



Seminário de Gestão Participativa

SES-MG

Relatório do Seminário Estadual de Gestão Participativa

Fevereiro 2016

Belo Horizonte



MINAS GERAIS
GOVERNO DE TODOS

Comissão Organizadora

Ana Carolina Araújo Leite

Ana Paula Aparecida Nogueira

Anderson Macedo Ramos

Beatriz Oliveira Carvalho

Conceição Aparecida Gonçalves

Daniel Emílio da Silva Almeida

Dehonara de Almeida Silveira

Diovana Paiva Faustino

Kleber Rangel Silva

Leda Lúcia Couto de Vasconcelos

Maria da Ajuda Luiz dos Santos

Poliana Cardoso Lopes

Ativadores(a)s das Rodas de Conversa

Anderson Macedo Ramos

Danielle Costa Capistrano Chaves

Daniel Emílio da Silva Almeida

Dehonara de Almeida Silveira

Demétrio Junqueira Figueiredo

Humberto Verona

Kátia Santos Dias

Maria da Ajuda

Rodrigo Leite

Rodrigo Martins da Costa Machado

Roseli da Costa Oliveira

Simone Assis

Victor Antonio Pereira



Sumário

Apresentação	5
Encontros preparatórios para o Seminário Estadual de Gestão Participativa	6
Material entregue no credenciamento	9
Mapa Analítico:	14
Propostas, apontamentos, diretrizes e dispositivos construídos no Seminário de Gestão Participativa.....	16
ANEXOS	25
Organograma da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.....	25
Relatos das Caixas de Afecções e “Varal” sobre as perguntas:.....	26
TEXTO ORIENTADOR PARA DISCUSSÃO DA GESTÃO PARTICIPATIVA NA SES MG	46
FOTOS.....	68

Apresentação

A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais realizou nos dias 17 e 18 de dezembro de 2015 o Seminário Estadual de Gestão Participativa.

Esse Seminário é fruto de uma intensa mobilização de um grupo de trabalhadoras e trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde com o desejo de promover processos participativos na gestão das políticas públicas, que contou com a acolhida da proposta pelos representantes do gabinete do Secretário de Estado da Saúde.

Esse relatório reúne os materiais elaborados para a condução do seminário (programação, metodologia e caixa de afecções) e apresenta de forma sistematizada as propostas deliberadas em plenária final.

A realização do seminário, bem como o conteúdo dos documentos descritos nesse relatório, representam um importante e decisivo passo para a construção de relações mais transparentes com a criação de instâncias permanentes de diálogo para incentivar a participação das trabalhadoras e trabalhadores na elaboração, na implementação e no acompanhamento das políticas públicas.

Por fim, gostaríamos de agradecer a presença de todas as 250 trabalhadoras, trabalhadores, gestoras e gestores, que atenderam ao nosso convite para fortalecer o processo de gestão participativa no âmbito do Sistema Estadual de Saúde de Minas Gerais.

BOA LEITURA!

Saudações da Comissão Organizadora do Seminário Estadual de Gestão Participativa

Encontros preparatórios para o Seminário Estadual de Gestão Participativa

Os encontros preparatórios ocorreram com a participação das trabalhadoras e trabalhadores das Subsecretarias de Gestão Regional (SUBGR), de Vigilância e Proteção à Saúde (SUBVPS), de Políticas e Ações de Saúde (SUBPAS), de Inovação e Logística em Saúde (SUBSILS), de Regulação em Saúde (SUBREG), das Assessorias, da Auditoria Setorial, das 28 Unidades Regionais de Saúde (URS), e das Unidades Vinculadas (FHEMIG, HEMOMINAS, FUNED, ESP) do Sistema Estadual de Saúde (organograma em anexo).

O objetivo foi mobilizar as trabalhadoras, os trabalhadores e dirigentes acerca da necessidade de se discutir a Gestão Participativa no âmbito do Sistema Estadual de Saúde, a partir de estratégias de inclusão e participação efetivas na construção do Sistema Único de Saúde – SUS.

Para enriquecer as discussões, foi disponibilizado para as trabalhadoras e trabalhadores um texto orientador elaborado a partir da compilação de diferentes referências bibliográficas sobre o tema “Gestão Participativa”.

A condução dos encontros no Nível Central foi realizada pelas trabalhadoras e trabalhadores da Comissão Organizadora do Seminário Estadual Gestão Participativa, subsecretárias e pelos representantes do gabinete. Estes foram realizados a partir da organização de um cronograma agendado no final do mês de novembro.

Data	Horário	Subsecretaria/Assessorias
24/novembro	14h às 16h	SUBGR/ASPLAN
	16h às 18h	SUBVPS
26/novembro	10h às 11h30min	SUBSILS
	11h30min às 13h	Gabinete Secretaria Adjunta/NAJS/AS
26/novembro Plenária 9º andar	14h às 16h	Chefia de Gabinete, Assessoria Jurídica e Assessoria de Comunicação Social
27/novembro	13h30min às 16h	SUBPAS
	14h30min às 16h30min	SUBREG
30/novembro	13h30min às 16h30min	Superintendência de At. Primária à Saúde

Nas Unidades Regionais de Saúde, os encontros preparatórios foram conduzidos também pelas trabalhadoras e trabalhadores com a participação dos dirigentes e coordenadores na segunda quinzena de novembro.

As Unidades Vinculadas realizaram os seus respectivos processos de escolha de forma autônoma.

