes, e todos devem trabalhar todos os componentes, e realmente são eles quem comandam (GF-Gerente).

Para o Gerente essa possibilidade do trabalhador está agora na facilitação da Roda, contribuiu para que “ele sinta na pele” as dificuldades enfrentadas pelo profissional que conduz a Roda, tem impactado numa relação pedagógica das relações de respeito e compromisso na escuta da fala do outro.

Esse momento de divisão de responsabilidade entre os profissionais da roda, foi importante para as pessoas sentirem a dificuldade que é conduzir a reunião e as pessoas não contribuírem, a partir do momento que dividimos a tarefa elas começaram a sentir na pele quais as dificuldades da conversa paralela, na condução dos informes, foi ótimo, uma Roda é momento que requer uma concentração (GF-Gerente).

Podemos constatar através dos relatos o potencial dessa técnica, e foi questionado por que não ampliar aos demais de Centros de Saúde da Família? A disputa e a negociação quando em espaços coletivos permite tanto a democratização da saúde, como a formação de compromissos (CAMPOS, 2007).

O envolvimento de todos os trabalhadores potencializa a valorização, e estimula novas práticas. Essa discussão continuará no próximo tópico, pois aliada a essa metodologia, busco o resgate dos componentes do Método da Roda ou fator Paidéia, que fez parte do objetivo desse estudo.

²¹ Lembrando, Campos (2007) indica que o processo ampliado de co-gestão refere-se ao cumprimento de quatro funções: política, analítica, pedagógica e administrativa.

²² As equipes que o gerente ele se refere são as equipe de saúde da família.

9.0 APOIADORES DA RODA: O PRECEPTOR DE TERRITÓRIO

Percebemos através da oralidade dos atores da pesquisa, bem como havia anteriormente encontrado sobre a história de implantação das Rodas, a existência da figura do Apoiador Institucional. O arranjo dado no município de Sobral foi através dos preceptores de territórios. Portanto, introduziremos uma discussão sobre os preceptores e sua contribuição nas Rodas, que foi bastante ressaltada pelos atores do estudo.

Resgatando a idéia do apoiador já referida no referencial teórico:

Os apoiadores institucionais, ao contrário da tradição “das assessorias”, trabalham nas equipes ou unidades de produção, ajudando-as na construção dos espaços coletivos. Espaços onde o grupo analisa, define tarefas e elabora projetos de intervenção (CAMPOS, 2007, p.187).

Um novo modo de fazer o apoio institucional em Sobral deu-se pela articulação do fazer de um ator que já havia no sistema, o Preceptor de Território. Ivandro Sales e Rosani Paggani²³ (2004), relatam que a Preceptoria de Território surge em 1999, quando inicia a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RSF). O Preceptor de Território se coloca numa perspectiva de educação permanente da Tenda Invertida²⁴ e que também desempenha o papel de facilitador do Método da Roda. Numa relação especial e imediata com os técnicos de nível superior que estão fazendo Residência em Saúde da Família e com todos os servidores da Unidade Básica de Saúde, incluindo aí também os serviços de apoio, como vigilância, transporte, farmácia etc.

Para assegurar a eficácia de sua atuação, além da clareza com relação aos objetivos do seu trabalho e modo educativo de implementá-lo, os Preceptores tem que conhecer bem a realidade epidemiológica, social, cultural e política do território e procuram estar sempre próximos das equipes no seu trabalho, bem como no que diz respeito à organização dos serviços (SALES; PAGANNI, 2004).

Os preceptores de territórios foram considerados por muitos gestores como

²³ Rosana Paggani é uma psicóloga paulista que esteve em Sobral representando a equipe de Gastão Wagner para implantação do Método da Roda, e a convite do Secretário da Saúde fixou-se no município e contribuindo na formulação da residência e nas preceptorias de território.

²⁴ No modelo da Tenda Invertida, as unidades de saúde, originalmente espaços de assistência, se transformam em locais fontes privilegiadas de construção de saberes no campo da atenção e gestão da saúde. O pensar e o fazer saúde, nesse contexto, implicariam uma nova lógica e organização do processo de trabalho, demandando o desenvolvimento de um processo educacional que possibilite aos gestores e trabalhadores do SUS, o aprendizado de outros conhecimentos, saberes formas de atuação. (Andrade; Barreto; Goya; Martins Júnior, 2004).

importantes para qualificar a gestão. Sendo um grande apoiador pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, bem como apóia nos processos de gestão, educação, assistência e de controle social inerente à dinâmica do território em parceria com a equipe de Saúde e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

Campos (2007) define a presença do apoiador institucional (que na realidade local é o preceptor de território) possibilita a facilitação da abertura de linha de comunicação truncada (o papel de mediador) e amplia o leque de reflexão que o grupo haveria de considerar e poder construir coletivamente as estratégias de superação. Com sua inserção matricial (na linha horizontal do organograma) devendo prestar conta do seu labor e divulgar seus julgamentos, dentro da própria equipe com a qual esteja trabalhando.

Um dos gerentes ressalta a contribuição do Preceptor e sua articulação com equipe para reorganização das Rodas, através do Cuidador, como imprescindível, pois possibilitou o dialogo entre o gerente e a equipe não sendo uma proposta unidirecional, mas uma negociação coletiva que tem impactado definição e reorganização de funções coletivas de cada trabalhador na condução das Rodas.

Hoje temos conseguido distribuir os tempos e os componentes da Roda, isso se dar através dos cuidadores das Rodas que são os profissionais responsáveis pela organização e condução, que antes era centrado somente no gerente. Graças a meu preceptor! (GF- Gerente 3)

Vale salientar que essa inserção dentro da unidade com olhar externo pode por vezes causar um estranhamento inicial, e uma não aceitação da gerente. Como foi identificado no relato da gerente da sobre a inserção do preceptor.

No começo foi muito difícil porque era uma pessoa que não estava presente na Unidade, e começou a dar sugestões e palpites, isso me incomodou bastante [...] você ter que escutar uma pessoa que não trabalha com você, que não conhece a realidade do serviço... Simplesmente chegou de pára-quedas lá naquele local e já tá avaliando aquele momento na Unidade (Entrevista com Gerente 1).

É pertinente ressaltar que é insalubre uma relação de desafeto entre o gerente e o preceptor, o que autor Campos (2007, p. 189) vai definir como consequência disso que é a “transferência nula ou enfraquecida, quando há pouco afeto circulando, a relação entre o apoiador e a equipe tende a assumir um padrão burocrático”. Indo no caminho inverso das relações de co-gestão, pois os coletivos sofrem influência de processos inconsciente de

circulação de afeto, como desejo, desafio, disputa, simpatia, mudanças e ódio, mas que não podem de maneira alguma criar fissuras negativas.

Paggani e Monteiro (2012), ao definir os atributos do preceptor de território, afirmam que é imprescindível ele saber trabalhar com pessoas e suas relações de conflitos, saber dialogar, ouvir e falar, com habilidade para proporcionar a todos a reflexão a partir da prática. Através de uma relação harmônica, honesta, de apoio e segurança.

Campos (2007) apoiando-se em Baremlitt (1994) traz a discussão sobre a relação entre Apoiador (que na realidade local é o Preceptor de território) e a Equipe que deve ser mediada por contratos, “conforme a tradição da psicanálise e da análise institucional”. Portanto o trabalho de co-gestão deve começar com a construção de contratos estabelecendo expectativas, objetivos, regras, método de trabalho e o que mais for necessário para a efetiva relação entre os entes. Como faltou esse processo inicial no exemplo apresentado, a construção cotidiana da relação foi criando as condições para a superação dos conflitos iniciais entre a gerente e o preceptor.

Mas depois eu fui percebendo e vendo que aquelas observações que ela faziam, é o *feed back* de quem está longe, fora. E aí ela foi trazendo pra mim, e a gente foi sentando e trabalhando isso. Mas o começo pra mim foi muito difícil [...] Mas aí depois a gente sentou, a gente conversou e foi transformando palpites, essas dicas, em planejamento. Então a gente consegue hoje trabalhar, ainda hoje estamos organizando o planejamento de 2013.