Com relação ao número de vagas, no Nível Central foram disponibilizadas 04 vagas para trabalhadores e trabalhadoras e 02 para cargos comissionados, por unidade administrativa da SES. Nas Unidades Regionais de Saúde e Unidades Vinculadas, foram disponibilizadas 02 vagas para trabalhadores e trabalhadoras e 02 para os cargos comissionados.

Com o intuito de esclarecer dúvidas sobre os critérios para eleição dos representantes entre as trabalhadoras e trabalhadores e outras questões relacionadas ao

processo de participação no Seminário, foram realizadas videoconferências entre o Nível Central e as Unidades Regionais de Saúde.

Para subsidiar as discussões e reflexões sobre a Gestão Participativa foram utilizadas duas perguntas:

- O que é Gestão Participativa?
- Como podemos contribuir para a implementação da Gestão Participativa na SES?

Embora tenha predominado a forma de escolha por eleição, em alguns locais houve a indicação consensual de representantes pelas trabalhadoras e trabalhadores.

Nestes encontros, a partir das questões disparadoras, os trabalhadores puderam discutir e propor sugestões sobre temas relevantes para a gestão da SES.

Várias questões foram abordadas, as principais estão relacionadas a seguir:

- Revisão do fluxo de informações e processos de trabalho de todos os setores da SES, com participação das trabalhadoras e trabalhadores para uma maior apropriação destes processos;
- valorização das trabalhadoras e dos trabalhadores, com a realização de capacitações que desenvolvam competências, e ações que proporcionem motivação para o trabalho, bem como diminuição da rotatividade de profissionais nos setores;
- necessidade de revisão do PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários, com vistas à valorização dos trabalhadores e redução dos vínculos precários.

Em todos os encontros foi ressaltada a importância de momentos para discussão entre trabalhadoras e trabalhadores e gestão. A iniciativa de se fazer Gestão Participativa foi elogiada por todos, pois afirmaram que abre um espaço para realização de uma gestão corresponsável, coparticipativa e compartilhada com vistas à melhoria das ações e serviços de saúde oferecidos aos usuários do SUS em Minas Gerais.

Material entregue no credenciamento

Neste tópico do relatório, reproduzimos na íntegra o material entregue no credenciamento aos participantes do Seminário Estadual Gestão Participativa.

MENSAGEM INICIAL

Em janeiro de 2015, um grupo de trabalhadores da SES/MG, munidos de um forte desejo de mudança, em busca de um modelo de gestão mais democrática, encontrou terreno fértil no Programa da área da Saúde da candidatura de Fernando Pimentel.

Estes trabalhadores baseando-se no item “*Relação com os trabalhadores e gestão participativa*”, num primeiro momento, realizaram reuniões presenciais e videoconferências para ampliar a discussão sobre o processo de participação dos trabalhadores na gestão.

Esta iniciativa se deu de forma autônoma entre os trabalhadores, marcando um movimento no sentido de se construir uma gestão mais democrática e participativa no âmbito da SES/MG.

Nesta perspectiva, o movimento disparou o processo, considerado pela gestão, de indicação de nomes sugeridos pelos trabalhadores para ocupação de cargos de direção na SES/MG.

Os trabalhadores permaneceram mobilizados e na medida de suas capacidades continuaram se reunindo e também dialogando com o gabinete da SES/MG.

De uma construção do movimento, nasceu a idéia de realizar um seminário, apoiada pela gestão, onde fosse possível ampliar esse debate e envolver mais trabalhadores e gestores nessa discussão.

Considerando esse breve histórico, a Comissão Organizadora, composta por trabalhadores e membros da gestão, convida a todos para o Seminário de Gestão Participativa, compreendendo-o como um grande espaço para o debate e construção de novos arranjos organizacionais para implementação /aprofundamento de processos participativos na SES/MG.

Sejam bem vindos e bem vindas e bom trabalho!

Comissão Organizadora

Sumário do Documento Entregue

1 PROGRAMAÇÃO	03
2 MANHÃ – PRIMEIRO DIA	04
3 TARDE – PRIMEIRO DIA	04
3.1 PRIMEIRO MOMENTO	05
3.2 SEGUNDO MOMENTO	06
4 MANHÃ – SEGUNDO DIA	06

1 PROGRAMAÇÃO

17 de Dezembro		
Horário	Atividade	Objetivos
08:30	Acolhimento/recepção	Receber os participantes; credenciamento; café da manhã.
09:00	Mesa de abertura Dr. Fausto Pereira dos Santos / Secretário de Estado de Saúde (30') Dra. Alzira de Oliveira Jorge / Secretária de Estado Adjunta de Saúde Dra. Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos / Subsecretária de Gestão Regional Kleber Rangel Silva (10') Beatriz Oliveira Carvalho (10') Demétrio Figueiredo (10')	- Apresentar as políticas de saúde para MG e a importância da Gestão Participativa para o fortalecimento do SUS - Contextualizar o Movimento de Gestão Participativa na SES - Apresentar os objetivos do Seminário.
10:00	Palestrante: Hêider Aurélio Pinto / Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES/MS	Apresentar conceitos, fundamentos e práticas de Gestão Participativa.
11:00	Debate	
12:30	Almoço	

14:00	Atividade em Grupo	-Discutir a implantação da Gestão Participativa na SES em rodas de conversa -Perguntas disparadoras -Ativadores e relatores
17:00	Café.	
18 de Dezembro		
09:00 as 13:00	Plenária	Apreciação das Propostas Encaminhamentos
	Encerramento	Avaliação do Seminário

2 MANHÃ – PRIMEIRO DIA

INFORMAÇÕES BÁSICAS

- **Horário:** 8h30 às 12h30
- **Público alvo:** Trabalhadores e gestores da SES/MG
- **Quantidade aproximada de pessoas no evento:** 200 pessoas
- **Espaço de realização:** Hotel Ouro Minas
- **Método:** *Exposição dialogada*

Na manhã do dia 17, será feito o acolhimento e recepção dos participantes, seguidos da mesa de abertura. Em seguida, contaremos com a presença do palestrante Hêider Aurélio Pinto, Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES/MS que abordará conceitos, fundamentos e práticas de Gestão Participativa. Teremos ainda, na parte da manhã, um espaço para debate.

3 TARDE – PRIMEIRO DIA

INFORMAÇÕES BÁSICAS

- **Horário:** 14h às 17h
- **Público alvo:** Trabalhadores e gestores da SES/MG
- **Quantidade aproximada de pessoas no evento:** 200 pessoas
- **Espaço de realização:** Hotel Ouro Minas
- **Método:** Caixa de afecções e roda de conversa

A atividade de grupos é um dos principais momentos do Seminário, quando de forma coletiva serão discutidas questões, pensamentos, experiências e sensações referentes à Gestão Participativa na SES MG.

Desta dinâmica, serão discutidas propostas, apontamentos, sugestões, que serão apresentadas em plenária para a constituição de um documento, que será utilizado como substrato para a continuidade dos processos de implementação e aprofundamento da Gestão Participativa na Secretaria de Estado de Saúde.

Para que as discussões sejam as mais participativas possíveis, cada sala contará com dois grupos, com menos de vinte pessoas cada um. O seu respectivo grupo está descrito no crachá, disponibilizado no momento de acolhimento.

Cada grupo contará com um ativador indicado pela comissão organizadora e um relator que será escolhido entre os participantes pelo próprio grupo.

Assim, com os grupos preparados, seguiremos pela dinâmica abaixo.

3.1 PRIMEIRO MOMENTO – CAIXA DE AFECÇÕES

Neste primeiro momento, após a apresentação dos participantes, o ativador/a fará a leitura das seguintes perguntas disparadoras:

- *O que você pensa/sente sobre a gestão participativa na SES/MG?*
- *O que é gestão participativa para você?*

Destas questões disparadoras, o coletivo será convidado a compartilhar o que pensa/sente, o que lhes afeta, a respeito da gestão participativa na SES/MG. Tem estimado de dez a quinze minutos para este momento, sendo que seu compartilhamento poderá ser realizado por relatos depositados na caixa de afecções ou posteriormente, de forma oral.

E... O que seria uma caixa de afecções?

Uma afecção é tudo que lhe afeta, influencia, lhe faz sentir, pensar...

E uma caixa de afecções é um recurso, relativamente mais lúdico, que materialmente se constitui como uma caixa, disponível na sala, na qual cada um depositará o que lhes afeta, sentem, experienciam, pensam, sobre a gestão participativa na SES/MG.

Deve-se lembrar que o depósito de relatos na caixa de afecções é livre, não é necessária a assinatura, e aberta a quem quiser participar.

Após este compartilhamento na caixa, e tempo para que o coletivo traga suas afecções à tona, o ativador fará a leitura da caixa de afecções, de modo a compartilhar experiências e sensibilidades e iniciar o processamento/discussão coletiva.

Este primeiro momento dos trabalhos terá cerca de uma hora, no qual o foco principal será o compartilhamento de experiências, perspectivas, afetações com a temática. Deste, seguiremos para o segundo momento.

3.2 SEGUNDO MOMENTO – QUAIS FERRAMENTAS, ARRANJOS, PROPOSTAS E APONTAMENTOS?

Após um primeiro momento, no qual o principal foco é um compartilhamento de experiências, o coletivo seguirá para um esforço com o intuito de constituir/propor, com maior foco na seguinte pergunta disparadora:

- *Você sugeriria quais ferramentas, apontamentos, propostas, arranjos, dispositivos, para a implementação/aprofundamento da gestão participativa na SES/MG?*

Esta construção conjunta deve estar aberta à multiplicidade de propostas, não havendo a obrigatoriedade de que haja uma concordância geral do grupo quanto a uma proposta de arranjo, ferramenta ou dispositivo.

Esta construção coletiva terá um tempo reservado de cerca de duas horas, devendo ser finalizada às cinco horas, no momento do café. Após o trabalho dos grupos, as construções coletivas serão organizadas e aglutinadas para apresentação em plenária no segundo dia.

As produções da caixa de afecções, com as devidas autorizações dos componentes dos grupos, poderão ser utilizadas para dinâmicas futuras, como em um varal, e sessões de recolhimento, discussão, processamento coletivo.

4 MANHÃ – SEGUNDO DIA

INFORMAÇÕES BÁSICAS

- **Horário:** 09h às 13h
- **Público alvo:** Trabalhadores e gestores da SES/MG
- **Quantidade aproximada de pessoas no evento:** 200 pessoas
- **Espaço de realização:** Hotel Ouro Minas
- **Método:** *Plenária*

A parte da manhã, do dia 18 é reservada para a apreciação e discussão das propostas construídas nos grupos, que se dará na forma de plenária. Ao final será realizada uma avaliação do seminário.

Mapa Analítico:

A **Subcomissão de Relatoria** do Seminário Estadual de Gestão Participativa iniciou o trabalho de análise das propostas das *Rodas de Conversa* a partir de uma sistematização, valendo-se de categorias analíticas, que se desdobram em duas grandes dimensões, quais sejam: DIRETRIZES e DISPOSITIVOS.