O que evidenciou no depoimento dos Gerentes, foi como a participação desse preceptor de Território tem proporcionado uma mudança na condução das Rodas nos CSF, contribuindo para implementação dos seus componentes e favorecendo a cooperação entre profissionais da equipe por meio dos cuidadores das rodas.

Além da sua contribuição na sensibilização da equipe na implantação das Rodas “para que as pessoas se apoderassem do Método da Roda”. Bem como, encontramos um lamento pela ausência do preceptor em alguns territórios, principalmente dos distritos, por não haver turma de residentes, pois atualmente o preceptor é uma contrapartida do município na docência do residente, não tendo como contemplar todas as unidades de saúde.

A presença do preceptor e residentes nas rodas eram de muita valia pois apoiavam no momento de planejamento e organização da roda. Na atual realidade que vivo hoje,

estou só porque minha equipe é pequena, o tempo é restrito, às 16:30 temos que concluir para pegar o carro (traz a equipe da sede ao distrito), leva-se muito informe daqui (reunião de gerente) na minha realidade as rodas são centradas nas minha pessoa.

Estudo evidenciou a contribuição do preceptor de território como uma estratégia para fortalecimento do método da Roda no atual cenário municipal. Bem como um apoiador para os processos de gestão, atenção, educação e controle social do território, sendo necessário sua expansão para além da vinculação da docência da residência, mas como apoiador institucional para o Sistema de Saúde.

10. OS DISPOSITIVOS DA RODA: DESAFIO DE IMPLEMENTAÇÃO

Conforme explicita o Método da Roda produz efeito em quatro planos: um político-social, funcionando como instância de deliberação política, espaço de disputa de poder e construção de projetos; o subjetivo, operando na análise institucional; o pedagógico, mediante as discussões e leituras e por último gerencial atuando no cotidiano nos processo de trabalho.

Portanto, incluímos entre os objetivos da pesquisa a compreensão da implementação desses componentes dentro das Rodas dos Centros de Saúde da Família, interrogando os atores sociais da pesquisa, sobre a execução de cada dispositivo, além da inserção em campo para analisar a sua operacionalidade.

Antes de iniciar essa pesquisa, percebia na fala dos profissionais a separação das quatro dimensões da Roda como se fossem momentos separados, ou mesmo quando entendiam que eram funções do método, demonstravam pouca clareza de como executar a ‘função Paidéia’. Posso afirmar que era um discurso presente entre os trabalhadores, mas com pouca leitura, sem reflexão sobre como alcançar os efeitos administrativos, pedagógicos, terapêutico e políticos.

Chamamos atenção do leitor para o componente ‘terapêutico’²⁵, que é presente no discurso, contudo não pertence ao Método como dispositivo a parte, e sim como consequência

²⁵ Campos (2007) indica que o processo ampliado de co-gestão refere-se ao cumprimento de quatro funções: política, analítica, pedagógica e administrativa. O autor coloca a função terapêutica entre aspas, pareceu-me que é uma função atrelada a função pedagógica haja vista estar dirigida às aprendizagens construídas na produção da subjetividade. Não é dispositivo de cura ou reabilitação em sentido estrito como o mesmo afirma.

do efeito do exercício terapêutico do poder. E devido a essa compreensão distorcida (independente de valor de certo ou errado), essa função fez parte da análise dos estudos.

Aliadas a outras perguntas, optamos fazê-la separadamente, para facilitar a descrição dos atores, bem como discussão em partes, mesmo tendo compreensão da indivisibilidade do Método. Por tanto questionamos, em que momento ocorre a organização do trabalho e o planejamento da saúde? Na identificação do componente gerencial; como as decisões são tomadas? Para analisar o poder de decisão dos trabalhadores através da co-gestão- o político e Se as Rodas proporcionam aprendizagem? Para reflexão do papel pedagógico.

Sobre a condução teórica e metodológica da Roda, foi nítida a dificuldade dos gerentes, onde despontou reflexão do “Como Fazer”, inclusive com propostas de modelos padronizados como se fosse um manual, além da predominância do fator administrativo.

não sei, acho que deverei ter um modelo, algo que pudesse ser padronizado, como dinâmicas, sugestões de metodologia, que pudesse ter qualidade desse momento da roda, e poder aparecer o momento terapêutico (GF- Gerente)

Como a gente tem experiência de várias unidades, por melhor que ela seja elas não consegue ter os quatro momentos, às vezes tem o terapêutico bem curto, e o administrativo com repasse de informação (EC- Nível Superior, CSF 2)

10.1 O Componente Político das Rodas

Embora tenhamos uma compreensão que a postura política do trabalhador é inerente a vida humana, e transversal no Método da Roda, sendo indissociável as relações sociais e de trabalho, conforme já afirmava Aristóteles 3 séculos A.C “ o homem é um ser político” e portanto faz política a todo momento. Entretanto para a identificação do componente político das rodas nos Centros de Saúde, questionamos aos diversos trabalhadores como as decisões na Unidade de Saúde são tomadas? A fim de obtermos na visão deles a sua participação na gestão do processo de trabalho.

Numa Gestão Colegiada, o direito e a capacidade de todos os membros está implicada com a distribuição do poder e destruir a desigualdade numa perspectiva de relações horizontais. Ou seja, envolver todo pessoal com a construção de uma identidade para

coletivos, criar fluxos de idéias, de debates, saberes, negociações e compromisso, que contribua para o sucesso das pessoas e da instituição.

Campos (2007, p. 152) aponta que a gestão colegiada é um meio para exercício da democracia direta. Nesta, todos os membros em Assembléia (Roda) reunidos, periodicamente, repensam o próprio trabalho e sugerem os rumos para a organização como um todo.

O autor ainda reforça que esses espaços são compostos por pessoas que possuem diferentes capacidades de decisão, pois são trabalhadores com qualificações muito distintas: universitários, técnicos, nível elementar, homens e mulheres com cargo de gerência e outros voltados a operação. Alguns com história pessoal favorável e outros com profundas dificuldades de comunicação, criando na prática uma complexidade no exercício de poder.

Trouxe essa discussão da dificuldade de decisão pela pluralidade dos atores, pois percebemos o quanto é nítido a relação entre o local que ocupa com a tomada de decisão. Os profissionais de nível técnico e auxiliares de serviços gerais não identificam a Roda como espaço colegiado de decisão e quando há, são restrito a categoria profissional de nível superior e os ACS.

Nós não participamos de nenhuma decisão na reunião de roda. E quando tem, só quem participa são os agentes de saúde juntamente com a gerente (Agente administrativo, CSF 1)

As decisões são tomadas pela gerente juntamente com os agentes de saúde e enfermeiros. (Auxiliar de Serviços gerais, CSF 2)

Corroborar com essa relação de poder a autonomia das decisões da categoria médica para além do espaço colegiado. Como fora dito pelo médico, quando questionado sobre as decisões tomadas “isso depende de categoria para categoria, por exemplo nós médicos, a gente toma muita decisão entre nós”. Sem entrarmos muito na reflexão do poder médico, mas é um fato incontestável que a gestão municipal pela complexidade de interiorização e fixação desse profissional na Estratégia em Saúde da Família, há um imperativo de poder, para além do salário, flexibilidade de horas de atendimento no CSF e a da não obrigatoriedade de participar da Roda.

Reconhecemos que essas são algumas estratégias adotadas pelo Gestor Municipal como atrativo para interiorização e fixação dessa categoria, mas o que imprime nos demais

trabalhadores é o sentimento das relações de acordos e negociações que poderia ser justo e igual a todos.

Constatou-se nos depoimentos que a relação de decisão depende intrinsecamente do tipo de decisões, e, portanto podem ser como descreve o profissional de enfermagem: “As decisões diárias são tomadas em equipe, algumas vezes tomam na roda, mas muitas decisões vêm mesmo de cima para baixo”. No modelo mais próximo do ideal as discussões têm que acontecer também “no cotidiano, há que se instituir encontros entre diretores e trabalhadores, trabalhadores e trabalhadores, [...] que se constitua em espaços de análise, tomada de decisão e implementação de tarefas”(CAMPOS,2007, p.149).