As diretrizes representam os grandes direcionamentos que fundamentam as ações para a implementação dos processos de gestão participativa nos diversos órgãos e instituições do Sistema Estadual de Saúde em Minas Gerais.

E os dispositivos são compreendidos como as estratégias para concretizar as iniciativas por meio dos quais se efetivarão as diretrizes.

No processo de construção coletiva realizado pela subcomissão de relatoria, as categorias analíticas foram organizadas esquematicamente em um **Mapa Analítico**.

É importante ressaltar que a elaboração do Mapa Analítico se deu no próprio processo vivo de experimentação de uma categorização das propostas surgidas nas Rodas de Conversa. Trata-se de um exercício advindo da necessidade de promover uma organização, considerando a pluralidade de propostas, e melhor apresentação em plenária final.

Como não se trata de um exercício com rigores acadêmicos, assumimos que esta formulação pode apresentar fragilidades conceituais e metodológicas.

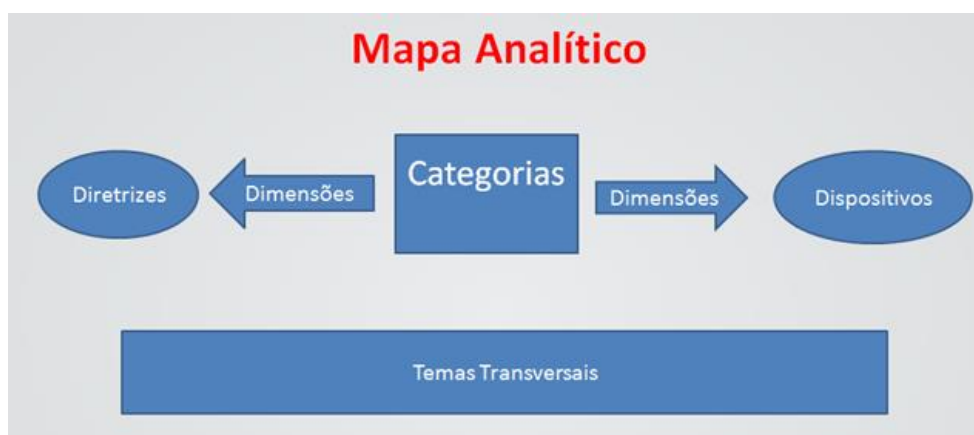


Figura 1: Mapa Analítico elaborado pela Subcomissão de Relatoria para a sistematização das propostas

As categorias utilizadas para uma primeira aproximação de análise foram as seguintes: Gestão Participativa, Coletivos, Comunicação, Formulação de Políticas.

A composição do Mapa Analítico também contempla o que denominamos de “Temas Transversais”. Os temas transversais abarcaram os assuntos que não estavam relacionados diretamente com as categorias, assim como alguns temas que de alguma maneira tangenciavam as pautas relacionadas à força de trabalho, questões trabalhistas, sindicais, e que não eram o objeto principal do debate de nosso seminário. Considerando que esses temas/assuntos apareceram com relativa força nas Rodas de Conversa, a Subcomissão de Relatoria decidiu registrá-los nesse relatório.

Os temas transversais foram organizados a partir das seguintes categorias: Gestão da Força de Trabalho, Educação Permanente, Controle Social, Educação em Saúde, Gestão, Humanização e Intersetorialidade.

Apresentamos, a seguir, as propostas debatidas nas Rodas de Conversa e deliberadas em plenária final, compreendidas à luz do Mapa Analítico apresentado.

Reiteramos, por fim, que essas propostas são, em última instância, pistas para que cada instituição do Sistema Estadual de Saúde possa alavancar processos, criar possibilidades, valorizando inventividades de acordo com os seus contextos locais.

Propostas, apontamentos, diretrizes e dispositivos construídos no Seminário de Gestão Participativa

COLETIVO

Diretrizes

- Os espaços de gestão participativa precisam ser permanentes;
- Os grupos de gestão participativa devem ser constituídos de forma democrática mediante eleição de representantes ou por participação direta, considerando as especificidades setoriais, regionais e dos diversos órgãos;
- Todos os coordenadores devem promover espaços de gestão participativa dentro de seus respectivos setores;
- Promover a rotatividade na representação dos colegiados.

Dispositivos

- Instituir instâncias de participação que incluam todos os trabalhadores como diretriz da SES;
- Reuniões semanais são ferramentas que podem ser utilizadas;
- Promover ciclos de debates temáticos entre equipes;
- Monitorar o funcionamento dos colegiados;
- Construir os colegiados de gestão participativa paritários com participação da gestão e dos trabalhadores;
- Criação de colegiados nas unidades regionais para discussão dos assuntos de interesse de todos no planejamento da saúde nos diversos níveis de gestão;
- Estimular as Rodas de conversa internas nas diversas áreas da SES para avançar na construção da Gestão Participativa;
- Usar ferramentas de comunicação para incentivar a participação de todos na gestão participativa;
- Ofertar cursos de educação continuada e permanente para formação em gestão participativa – servidores capacitados devem ser usados como multiplicadores da gestão participativa;
- Criar grupo de trabalho para reformulação e desenvolvimento das ações de humanização no ambiente de trabalho da SES;
- Criar um colegiado paritário (gestores e trabalhadores) com representação de todo sistema estadual de saúde (nível central, regionais de saúde e unidades vinculadas), com objetivo de, a partir do relatório final do Seminário, normatizar, desenvolver e institucionalizar a política de gestão participativa, garantindo a capilaridade de tal política em todo âmbito do Sistema Estadual de Saúde;
- Criar subcolegiados a fim de assessorar e aproximar a gestão participativa dos trabalhadores da saúde;

- Sugestão de arranjo: constituição de núcleos de gestão participativa nas regionais de saúde. Estes núcleos seriam eleitos entre os trabalhadores e formados com a representação de cada setor. Este seria responsável por realizar reuniões regulares com seus respectivos setores, levantar demandas, e direcioná-las as suas respectivas superintendências;
- Sugestão de arranjo: participação dos núcleos de gestão participativa nas reuniões de gestão de coordenadores/diretores de suas respectivas instituições;
- Garantir uma agenda protegida para discussões e organização de ideias;
- Criar Fóruns de discussões temáticas entre a SES e Regionais.
- Implantar um grupo de trabalho para apoio a implementação da gestão participativa dentro do Nível Central, ligado diretamente ao Gabinete, com o objetivo de fomentar ações neste sentido em regionais, fundações e outros níveis.
- Constituição, pela gestão, de meios para acompanhar/fomentar arranjos de gestão participativa (como colegiados) nas regionais, autarquias estaduais, entre outros;
- Manter reuniões periódicas de bate papo, entre servidores e Secretários e Dirigentes Máximos de regionais e fundações;
- Instituição de colegiados nas regionais de saúde, autarquias estaduais, entre outros serviços estaduais, para a discussão de processos de trabalho, gestão e planejamento local;
- Desenvolver mecanismos de comunicação, abrir espaços para manifestação, e pesquisar instrumentos para que os funcionários possam se expressar, como por exemplo, no formato de colegiados.
- Criar grupo maior na URS para discutir a Gestão Participativa e, como sugestão, um de cada setor.
- Abrir espaços de discussão e diálogos nos locais de trabalho.
- Criar mais espaços no nível micro, sem a lógica representativa, e buscar assim trabalhar em nível de micropolítica dentro dos objetivos do SUS.
- Criação de Comissão Colegiada Permanente e Paritária que, a partir da definição da metodologia de trabalho, resgate as experiências acumuladas e possa elaborar, acompanhar e avaliar os resultados obtidos, mobilizar os gestores e trabalhadores na efetivação da política da Gestão Participativa, e que, no tempo estabelecido, possa efetivar também o marco regulatório de tal política e que promova a transformação desta política de governo em política de estado. Os membros dessa comissão deverão estabelecer mecanismos de diálogo permanente com os seus pares, legitimando a representação assumida perante seus representados.
- Que a Comissão Colegiada e Paritária proposta neste documento seja formada no Plenário deste Seminário, sendo que qualquer modificação e possíveis alternâncias de seus membros sejam amplamente discutidas e decididas entre os componentes da Comissão, e que seja de amplo conhecimento.

COMUNICAÇÃO

Diretrizes

- Promover maior democratização de propostas, repassando-as a todos os profissionais, e escutando e valorizando suas ideias.
- Estabelecer e publicizar as funções e tarefas de todos, de modo que todos os servidores possam contribuir de maneira mais integrada e coletiva.
- Melhorar, ampliar e capilarizar a divulgação dos canais institucionais da SES/MG.

Dispositivos

- Estimular gestores e trabalhadores a utilizarem ferramentas como: intranet, site da SES/MG, blog, email marketing e perfis nas redes sociais como forma de democratizar a informação tanto entre os servidores quanto entre a população;
- Criar Fórum online de discussão com divulgação de informações dos diversos setores como, por exemplo, o que será discutido na CIR para que todos tenham conhecimento e possam contribuir;
- Utilização de videoconferências como ferramenta para discussão de propostas;
- Usar o grupo de teatro da SES para disseminar a cultura da gestão participativa;
- Criar pílulas na intranet (pesquisa de satisfação, com perguntas simples), colocar mensagens na proteção de tela para divulgar conceitos sobre gestão participativa;
- Criar um fórum de discussão na intranet.

FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Diretrizes

- Horizontalidade na construção dos programas e dos projetos e ações de saúde em todos os níveis de gestão;
- Ampliar a participação dos diversos atores e instâncias administrativas em processos de formulação de políticas públicas;
- Desenvolvimento de metodologias de formulação de políticas coerentes com a gestão participativa considerando as especificidades regionais;
- Proporcionamento e garantia da análise crítica de todos os atores das políticas de assistência e gestão da saúde.

Dispositivos

- Espaços de discussão sobre as políticas em desenvolvimento.

GESTÃO PARTICIPATIVA

Diretrizes

- Diversificar estratégias de gestão participativa;
- Necessidade de definir as diretrizes estaduais para alinhar o processo de implantação da gestão participativa na SES;
- Transformar a Gestão Participativa em política de estado;
- Tornar os trabalhadores protagonistas no fortalecimento do controle social e da gestão participativa;
- Desenvolver ferramentas para a gestão participativa de acordo com as realidades locais;
- A gestão participativa deve ser institucionalizada na SES como um todo;
- Utilizar a escuta de modo a promover uma gestão mais igualitária, fazendo com que haja integração e participação de todos;
- Valorizar o processo de pertencimento dos trabalhadores, incentivando ambientes saudáveis e relações humanas e solidárias;
- Promover espaços nos quais os servidores possam expor suas ideias e opiniões, de modo que estas alcancem suas respectivas diretorias;
- Fomentar arranjos de gestão participativa nos quais haja uma preocupação com um melhor ambiente de trabalho, onde todos possam opinar, participar de decisões, programar metas, ou seja, não serem apenas “fazentes”, mas sim pensantes e “fazentes”;
- Realizar tomadas de decisão legitimadas através da participação de todos os envolvidos;
- Combate à alienação e desinformação do trabalhador;
- Instituir uma Política de Gestão Participativa com, no mínimo, dois grandes eixos: Democratização da Gestão e das Relações de Trabalho; Reformulação e Democratização dos Processos de Trabalho.