Há de fazer uma reflexão sobre o poder político e o caráter deliberativo das Rodas, no qual encontra o fator tempo, um ponto desafiante. Para o pleno exercício de uma democracia organizacional, Rothschild e Whitt (1986, p.64) identificam o tempo como maior obstáculo. O tempo utilizado nas reuniões para a tomada de decisão, para planejamento, discussão de tarefa e estratégia, deve ser ajustado e pactuado limite de tempo nas reuniões coletivas, como uma prática de autodisciplina e otimização. Entretanto encontrei uma realidade adversa onde as Roda “nunca começa e termina no horário programado” e abstenção de discussão para evitar o prolongamento da Roda, pois “assim acaba logo a reunião”.

Campos (2007) quando menciona a democratização do poder reforça a proposta do tempo, para discutir, decidir e planejar. A final o exercício da democracia participativa envolve toda uma ida e vinda, numa construção que deve imperar não o voto da maioria, mas capacidade que o coletivo tem de produzir consenso.

Tabb e Goldfarb (1975) fazem uma análise no grau de participação, que é classificada a partir de três elementos a) até que ponto é permitido aos trabalhadores participar das decisões; b) natureza da decisão e por ultimo c) o grau em que a empresa e a gerencia são obrigadas a executar tais decisões. Esses critérios são utilizados para mensurar o grau de participação em uma empresa, que são classificados em cinco classes: 1.Nenhum poder de decisão, 2. Apenas consultivo e recomendação, quando os trabalhadores são consultados ou solicitados procedimentos; 3.Controle, quando os trabalhadores possuem controle sobre seu processo de trabalho; 4. Co-gestão, quando há uma gestão conjunta, não apenas na área

operacional, mas igualmente na gestão e 5. A autogestão, quando a gestão fica inteiramente sob comando do próprio trabalhador.

Salientamos que durante o período de imersão nas rodas foram raros, para não dizer inexistente momentos de co-gestão, o que sobressaiu foi um nítido repasse dos informes provenientes da reunião, onde as agendas vêm fechadas a serem cumpridas simultaneamente em todos os territórios, ou em casos específico relacionados a uma epidemiologia local que tem contornos específicos. Houve em raros momentos uma postura consultiva na negociação de escala de trabalho para campanha de vacinação. Essas constatações reforça-se a partir dos depoimentos sobre a verticalização das decisões.

Na verdade não tomamos nenhuma decisão. Já que são sugeridas algumas coisas, mas a decisão final o que vai valer é a da gerente (agente administrativo, CSF 1).

Geralmente as decisões que vêm são de cima, mas que foram discutidas, vem para gente tentando melhorar as ações no território, mas dentro da nossa realidade podemos está fazendo alterações, a coordenação é muito aberta a isso (Coordenação da saúde bucal) (EC- Nível Superior, CSF 1).

As decisões são tomadas pela gerente. Algumas, geralmente são tomadas na reunião de Roda. (Técnico de Enfermagem do CSF 2)

Mas essa postura não deve ser interpretada como generalizada, há também menção sobre o envolvimento dos trabalhadores na organização do atendimento e fluxos, como foi relatada pelo ACS, em relação “a marcação por ficha para ordem de chegada”, sendo substituída por classificação de risco, conforme preconiza a política de humanização no SUS.

Todas as decisões vêm da Secretaria. Os agendamentos de transporte, as rotinas para atendimento. Que são repassadas pela gerente, e que nos orienta como podemos seguir. A única decisão que foi tomada dentro da reunião de roda foi com relação ao atendimento, haja vista que antes eram distribuídas umas fichas para atendimento. Mas, como houve muitas reclamações nesse sentido, foi decidido não mais adotar o uso de ficha para ordem de atendimento. Hoje as pessoas que chegam à unidade, entram e aguardam o atendimento (EC-ACS, CSF 2).

Isto demonstra a existência de decisões unidirecionais, mesmo havendo as rodas de gestão. Campos (2007, p.682) ressalta que:

As relações de gestão muitas vezes também escamoteiam a produção de autonomia e escondem certo autoritarismo heteronímico. Decisões políticas e técnicas são dadas como verdades, e impostas, abaixadas sobre equipes e gestores de serviço como se fossem regras divinas e não resolução de certa administração.

Ou seja, o baixo uso dos espaços coletivos em sua efetividade para a decisão compartilhada mantém a lógica administrativa do controle, cisão entre execução e decisão. Uma alternativa para diminuir os equívocos, atritos e brigas é a explicitação ou contratação sobre o que caberia decidir a cada nível hierárquico da administração (CAMPOS, 2007).

10.2 O Componente Gerencial/Administrativo das Rodas

Aos espaços coletivos, através das Rodas cabem a função gerencial e administrativa. E esta compreende assumir os papéis e responsabilidades que outrora era exclusiva da direção-geral, portanto o coletivo tem que pautar em sua organização a definição de prioridades, analisar problemas, demandas, criar e elaborar planos (CAMPOS, 2007)

No âmbito do SUS, em particular, o planejamento juntamente com a avaliação é um instrumento estratégico de gestão, mediante o qual cada esfera de governo deve se valer para a observância dos princípios e o cumprimento das diretrizes operacionais que norteiam o Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o desenvolvimento e a operacionalização oportuna do processo de planejamento devem ser preocupação constante dos gestores e dos profissionais do SUS (BRASIL, 2007).

Planejar segundo Ferreira (1988) é “fazer o plano ou planta, projetar, traçar; fazer o planejamento, elaborar um plano ou roteiro, programar, planificar”. Nesse contexto, ele também define planejamento como “trabalho de preparação para qualquer empreendimento, segundo roteiros e métodos determinados; elaboração, por etapas, com bases técnicas de planos e programas com objetivos definidos”. Essa coesão do coletivo é um ponto em comum que fortalece o grupo e cria unicidade do projeto e coesão de solidariedade.

Rosana Onocko Campos (2003) traz duas dimensões da gestão sobre: gerir e gerar. O gerir representa a gestão clássica com o predomínio do controle e preocupada com a produtividade, mais-valia e reprodução *do status quo*. O gerar seria a criação e instituição de espaços de tomada de decisão coletiva, de aumento da implicação nos processos e de formulação de projetos. O Gerar, portanto, seria o lugar da co-gestão.

Portanto, para compreender a coesão entre os trabalhadores, e se nos espaços colegiados das Rodas, estamos gerindo ou gerando políticas através de um processo de

avaliação, planejamento e criação? Questionei os atores da pesquisa em que momento se dá organização do trabalho e planejamento das ações de saúde?

Ficou evidenciado que o planejamento em saúde acontece em momento pontual, geralmente início de ano, com toda equipe, para se distanciarem da unidade recorrem aos demais espaços da comunidade, a exemplo da escola municipal, muito característico do planejamento estratégico²⁶.

Nós temos um planejamento no final do ano, por exemplo como atuar na quadra invernososa (EC- Nível superior, CSF1).

Geralmente a gente faz um planejamento no começo do ano, com todo mundo da equipe, [...] fecha a unidade e vamos para escola pois lá é bem melhor para reunir todos (agente administrativa 2, CSF 2).

O auxiliar de serviços gerais recorda que “no início até que era realizado um planejamento das atividades, mas depois por conta das coisas isso deixou de acontecer”. O que demonstra pouca regularidade dessa prática entre as unidades de saúde.

Uma constatação unânime entre os profissionais de saúde, é que atualmente o componente predominante das Rodas, é o gerencial, como já foi aprofundado anteriormente em outros tópicos desse estudo. Inclusive o coordenador da atenção primária, reforça que “hoje as Rodas estão administrativas”.

Em algumas situações é imposto o que tem que acontecer. Tipo, as campanhas que são realizadas e que o gerente diz, é o que tem que acontecer pelo fato dela ser cobrada (EC-ACS, CSF1).

Inferimos que muito das ações de saúde que são programadas no início ou fim do ano, contudo não chegam a ser concluídas, por uma sobreposição de prioridades que advêm dos territórios (em casos inesperados de saúde pública, a ex. de enchentes, terremotos, surto de calazar, dengue, ou causas externas), bem como de execução de projetos e compromissos assumidos juntos a outras secretárias da prefeitura, instituições parcerias ou adesão de novos programas ministeriais (ex. CADSUS, PMAQ, etc).

²⁶ É um modo de planejar que não se reduz a elaboração de um plano de ação, mas que avança nas reflexões acerca da identidade organizacional e da análise de variáveis intra e extra-ambiente organizacional que podem interferir dramaticamente na execução do plano (GANDIN, 2002).