Dispositivos

- Implementação de mecanismos de monitoramento e avaliação, com *feedback* para os atores envolvidos;
- Proposta de que os representantes que participaram do seminário deem prosseguimento ao processo de implantação da Gestão Participativa nos locais de trabalho como multiplicadores e num seminário posterior aconteça avaliação do trabalho desenvolvido;
- Construir uma agenda de trabalho de formulação e implantação da Gestão Participativa;
- Construção de documento norteador para que cada Regional implante a Gestão Participativa de forma a atender as realidades locais;

- Realizar ação educativa com os servidores sobre os conceitos de Gestão Participativa;
- Alinhamento conceitual da gestão participativa para todos os órgãos e setores;
- A SES deve fazer questionários para avaliar o conhecimento dos servidores sobre Gestão Participativa;
- Estimular a participação dos diversos segmentos em seminários, reuniões e outras formas para disseminar a cultura da Gestão Participativa;
- Promover o curso de Gestão Participativa realizado em Juiz de fora em parceria com o MS para as demais instâncias do sistema estadual de saúde;
- Realizar estudo técnico para levantamento das necessidades dos profissionais e dos trabalhos por eles efetuados para aperfeiçoamento dos processos de trabalho;
- Promover a oferta de cursos de capacitação em Gestão Participativa para gestores, trabalhadores e atores do controle social;
- Realizar Seminários de Gestão Participativa em ambiente externo com os funcionários das Regionais, Fundações e Diversos Setores do Nível Central.
- Apresentar experiências exitosas da Gestão Participativa;
- Implementar premiação para projetos viáveis;
- Envolver os trabalhadores nos redesenhos de processos de trabalho para evitar duplicidade de ações (“retrabalho”).

TEMAS TRANSVERSAIS

CONTROLE SOCIAL

- Estimular de fato a participação dos trabalhadores no controle social;
- Simplificarmos os termos técnicos para facilitar o controle social e aproximação dos trabalhadores da saúde do controle social.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

- Garantir momentos de discussão sobre a Política de Educação Permanente e sua implantação e utilização desse referencial como ferramenta no cotidiano do trabalho;
- Utilizar a Escola de Saúde Pública e Fundação João Pinheiro, dentre outras entidades, como meio de promoção da qualificação dos trabalhadores da saúde;
- Realizar capacitações de forma constante, de modo a promover um melhor funcionamento de todas as áreas;
- Reestruturar a educação permanente nas UR;
- Política de Gestão Participativa com interface direta com a Política de Educação Permanente, sendo ambas amplamente negociadas com os trabalhadores;
- Desenvolver a educação permanente como um dos métodos Gestão Participativa para favorecer a apropriação do trabalhador do seu papel dentro deste processo;

- Fomentar espaços mais democráticos e abertos a discussões sobre os processos de trabalho, tanto no nível central, quanto em regionais e vinculadas;
- Solicitar apoio da EP e comunicação social para treinamento e desenvolvimento de pessoas;

GESTÃO

- Melhorar a interação entre o nível central e as URS;
- Maior investimento por parte da SES/MG na estrutura e condições de trabalho de regionais, autarquias, entre outros, de modo que não haja falta de insumos, maior investimento em capacitações e estruturação de espaços de trabalho.

HUMANIZAÇÃO

- Realizar trabalhos de humanização e capacitação dentro das Regionais e também unidades de Saúde, bem como com a população.
- Implementar diretrizes de humanização no âmbito da SES a fim de possibilitar a valorização, capacitação, otimização e melhor aproveitamento das habilidades dos trabalhadores da saúde;

INTERSETORIALIDADE

- Elaborar projetos e programas intersetoriais.

GESTÃO DA FORÇA DE TRABALHO

- Estabelecer uma política de valorização do trabalho e do trabalhador - plano de cargo e carreira mais justo, e considerar situação dos terceirizados;
- Espaço que contemple a discussão de revisão do Plano de Cargos, Carreira e Salário;
- Implementação e reformulação do Plano de Cargos, Carreira e Salário;
- Participação de regionais e autarquias estaduais (como FUNED, HEMOMINAS, entre outras) na discussão do Plano de Cargos, Carreira e Salário;
- Maior valorização dos trabalhadores;
- Valorização salarial;
- A valorização de cada servidor, não somente salarial, deve ser considerada como um importante aspecto para maior qualidade dos serviços prestados;
- Um tratamento mais igualitário por parte das chefias e próprios trabalhadores para com os seus pares, independente de vínculo e forma de contratação;
- Promover maior igualdade entre servidores, tanto efetivos quanto terceirizados ou qualquer outro cargo, de modo que estes permaneçam motivados;