Assim, mais do que planejar há de cuidar para sua execução, através de monitoramentos, avaliação e re-planejamento, pois terminada a fase criação do Plano ou Programação anual, em geral, as pessoas retornam ao dia-a-dia e, nesse cotidiano, voltam a imperar os organogramas autoritários e os modelos de tradicionais de separação entre a execução e concepção dos processos de trabalho.

10.2.10 Papel do Gerente em uma Organização democrática

Gastão Wagner Campos (2007) define o papel dos dirigentes numa organização democrática,é:

Mais que um maestro do que um general. Mais um coordenador do que um ordenador. Algo entre um analista e um líder. Alguém que lograsse sintetizar um desempenho racional-legal e carismático. A capacidade de exercer certo grau de aglutinação e de coesão (CAMPOS, 2007, p. 163).

O Gerente do Centro de Saúde da Família surgem nessa concepção, em 2001, através de escolha democrática dos gerentes, conforme explicita Andréia Assis (2004. p. 32) “intenção de democratizar a escolha do representante de cada unidade, resolveu realizar eleições onde cada membro da UBS pudesse ter o direito de expressar sua vontade através do voto”. É importante contextualizar pela vivencia profissional no município que essa foi a primeira e última vez que aconteceu processo democrático para escolha gerentes de unidade de saúde. Atualmente é realizado através de convite e/ou seleção pela coordenação da atenção primária.

Quando questionado qual o perfil e habilidade para ser gerente do CSF, o Gestor da Primária define que dever ser essencialmente de “liderança e mediador de conflito, não uma liderança autoritária”.

No entanto, foi evidente em alguns relatos a postura ainda autoritária, como pode ser percebida pelo relato do profissional ao afirmar que: “Éh! o que a gerente diz e pronto!”. Essa conduta também é reconhecida na fala do próprio Gerente que afirmar que utiliza de uma postura autoritária para obter atenção do profissional durante a Roda.

Passo a reunião chamando atenção Ei, oh... oh” Não é? Mas a revista da Hermes, da Natura, a Avon... Circulavam demais, não é? Então na roda... cortei isso. Quando eu pego uma revista eu tomo. Às vezes eu não entrego mais (Entrevista-Gerente 2)

Somos muito cobrados, pois nada pode dar errado. E muitas vezes não podemos nem contestar, pois o que é dito é que tem que ser assim e pronto!.(EC- ACS, CSF 2)

O papel do gerente deve ser um misto de racionalidade e capacidade de liderança, o Método Paidéia critica totalmente o perfil ‘tradicional’ centrado no princípio da autoridade.

A centralidade da figura do gerente também é percebida pelo não empoderamento dos profissionais em conduzirem a Roda, ou fazer que ela aconteça mesmo na ausência do gerente. Afinal de quem é a responsabilidade da Roda? É do Gerente? É dos trabalhadores? Compreendemos que seja de todos. No entanto, encontramos alguns relatos que reafirmam a dependência do gerente.

A roda praticamente só acontece na presença do gerente. [...] quando não tem o enfermeiro como cabeça, não funciona. O enfermeiro tirou férias, aquela roda da semana não acontece. Então, infelizmente ainda, a roda ainda é muito vinculada à presença do gerente [...] Os profissionais não se apoderaram, a gente acaba sendo autoritário, dividindo as atribuições mesmo não querendo ser! [...] Se o gerente não chamar para começar a roda, ninguém toma a iniciativa, e a roda não começa! ! (GF-Gerente)

Conforme podemos perceber nos relatos a participação dos trabalhadores é ínfimo no processo de condução da coletividade, com pouco empoderamento, sendo dependente do gerente. Likert (1971, p. 271) descreve que as características das organizações autoritárias tendem a desenvolver pessoas dependentes e poucos líderes. Ao contrário das organizações participativas tendem a desenvolver pessoas emocionalmente e socialmente maduras, capazes de interação eficiente, iniciativa e liderança.

Um exemplo de organizações participativas, foi durante a observação das Rodas do CSF 2, no qual presenciei (umas três vezes) a condução da Roda sendo realizada pela Agente Administrativa, quando a gerente por algum razão não poderia comparecer. E fui surpreendida pela maturidade profissional e maestria com que conduzia a reunião, bem como respeito e relação dialógica que conduzia a Roda perante os demais profissionais, “sendo uma Roda leve e participativa, dialógica e realmente horizontal, sem a supremacia da hierarquia” (diário de campo). Considero inevitável para a produção de autonomia entre os trabalhadores posturas mais horizontais que diminua as distâncias hierárquicas e construa uma relação positiva.

10.3 O Componente Pedagógico

O Fator Paidéia dos espaços democráticos parte da concepção que o Sujeito se constitui no processo da vida real, e durante o processo de gestão participativa, “não se produzem somente efeitos políticos ou administrativos, mas também efeitos pedagógicos e subjetivos” (CAMPOS, 2007.p.161).

No entanto, para além de uma prática dialética onde os processos políticos e a construção da cidadania são dispositivos de aprendizagem, há no campo do trabalho, em específico da saúde a construção de espaços de educação permanente, no qual a Roda é um excelente espaço para o exercício de uma cultura da aprendizagem a partir da práxis. Com intuito de identificar os processos pedagógicos, questionamos se as Rodas proporcionavam momentos de aprendizagem?

No diálogo com os profissionais percebemos que a noção de aprendizagem é subjetiva, pois houve respostas antagônicas entre os trabalhadores da mesma categoria e do mesmo CSF, isso ocorreu porque para um a aprendizagem é expressa no modelo tradicional formal, com professor, uma sala e os alunos, para outra é construtiva, dialógica a partir de uma análise mais reflexiva das vivências cotidianas.

No relato a seguir a auxiliar de serviços gerais, não identifica nenhum momento durante a Roda, mais cita a contribuição da EFSFVS, que é responsável pelo processo de educação permanente dos profissionais de saúde do Sistema Municipal de Saúde Escola.

Na verdade não existe esse momento na reunião de roda, e o momento de aprendizado que temos é quando participamos dos trabalhos de educação permanente que acontecem na escola de saúde (EC- Auxiliar de Serviços Gerais 1, CSF 1).

Atualmente, os profissionais de nível fundamental e médio²⁷ fazem o primeiro contato com a comunidade, são eles que estão na “ponta”, ouvindo e falando com os usuários do SUS. Pensando especificamente em qualificar e aprimorar a sua atuação que foram incluídos na política de educação permanente. Onde são realizados momentos teórico-conceituais referentes aos seus saberes e práticas definidos por eles, com encontros presenciais a cada dois meses. (PINTO, *et al*, 2008).

²⁷ Esses incluem agentes administrativos, auxiliares de serviços gerais, zeladores de patrimônio, atendentes de farmácia e auxiliares/técnicos de enfermagem.

Esses encontros pedagógicos através de oficinas acontecem no espaço da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, onde esses profissionais têm oportunidade de encontrar seus pares e qualificar-se para o exercício da profissão.

Ricardo Cecim e Laura Feuerwerker (2004) definem que educação permanente em saúde é uma aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Como a percepção de aprendizagem é subjetiva, encontramos um depoimento antagônico de outra auxiliar de serviços gerais que considera “todo dia é um momento de aprendizagem”, e consegue entender que a construção do conhecimento também é pautado em cima dos erros.

Sim, pois todo dia é um momento de aprendizado já que todo dia aprendemos coisas novas. E um momento de aprendizado é quando somos cobrados para realizar um bom trabalho dentro da unidade. Com isso a gente cresce como profissional (EC-Auxiliar de Serviços Gerais 1, CSF 2);

Um dos teóricos de referência para educação transformadora é Paulo Freire (1979) que afirma que aprende-se melhor e mais profundamente quando o objeto de estudo coincide com objetos ligados a existência concreta do sujeito.

Despontaram também os processos educativos ainda no modelo de práticas tradicionais, através de “palestras”, de forma fragmentada e pontual, pois em todos os meses que passei em campo presenciei práticas pedagógicas pautadas nas necessidades dos trabalhadores.

Isso acontece quando vem alguém de fora para dar uma palestra, mas é muito difícil, e aí temos aula! (EC-Agente administrativo 2, CSF1)

Pensar em educação, é ser e atuar numa perspectiva transformadora, pois não basta apenas criar processos formativos para estudantes, trabalhadores, gestores e população. É necessário se perguntar que educação permite um sujeito reflexivo e operativo? Freire (1980) critica o que chamou de educação bancária, ou seja, aquela que entende o ato de ensinar como transmissão de conhecimento, e pensa o educando como ‘depósitos’ ignorantes e vazios. Para ele, o ato de ensinar exige o respeito ao saber do educando, reflexão crítica sobre a prática, o reconhecimento que a educação é uma forma de intervenção no mundo.

Trago esta reflexão para esclarecer que o espaço da educação para a construção de sujeitos não é dada, mas sim conquistada e cabe aos que lideram processos formativos um aprofundamento em referenciais pedagógicos que estejam na perspectiva da libertação, não reprodução.

10.4 O Componente Terapêutico

O Poder terapêutico das organizações de co-gestão não é um eixo a parte dos demais, e sim uma consequência, um canalizador para produção de satisfação do poder exercido. Surge da tradição de movimentos políticos libertários e na psicanálise, os quais perceberam que o envolvimento dos doentes mentais com a gestão cotidiana de suas vidas contribuía na sua reabilitação clínica (CAMPOS, 2007). Pelos acontecimentos diários poder-se-ia estimular pacientes ou grupos a se analisarem e reconstruir suas relações com outras instâncias da sociedade, e partir dessa premissa ficou o questionamento, por que não estender ao conjunto de coletivos essa oportunidade?.

Em sua obra Campos (2007) define como ‘Fator Paidéia’, através do Método de apoio institucional da Roda, a pensar a co-gestão de coletivos não somente no sentido de produção política, analítica e administrativa, mas também com função pedagógica e ‘terapêutica’. O próprio autor esclarece em nota de rodapé que a “Função terapêutica mais do que um dispositivo de cura ou reabilitação em sentido estrito também produz subjetividade e esta produção poderia em alguma medida, ser dirigidas para fim desejado” (CAMPOS, 2007 p. 145).

Assim outro desafio posto, pois não é somente democratizar as instituições, mas transformá-las em espaços em que ocorra o desenvolvimento da subjetividade humana. Dentro do objetivo do estudo, as constatações dessa capacidade têm sido desafiantes, por duas questões: a primeira pela não compreensão dos trabalhadores do que seria função terapêutica enquanto consciência política de participação nas decisões da unidade de saúde, e a segunda por compreenderem dentro da linha da saúde do trabalhador com cuidando do cuidador, e essa não está sendo exercida com êxito.

Na análise do estudo não abordaremos as Rodas na sua real função Paidéia da ‘terapêutica’, idealizado por Gastão Wagner, mas sim no dispositivo empreendido nas Rodas de Sobral que é na linha do ‘cuidando do cuidador’. Portanto encontramos depoimentos

diversos de sua complexidade de implementação, pois as experiências desse método aconteciam distante da discussão da saúde do trabalhador, sendo adaptadas com momentos mais descontraídos de “dinâmicas²⁸ e relaxamentos”, ou mesmo através de ‘lanches ao fim da Roda’.

Nos depoimentos dos Gerentes e trabalhadores da saúde, o método terapêutico, é o de menor identificação e o de maior dificuldade a ser implementado nas Rodas.

Enquanto método terapêutico é ponto mais difícil, percebo isso tanto nas rodas de gerente quanto na unidade, o que podemos fazer são dinâmicas, e muitos (profissionais) não aceitam, eles não entendem que a dinâmica pode propiciar um momento de relaxamento (GF- Gerente).

E reforço que é muito difícil, é muito difícil, principalmente as rodas terapêuticas (GF-Gerente)

Outro ponto que já foi anteriormente explicitado é a concepção dos trabalhadores que a Roda é um espaço de cobrança e redistribuição de compromissos que foram pactuados pela política municipal, onde está cristalizado essa percepção negativa. Que embora tente experimentar outras metodologias mais lúdicas, encontram-se alguns profissionais descrentes e adeptos a construir novas práticas.

tem profissionais que não gostam da roda, (...)acho que gerou um tabu, por um processo histórico, que havia muitos informes, cobranças e as pessoas foram perdendo o interesse sobre a roda, e acabou afastando e deixando as pessoas desestimuladas Tenho percebido que as pessoas não vêm esse momento (dinâmica) como terapêutico, pois vêm muita cobrança, com muitas coisas para serem cobradas e fazerem (GF- Gerente).

Identificamos alguns depoimentos dos trabalhadores que afirmam não gostar quando têm dinâmicas, e preferem retirar-se para não participar. Entretanto há de refletir como essas dinâmicas foram apresentada aos profissionais, pois há um objetivo pedagógico a ser alcançado, a partir da participação em atividades lúdicas.

Na reunião da roda existem algumas brincadeiras (dinâmicas) na qual eu não consigo entrar no ritmo, então quando isso acontece eu saio logo (EC- Agente administrativa 2, CSF1).

Diante de todos esses achados, há uma constatação que a gestão participativa no trabalho esta na direção certa para rompimento do modelo gerencial hegemônico e construção

²⁸ Refere-se as dinâmicas de grupos que são instrumentos utilizados por um profissional (facilitador) que objetiva estimular a potencialidade de cada indivíduo e sua inserção em um grupo, ir buscando o autodesenvolvimento na vida pessoal, profissional e grupal.(FAIDE, 2007)

de novas práticas de empoderamento político do trabalhador. Contudo muitos desafios estão posto no campo do trabalho, na formação pessoal e dentro da concepção de gestão de uma empresa, seja pública ou privada, para a construção estratégias mais coletivas de gestão.

Não podemos deixar de refletir sobre esses aspectos, pois na formação individual há um fosso cultural de uma postura mais reflexiva e participativa, reforçada por uma lógica hierárquica e capitalista da sociedade que impera dentro das organizações do trabalho. Assim qualquer dispositivo de gestão participativa que se propõem reconstruir uma outra concepção política e filosófica, encontra enormes desafios já cristalizados.

Encontramos na atual conjuntura no Sistema Municipal de Saúde de Sobral, uma urgência de metodologias e dispositivos para ressignificação da Roda, pois apesar da constatação de sua inoperância com seus princípios filosóficos, é através desse dispositivos de co-gestão de coletivos que se inicia uma práxis diferenciada. Afinal é um espaço potente consolidado e instituído, sendo às vezes ocupado adequadamente, como afirma a gerente, no grupo focal.

É uma coisa muito louca, pois ao mesmo tempo em que os profissionais não aderem a Roda, é onde tudo acontece!onde todas as decisões são tomadas, [...] é também desse espaço que eles se utilizam para levar algum ponto quando não estão satisfeitos. É muito contraditório, pois ao mesmo tempo que eu não gosto de participar da roda, é na roda que eu quero discutir tudo. (GF- Gerente)

Não se faz transformação sem o envolvimento efetivo de todos os atores que compõem a Roda, para tal é fundamental uma apropriação teórica com todos os trabalhadores sobre o método, e que este possa a partir de uma consciência política entender que é um espaço do trabalhador no Sistema de Saúde, e que dever uma relação dialética e não unidirecional.