- Incluir na política de gestão participativa a discussão de plano de carreira e questões de tratamentos diferenciados entre servidores públicos e trabalhadores da MGS;
- Ferramentas de combate ao assédio moral e sofrimento no trabalho;
- Alinhamento da gestão com o intuito de solucionar a relação conflituosa entre MGS e Estado (diferença salarial, vínculo e carga horária);
- Posse imediata dos novos servidores para suprir a necessidade de profissionais (déficit já instalado e profissionais que estão em processo de aposentadoria) no Sistema de Saúde Estadual;
- Sensibilizar os gestores sobre a importância da implementação e desenvolvimento das ações permanentes que atendam as necessidades dos trabalhadores da saúde, condizente com uma nova política de gestão de pessoas;
- Incentivar a formação acadêmica e especialização dos trabalhadores da saúde para desenvolvimento mais qualificado das ações e programas da SES, através de: flexibilização de horários, revisão do plano de carreira, modificando o processo de validação dos títulos acima mencionados, tornando-o especial e mais célere;
- Criar uma política de formação e revelação de novos líderes a partir da tutoria e troca de conhecimentos entre gestores de referência no âmbito do setor público e privado e trabalhadores da saúde potencialmente identificados (a partir de processo seletivo institucional) como novos gestores;
- Estabelecer política de rodízio na ocupação dos cargos em comissão, baseada em critérios de habilidades técnicas e experiências profissionais;
- Maior valorização dos trabalhadores quanto ao seu processo de formação, como, por exemplo, no reconhecimento da finalização de cursos de especialização, mestrado e doutorado;
- Implantar a Política de Saúde para o Trabalhador da SES;
- Sugere-se que Política de Gestão Participativa seja desenvolvida e implementada concomitantemente a uma nova Política de Educação Permanente e de uma nova Política de Gestão da Força de Trabalho;
- Que exista uma ação coordenada por parte do governo para investigar e corrigir distorções relacionadas a práticas de assédio moral exercidas pelo governo anterior e ainda vigentes no governo atual;
- Realização de discussões nos setores (RH itinerante) através do qual o RH circula os setores da SES formando rodas de discussão para escutar e identificar problemas, potencialidades, etc;
- Busca de interação entre prática e saber;
- Gestores e conselheiros se inteirarem mais sobre os assuntos discutidos e buscarem processos de capacitação;
- Implantar uma gestão de conhecimentos, através da interação e transferência de experiências entre trabalhadores da saúde novos e seniores;
- Desenvolvimento de estratégia de levantamento de demandas dos setores e/ou trabalhadores;

- Construção de um espaço de ouvidoria interna para servir como estratégia de fortalecimento da gestão participativa e integrada;
- Propõe-se que a Gestão participativa deva permear câmara técnica dos espaços de governanças para discutir demandas importantes;
- Oferta de capacitações de forma mais igualitária, de modo que alguns segmentos e setores não tenham muito mais ofertas do que outros que tem pouco acesso a alternativas de formação.

Após a plenária final, e atendendo a uma das deliberações, foi eleito o Grupo Condutor Paritário Estadual, com a composição de trabalhadores e gestores, cuja lista nominal segue abaixo:

TRABALHADORES

Nível Central SES:

- 1) Dehonara de Almeida Silveira (titular) - Diovana Paiva Faustino (suplente)
- 2) Beatriz Oliveira Carvalho (titular) - Ana Carolina Araújo Leite (suplente)
- 3) Núbia Dias (titular) – Angélica Alves (suplente)

MGS:

- 4) Ângela Almeida (titular) - Sérgio Baptista (suplente)

UNIDADES REGIONAIS DE SAÚDE

- 5) Demétrio Junqueira Figueiredo \ Varginha (titular) - Kátia \ Alfenas (suplente)
- 6) Roberto Wagner \ Barbacena (titular) - Maria Izabel \ Sete Lagoas (suplente)
- 7) Maria Ângela (titular) - Edinel Conceição de Ávila \ Uberaba (suplente)
- 8) Filipe Figueiredo Martins Costa \ Teófilo Otoni (titular) – Irene José dos Anjos \ Pirapora (suplente)
- 9) Cláudia Cristina Bastos \ Juiz de Fora (titular) - Marcos Alexandre F. Moreira \ Manhumirim (suplente)

UNIDADES VINCULADAS:

FHEMIG:

- 10) Letícia Trignelli (titular) – Fabiana (suplente)

HEMOMINAS:

- 11) Stela Brener (titular) - Josélia da Silva (suplente)

FUNED:

12) Paulo Carvalho (titular) \ Suplente: Viviane Neves (suplente)

ESP MG: não houve indicação, pois não havia representante dos trabalhadores presente no momento da eleição.

GESTÃO:

Nível Central SES:

Titulares

1) Leda Lúcia Couto Vasconcelos

2) Kleber Rangel Silva

UNIDADES REGIONAIS DE SAÚDE SES:

3) José Raimundo - São João Del Rei (Titular) \ Jean Carlos dos Santo Barrado - Sete Lagoas (suplente)

4) Ivan José da Silva- Uberaba (Titular) \ Marcia Elizabeth Alves Ottoni - Teófilo Otoni (suplente)

5) Oleg Abramov Junior: Juiz de Fora (Titular) \ Derli Batista Da Silva: Governador Valadares (suplente)

6) José Roberto Pimenta Mourão: Diamantina (Titular) \ Francisco de Oliveira Carvalho: Pedra Azul (suplente)

UNIDADES VINCULADAS:

7) HEMOMINAS: Kelly Nogueira Guerra

8) ESP MG: Rodrigo Martins

9) FUNED: Rodrigo Leite

10) FHEMIG: Andréa Torres (não estava presente)

Organograma da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais



Figura 2: Organograma da SES MG, segundo decreto nº 46.618 de 2014.

Relatos das Caixas de Afeções e “Varal” sobre as perguntas:

Informamos que o exercício de transcrição das Caixas de Afeções demandou pequenos ajustes de redação para adequação à norma culta, porém sem comprometer o conteúdo.