É indispensável lembrar, que para um sistema de co-gestão funcione deve existir tomada de decisão, como fala Gastão Wagner:

Para que um sistema de co-gestão funcione é fundamental que no espaço de governabilidade de cada um sejam tomadas decisões, e que apenas o contraditório, ou o novo, ou o desconhecido sejam levados para outras instancias coletivas. A omissão ou paralisia dos agentes desmoraliza a gestão participativa: se ninguém resolve nada sem o aval dos conselhos ou dos colegiados, o sistema se paralisa. Ao contrário, é fundamental decidir e fazer, arcando-se com a responsabilidade sobre o realizado diante das autoridades superiores: conselhos, colegiados ou chefias. (Campos, 2007, p.151)

Assim, fica evidente a necessidade de se repensar até que ponto chegaram as Rodas? E construir um caminho inverso de empoderamento e novas posturas profissional. Penso para além mudanças metodológicas, há de se construir uma realidade democrática a partir do cotidiano, e que deve ser um grande movimento de gestão, independente se partirão dos CSF ou do sistema municipal de saúde.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir os últimos pensamentos desse estudo, tenho a impressão que é fase mais difícil, pois quando mergulhei no cenário da gestão participativa, no começo de minha graduação (2003), internalizei o pensamento de uma sociedade justa e democrática, e pude vivenciar através do movimento estudantil, a complexa atuação isolada no meio de uma multidão de acadêmicos de enfermagem que tinha objetivo claro “se formar”, não numa perspectiva de formação pessoal, cidadã, mas sim titular-se. Buscando oxigenar para militância ‘orgânica’ perspectiva Gramsciana aproximo-me dos conselhos locais de saúde, onde deparei o quanto é complexo a vida comunitária e social, restrito em sua maioria pelas mesmas pessoas, que acumulam militância, e que tenta “a passo de formiguinha” construir outra realidade para sua comunidade. E agora um pouco mais madura na caminhada profissional aproximo dos trabalhadores para conhecer como eles potencializam espaços instituídos de co-gestão no âmbito do trabalho, através das Rodas ou Fator Paidéia.

Em uma organização tradicional de trabalho, não há espaço, nem tempo para escuta ou construção coletiva. Em geral o lugar de tomada de decisão restringe-se a cúpula da direção, no qual impera os modelos autoritários e verticalizados. O que podemos constatar que o método de gestão através das Rodas, não propôs mudanças nesse paradigma, ao contrário continua imperando a lógica taylorista, onde as decisões vem a nível central da gestão (secretaria da saúde e/ou de outras instituições parceiras da prefeitura), unidirecionada, com os profissionais de níveis técnicos intermediários, responsáveis pela supervisão (Coordenador/ Enfermeiro/ Gerente), e controle (indicadores de saúde e entrega de planilhas, etc) e o trabalhador atuando na execução, numa lógica não-espontânea, com base em estímulo moral.

E a consequência imediata disto é a diminuição/destituição do sentido do trabalho que fora constantemente ressaltado e percebido, que tende a ser realizado de forma mecânica, repetitiva e desconectada de um processo global de produção, perpetuando um modelo de alienação e não como espaço de criação.

Há um paradoxo ainda ser compreendido, pois as Rodas, são espaços coletivos, de lugar e tempo em que os sujeitos coletivamente possam construir uma singularidade. No entanto o seu processo de ocupação e efetivação de uma prática democrática não é efetivado

pelo trabalhador, que poderia estar ocupando esse espaço para construção de novos fluxos de gestão, realizando fortalecimento político, tencionando a gestão por novos modelos de organização do sistema, avaliação e monitoramento de indicadores locais de saúde, como também avançar nas discussões de desprecariasções de seus vínculos. Contudo parece que a gestão impõe tantas atuações e novas demandas que reprime e/ou deixa escasso o tempo para os processos de fortalecimento de atuação mais política de um movimento contra hegemônico. Que por hora nos faz questionar, afinal quais os reais objetivos das Rodas? As Rodas são um dispositivo da Gestão ou dos Trabalhadores? Ou é para ser dos dois?

As Rodas de cogestão devem ser instrumento do trabalhador para o processo de trabalho e gestão participativa, que viabilize fluxos de avaliação, planejamento, elaboração entre os profissionais e a gestão pública numa relação pares e organizações do sistema municipal de saúde, para tal deve ser instruir processos de conhecimento teórico e filosófico sobre o Método, bem como praticas de gestão que transpareça os principio da cogestão. Pois é para além de nomeclatura, local, de pessoas, ela expressa a capacidade de agir influenciando por uma construção social, compondo-as em distintas soluções e valendo-se de um método dialético que medie forças internas e externas.

Percebo que esse empoderamento dos trabalhadores encontra-se ainda tímido. Aliado a incipiente ocupação nos momentos da Roda, em sua maioria pelos extremos sociais (médico e profissionais de nível médio e fundamental). Outra desafio referente a ocupação desse espaço é a incorporação de novos atores, membros da comunidade, que somente eles podem expressar seus desejos de um sistema de saúde pautado no principio da ética, da humanização da assistência como uma justiça social.

E importante frisar que a participação social, não pode estar restrita a instâncias formalizadas para a participação cidadã em saúde (Conselhos de Saúde, Conferências, etc). Esta deve ser valorizada e incentivada no dia-a-dia dos serviços do SUS, nos quais a participação deve ser ampliada gradativamente. Mesmo os trabalhadores de saúde ainda participam pouco das decisões sobre os rumos das unidades em que trabalham. Pode-se atribuir isto ao fato de que lhes pareça uma atuação difícil, complexa ou dificultada tanto por excesso de burocracia quanto por uma gestão centralizadora e pouco participativa, mas é um caminho a ser percorrido para de fato construir um sistema de cogestão.

A representação do membro da comunidade deve ser problematizada com os usuários, e que venha oriundo de um processo democrático junto a uma assembléia de moradores ou conselho local de saúde, e que este compreenda o papel das Rodas.

Num plano das idealizações quem sabe as Rodas não possibilitariam a concretização de uma sociedade de Estado Ampliado, quando a gestão é compartilhada por representantes governamentais e civis, ao contrario do Estado Restrito, quando a gestão da sociedade é feita quase que exclusivamente por dirigentes e funcionários de aparelho governamental.

Outro ponto percebido e verbalizado pelos profissionais foi a insuficiência de infraestrutura que possibilitasse um espaço com conforto e ambiência para que as pessoas pudessem participar das Rodas. Atualmente o maior espaço da Unidade de saúde é onde acontecem as atividades coletivas, que é ínfimo para comportar todos os trabalhadores. Além de acontecer no turno da tarde, no qual a temperatura media (33 a 35°C) do município, e nem sempre o espaço que acontece as rodas possui boa ventilação. O que ocasiona bastante dispersão e expressões de incomodo com calor, aliada a superlotação do espaço, com conversas paralelas, e o déficit da escuta qualificada.

Numa organização filosófica e operacional das Rodas estudadas têm o predomínio do componente administrativo, em detrimento do político, pedagógico e terapêutico, não se distanciando de qualquer reunião administrativas.

Experiências exitosas em algumas unidade de saúde pela presença do preceptor de território (Apoiador Insitucional) poderia ser ampliado pela gestão municipal, propiciando a sua presença em todos os territórios da Estratégia em Saúde da Família, bem como as disseminações de estratégias dos cuidadores da Roda.

O presente estudo será apresentado ao Sistema Municipal de Saúde, espera-se que possa ser instrumento de análise e reflexão e que instrumentaliza processos de re-significação das Rodas, a partir do envolvimento de todos os atores que o compõem, aliada a uma política de educação permanente do Sistema Municipal Saúde Escola.

Agora como resgatar o fator Paidéia dentro de um sistema de saúde? Vejo que algumas mudanças têm que ocorrer. Por exemplo, todo sistema de saúde deve assumir uma postura democrática, em sua concepção filosófica e prática, e que se retomem as Rodas de Gestão (Secretário e Coordenadores), Rodas de Atenção primária (em substituição das

reuniões de gerente), criam-se as Rodas de Atenção Secundária e as Rodas dos CSF (numa perspectiva re-significada), ou outras formas como uma Grande Roda ampliada, remontando o desenho das Ágoras.

Nas reflexões a partir da visão dos trabalhadores, encontramos no seu ambiente de trabalho um excelente dispositivo de gestão, mas com o tempo tornou-se algo instituído e enfraquecido pelos sujeitos que o compõem. Portanto deve-se internalizar novas práticas, caso contrário, continuaremos reproduzindo novas formas de submissão, fragmentação e alienação. Não quero ser interpretada com discurso pessimista, pois resiste em mim a esperança que a gestão participativa é um recurso valioso e indispensável. A minha maior crítica pelos achados versam no âmbito da sua insuficiência da ocupação das Rodas pelos profissionais e da gestão e não de sua inutilidade. E minha esperança reside na participação, que essa retomada de um espaço de gestão participativa deva ser um projeto coletivo de todos os trabalhadores, e que seja um movimento que parta deles com a gestão, e não inverso.

REFERENCIAL BIBLIOGRAFICO

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. MARTINS Jr., Tomaz. **Saúde da Família: Construindo um Novo Modelo – A Experiência de Sobral**. Sobral: Revista Sanare, 1999.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro e BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha (Org.). **SUS Passo a Passo: História, Regulamentação, Financiamento e Políticas Nacionais**. 2a ed. São Paulo: Hucitec, 2007

ANDRADE, Luis Odorico Monteiro; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; GOYA Neusa e MARTINS, Tomaz Júnior. **Organização da Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família no município de Sobral – Ceará – Brasil: principais avanços e desafios na perspectiva de produzir mudanças positivas na saúde**. Sobral CE: In Mimeo, 2004. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.

ANTUNES, R; ALVES, G. **As Mutações no Mundo do Trabalho na era da Mundialização do Capital** Educ. Soc., Campinas, vol. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br> Acessado no dia 19/09/2011

ARAGÃO, Cecília Vescovi. **Burocracia, eficiência e modelos de gestão pública**. In: Revista do Serviço Público: ENAP, Ano 48, Número 3, Set-Dez, 1997.

ASSIS, Andréa Silveira de. **Um novo agir em gestão de saúde pública: a implantação do método de co-gestão de coletivos na secretaria de desenvolvimento social e saúde de sobral**. Monografia de pós-graduação *latu sensu* da Universidade Estadual Vale do Acaraú: Sobral, 2004.

BESTOR, A.E. The evolution of the socialist vocabulary. *Journal of the History of Ideas*, nº 9, 1948

BOFF, Leonardo. **Teologia do Cativo e da Libertação**. São Paulo: Circulo do Livro S.A/Vozes, 1980.

BOGDAN,R; BIKLEN,S.K. **qualitative research for education: an introductions to theory and methods**. Boston: Allyn and Bacon, 1982.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. (Série Pactos pela Saúde) 4º edição; v.4, 2007. 68p.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Programa da Saúde da Família: Saúde dentro de Casa**. Brasília: MS/FNS, 1994.

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

54 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **O modelo estrutural de gerência pública**. In: Revista Brasileira de Administração Pública, v. 42, p. 391-410, 2008.

CAMPOS, G. W. S.. **O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso**. Ver. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(4):863-870, out-dez, 1998

_____, G. W. S.. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

_____, Gastão Wagner de Sousa . **Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2337-2344, 2010.

_____, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2003.

CECCIM, R. B; PINTO, L.F. **A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais**. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Rio de Janeiro, v.29, nº 1, jan./abr. 2007

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M.. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, June, 2004.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 7ª Ed. São Paulo: Editora Campus, 2003

CRUZ NETO, ET AL. **Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação**. Texto apresentado no XIII Encontro de Associação Brasileira de Estudos Populacionais, em Ouro Preto-MG, de 4 a 8/11/2002<mimeo>

DIAS, Emerson de Paulo. **Conceitos de Gestão e Administração: uma revisão crítica**. In: Revista Eletrônica de Administração. Edição 01 - Volume 01 - Número 01 - Julho/Dezembro 2002

ENGELS. F. A situação da classe trabalhadora em Inglaterra. Porto: Aprofundamento, 1975.

ESTATUTO de los trabajadores. Pamplona: Arazandi, 1980

FARIA, José Henrique de. **Gestão Participativa: relações de poder e de trabalho nas organizações**. São Paulo: Atlas, 2009. 402 p.

_____. Economia Política do poder: fundamentos. Curitiba: Criar, 2004.v.1

FRANCO, M. A. S. **Pedagogia da Pesquisa-Ação**. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, set./dez. 2005

FRANCO, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro e Mattos (Orgs.) , Gestão em Redes; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

FRANCO, T.B.; MERHY.E.E. **O Reconhecimento de uma produção subjetiva do Cuidado**. <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>. Acessado: 05/06/2011

FREIRE, Paulo. **Conscientização**. São Paulo: Editora Moraes, 1980.

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. 30ª Edição. São Paulo: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança. Um reencontro com a pedagogia do Oprimido**. 4ª Edição. São Paulo – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997

FAIDE. I. **Manual do Facilitador para dinâmica de grupos**. Campinas-SP. Papirus. 2007

FURTADO, J.P. **Um método construtivista para a avaliação em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 6(1):165-181, 2001.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**, São Paulo: Hicitec/Abrasco, 1994.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologia qualitativa na sociologia**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

HORTALE, V. A.; COMIL, E. M.; PEDROZA, M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública** 1999; 15: 79-88.

<http://www.observatoriosocial.org.br/boletim/boletim18.htm>. Acessado no dia <22 de novembro de 2012>

JUNQUILHO, Gilson Silva. Cultura Nacional e o "gerente caboclo" frente aos desafios da reforma do Estado no Brasil. In: VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del estado y de la Administración Pública, 2002, Lisboa. **Anais do VII Congreso CLAD**. Venezuela : CLAD, 2002.

KRUEGER, R.A. **Focus Groups: praetica Guide for applied research**. London> sage Publications, 1996.

LINKERT, Rensis. Novos padrões da administração. São Paulo: Pioneira, 1971

LUDKE.M; ANDRE, M.E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos da Metodologia científica**. 6º Ed. São Paulo:Atlas, 2005

MARTINS, M. C. F. N.; BÓGUS, C. M. **Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde**. *Saúde e Sociedade*. v.13, n.3, p.44-57, set-dez 2004.

MARTINEZ, M C PARAGUAY, A.I.B.B. **Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos**. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, vol. 6, pp. 59-78. 2003

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito sanitário: processo social de mudança das práticas do sistema único de saúde**. s.l, HUCITEC, 1993.

MERHY, E. E .**Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. Em busca **do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 4, n. 2, pp. 305-314, 1999.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 269 p.

MOTTA, Fernando C. A cogestão alemã: as conciliações do inconciliável. *Ver. Adm. Emp.* Rio de Janeiro, 23 (1):23-26, jan./mar.1983

OUCHI, William. Teoria Z: como as empresas podem enfrentar o desafio japonês. 6. Ed. São Paulo: Fundo Nacional Brasileiro, 1982.

PAIM JS. **Reforma sanitária e os modelos assistenciais**. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: Editora Medsi; 2003. p. 455-66.

RAGO, L. M. & MOREIRA, E. F. P., **O que é Taylorismo**. São Paulo: Brasiliense. 1984.

ROSCHKE, M.A, et al. **Processo Educativo no Serviços de Saúde**. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, n. 1, Organização Pan-Americana da Saúde-Representação do Brasil, Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde, Brasília, 1991<mimeo> Texto transcrito parcialmente. Acessado < <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0182.pdf>> em 03 de dezembro de 2012.

RPTHSCHILD, J; WHYTE, J.A. The cooperative workplace. New York: Cambridge, 1986

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Apr. 2007

SHONBERGER, R.J. Japanese manufacturing techniques: Nice hidden lessons in simplicity. New York: Free Press, 1982.

SALES, I.C; PAGANI, R.. **A Preceptorial de Território na Estratégia de Saúde da Família em Sobral/CE (Desafios Políticos, Teóricos e Metodológicos de Uma Experiência)**. ANO V, N.1, JAN./FEV./MAR. 2004 - S A N A R E

SALES, I. C. **Os Desafios da Gestão democrática da Sociedade (Em diálogo com Gramsci)**. Edições UVA; Recife-PE, Editora da UFPE, 2005

SILVA, A. L A. Produção de Subjetividade e Gestão em Saúde: Cartografias da Gerência. **Tese de Doutorado em Saúde Coletiva**. Universidade de Campinas, São Paulo, 2004

SOARES, N. R. **Análise do Método da Roda como um Instrumento de Co-Gestão na Estratégia Saúde da Família do Município de Sobral, CE**. Monografia de Graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA, 2009

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria da Saúde e Ação Social. **Relatório de Gestão 2010**. Mimeo. 237p. Sobral, 2011.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, 5 (4): 493-503, out. / dez., 2005.**

TABB, J.Y; GOLDFARB, A. Worker's participation in management. New York: Pergamon (1975).

TAILLE, Y. L. ; OLIVEIRA, M. K. ; DANTAS, H. Teorias psicogenéticas em discussão. São Paulo: Summus, 1992.

VANDERLEI, M.I.G.; ALMEIDA, M C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):443-453, 2007

WHYTE, Willian Foote; WHYTE, Kathleen King. Marking Mondragon: the growth and dynamics of the worker cooperative complex. Press, 1988.

ZEICHNER, K. **El maestro como profesional reflexivo**. Cuadernos de pedagogía, v. 220, 1993

Apêndice A – Roteiro para o Grupo Focal para gerente

O que você conhece sobre o Método da Roda

Você já participou de algum momento teórico sobre o Método da Roda

Qual o seu papel na condução do processo

Qual o papel dos profissionais da equipe no processo

Como você realiza o planejamento das rodas de sua unidade de saúde

Qual a contribuição da roda para a organização do processo de trabalho

Quais as dificuldades para implementação desse processo de gestão.

Que sugestões você daria para melhorar esse processo de gestão do Sistema Municipal de Saúde de Sobral

Roteiro para o Grupo Focal para profissionais

1. Para você o que é a Roda da sua Unidade Básica de Saúde (UBS)?
2. Qual a motivação que você tem para participar da roda?
3. Qual o papel do gerente na organização e condução da roda
4. Em que momentos da roda se reflete a organização do trabalho e planejamento das ações de saúde
5. Em que momento se dá organização do trabalho, Qual o seu papel nesse processo
6. As rodas proporcionam momentos de aprendizagem, e quais? Você poderia indicar quais os ganhos ou vantagens proporcionadas pelas rodas?
7. Existem estratégias de cuidados do cuidador na unidade de saúde, e quais?
8. Como as decisões das Unidades de saúde são tomadas
9. Que fragilidades você identifica na Roda da sua UBS?
10. O que você sugeriria para melhorar esse momento?

Apêndice B – Roteiro de observação para as reuniões das equipes dos Centros de Saúde da Família

I) Observações Sistemáticas

1. Contexto - ambiente físico onde ocorre a roda e suas principais características;
2. Participantes – quem está presente, suas características, seus papéis;
3. Atividades – o que está acontecendo, o que os participantes estão fazendo, como interação, como se comunicam;
4. A frequência e a duração – quando as atividades acontecem, se iniciam e terminam, sua regularidade ou recorrência;
5. Processos – como as atividades estão organizadas, como o evento se desdobra;
6. Resultados – por que a atividade está acontecendo dessa maneira, que tipos de coisas resultam.

II) Observações específicas

7. Evidências de planejamento das ações e serviços de saúde da UBS;
8. Evidências de avaliação das ações e serviços de saúde da UBS;
9. Evidências dos critérios de planejamento e avaliação;
10. Identificação dos parâmetros norteadores dos processos decisórios.
11. Evidências momentos terapêuticos
12. Evidências de momentos políticos
13. Evidências de momentos educação permanente

Apêndice C – Roteiro de Entrevista para o Gestor da Atenção Básica

- 01) Qual o papel da Rodas dos CSF?
- 02) Qual a contribuição da reunião de gerente para as Rodas dos CSF?
- 03) Como são definidos as pautas das reuniões de gerentes?
- 04) Porque a Reunião de gerente não são consideradas Rodas?
- 05) Qual sua avaliação atual das reuniões de gerentes?
- 06) Qual sua avaliação atual das Rodas dos CSF?
- 07) E na sua opinião como deveria ser as Rodas
- 08) Como é escolhido e/ou selecionado o gerente do CSF?
- 09) Qual deve ser perfil do Gerente do CSF?
- 10) Porque a categoria medica não são obrigadas a participar das Rodas, já que os são?

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Caro Senhor (a):

Eu, Hermínia Maria Sousa da Ponte, discente do Curso de Mestrado Acadêmico de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE) tenho como orientadora a Professora Doutora Lucia Conde de Oliveira, estou desenvolvendo uma pesquisa científica cujo título é **“DO DISPOSITIVO AO INSTITUÍDO: O Método da Roda em Sobral-CE promove a Co-Gestão de Coletivos?”** que pretende conhecer e analisar o Método da Roda como instrumento de co-gestão na Estratégia Saúde da Família no Município de Sobral, Ceará. Neste sentido, solicito sua colaboração na participação da pesquisa, aceitando participar de um grupo focal para discutir sobre suas percepções do Método da Roda nesse Centro de Saúde da Família. Os dados serão apresentados a Universidade Estadual do Ceará – UECE, e divulgados junto à comunidade científica e aos sujeitos deste estudo, respeitando o caráter confidencial das identidades. Esse trabalho pode proporcionar uma reflexão por parte da comunidade científica, dos profissionais que integram a atenção básica e dos respectivos gestores, no sentido de perceber as potencialidades do Método da Roda e as possíveis necessidades de elaborar estratégias que possam colaborar para um aperfeiçoamento de tal momento no espaço da atenção básica. Garanto-lhe que sua participação ficará no anonimato. Aceitando participar, se por qualquer motivo durante o andamento da pesquisa resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento a qualquer momento. Responder ou não a essas perguntas não lhe trará riscos de receber advertência. Tudo ocorrerá em sigilo. Atenciosamente,

Hermínia Maria Sousa da Ponte – Pesquisadora

Consentimento Pós-Informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo que pretende conhecer e analisar o Método da Roda como instrumento de co-gestão na Estratégia Saúde da Família no Município de Sobral, Ceará, cujo título é: **“DO DISPOSITIVO AO INSTITUÍDO: O Método da Roda em Sobral-CE promove a Co-Gestão de Coletivos?”** realizado pela acadêmica Hermínia Maria Sousa da Ponte e compreendi seus propósitos e, concordo em participar da pesquisa, não me oponho à gravação da entrevista, e também que em qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da mesma.

Sobral, _____ de _____ de 2012.

Ciente: _____

Assinatura do sujeito

Assinatura da Pesquisadora/Orientadora

Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a observação participante

Caro Senhor (a):

Eu, Hermínia Maria Sousa da Ponte, discente do Curso de Mestrado Acadêmico de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE) tenho como orientadora a Professora Doutora Lucia Conde de Oliveira, estou desenvolvendo uma pesquisa científica cujo título é **“DO DISPOSITIVO AO INSTITUÍDO: O Método da Roda em Sobral-CE promove a Co-Gestão de Coletivos?”** que pretende conhecer e analisar o Método da Roda como instrumento de co-gestão na Estratégia Saúde da Família no Município de Sobral, Ceará. Neste sentido, solicito sua colaboração na participação da pesquisa, aceitando que as reuniões da Roda realizadas nesse Centro de Saúde da Família possam ser observadas e registradas. Os dados serão apresentados a Universidade Estadual do Ceará – UECE, divulgados junto à comunidade científica e aos sujeitos deste estudo, respeitando o caráter confidencial das identidades. O (a) senhor (a) tem o direito de não participar dessa pesquisa se assim o desejar, mas seria importante a observação desse momento uma vez que esse trabalho poderá proporcionar uma reflexão por parte da comunidade científica, dos profissionais que integram a atenção básica e dos respectivos gestores da saúde, no sentido de perceber as potencialidades do Método da Roda e as possíveis necessidades de elaborar estratégias que possam colaborar para um aperfeiçoamento de tal momento no espaço da atenção básica. Garanto-lhe que as informações não serão divulgadas de forma personalizada, portanto em nenhum momento será divulgado seu nome. Aceitando participar, se por qualquer motivo durante o andamento da pesquisa resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento a qualquer momento. Tudo ocorrerá em sigilo.

Atenciosamente,

Hermínia Maria Sousa da Ponte – Pesquisadora

Consentimento Pós-Informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo que pretende conhecer e analisar o Método da Roda como instrumento de co-gestão na Estratégia Saúde da Família no Município de Sobral, Ceará, cujo título é: **“DO DISPOSITIVO AO INSTITUÍDO: O Método da Roda em Sobral-CE promove a Co-Gestão de Coletivos?”** realizado pela acadêmica Hermínia Maria Sousa da Ponte e compreendi seus propósitos e, concordo em participar da pesquisa, não me oponho à gravação da entrevista, e também que em qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da mesma.

Sobral, _____ de _____ de 2012.

Ciente: _____

Assinatura do sujeito

Assinatura da Pesquisadora/Orientadora

ANEXO A