- O que é Gestão Participativa?
- O que você pensa ou sente sobre Gestão Participativa?

“Interação entre operacionalização de sistemas orgânicos. Movimento dinâmico que integra práticas e saberes”.

“Gestão Participativa pra mim é colocar nossas contribuições em prol do bem comum que é o usuário do SUS e também ser corresponsável dos nossos atos onde temos que olhar o coletivo e não restrito ou individual. Será um trabalho penoso para sabermos saber ouvir e colocar em pauta de forma funcional”.

“O que eu penso/sinto sobre a Gestão Participativa na SES, é que pela primeira vez nós trabalhadores temos voz perante a Gestão. Também penso que podemos colocar as nossas aflições e contribuições passíveis de política de acordo com a nossa real situação. Pela primeira vez sinto-me valorizado como ser humano e agente público que sou.”

“O que você pensa/sente sobre a Gestão Participativa na SES? Sentimento positivo. Passamos por um período em que pensar em participação era algo remoto, pois era um processo engessado e perverso, pois a SES em nenhum momento visava participação, era apenas controle e números. A minha expectativa é que esse novo processo se fortaleça, que seja através da participação de todos para ampliar-se e criar novos métodos e planejamento tornando funcionários melhores e atendendo ao máximo ou no que couber o usuário desse sistema.”

“O que é Gestão Participativa? Entendo como a ampla abertura e participação dos atores envolvidos no processo de gestão, colaborando para a melhora da gestão dos processos de trabalho. Sobre a Gestão Participativa na SES acho que ainda é muito iminente de forma muito tímida. Existem alguns espaços de discussão, mas ainda de forma incipiente.”

“O que é Gestão Participativa para você? Pra mim é dar voz àquele que não tinha voz, é flexibilizar. É a participação democrática visando o desenvolvimento e propor melhorias para os usuários, bem como aos funcionários da SES. É Integralizar”.

“Gestão Participativa é a inclusão do cidadão/ sociedade civil/ trabalhador no desenvolvimento das políticas públicas. É um grande desafio para o gestor”.

“SRS Itabira. Agradeço pelo evento como primeiro grande abraço de ideias.”

“O que você sente: sinto-me esperança. Em primeiro lugar pelo fato de ter sido um movimento iniciado entre os trabalhadores e legitimado pelo governo. Em segundo lugar porque, a meu ver, representa uma busca real de diálogo e construção coletiva. Entretanto, o movimento parece ainda engatinhar na busca de estratégias de mobilização, por parte dos trabalhadores. Da parte do governo, parece também não ter muita clareza nem firmeza quanto às reais possibilidades de implementação”.

“O que é Gestão Participativa: Entendo como um modelo de gestão onde as principais políticas e diretrizes sejam elaboradas coletivamente, envolvendo todos os atores no sistema. Na Gestão Participativa a execução dessas políticas e diretrizes são inicialmente acompanhadas pelo coletivo, bem como seus resultados e reorientação de rumos. Demanda expertise e conhecimento dinâmico e compartilhado de práxis: ação – reflexão – ação.”

“Penso que a Gestão Participativa é algo inovador, muito bacana, que se acontecer de fato irá trazer um ganho para todos. É a possibilidade de se construir uma forma de trabalho com um pensamento do coletivo o que contribui muito para melhoria da qualidade. Gestão Participativa: uma gestão onde se possa ouvir e discutir como todos (ou quase todos) envolvidos no processo para chegar a uma gestão construída por todos. Duas, três ou quatro ou mais cabeças pensam melhor que uma.”

“A Gestão Participativa na SES dá sinal de avanço na atual gestão, especialmente, neste momento com este Seminário Estadual. Precisa ser bastante aperfeiçoada. Será uma marca de nosso governo. Gestão Participativa é uma forma democrática de o governo, ouvindo mais e socializando os espaços de elaboração de políticas e também as decisões.”

“Gestão Participativa pra mim é uma grande oportunidade que estamos tendo para mudar processos falidos e construir uma nova realidade.”

“Desenvolver trabalhos mais objetivos com melhor fluxo objetivando resultados.”

“Entendimento de ideias, discussões em grupo para realizar os trabalhos novos que surgem, apresentação dos problemas, porém apresentando soluções.”

“Gestão Participativa é a participação na tomada de decisões com consequente valorização e motivação dos trabalhadores. Desafio: Construção coletiva e divisão de responsabilidades.”

“É o processo de gerenciamento em que há a consonância ou consenso de interesses de colaboradores e chefia ambos voltados para o cumprimento da missão institucional do setor.”

“Momento de discutir os processos para propor resoluções, discutir se os processos estão adequados ou não, objetivo de melhoria. Diálogo/comunicação / participação das equipes.”

“Gestores precisam estar dispostos a compartilhar o poder para que possamos junto participar da gestão”.

“Gestão coletiva. Discussões horizontais na construção do processo de trabalho.”

“Gestão: sentido de administração, onde todos os sujeitos envolvidos são envolvidos no modelo de gestão.”

“Aproximação entre gestores. Valorização profissional. Mobilização social.”

“Participação deve ser associado à representação. Um processo de afunilamento nas decisões de princípios, é um espaço mais amplo. Se possível, é desejável que todos participem, na outra extremidade, no processo de execução. É necessário que haja um fluxo mais restrito, se possível, eleito pelo grupo para integralizar as práticas os princípios desenhados.”

“Gestão Participativa é a participação do cidadão (sociedade), Município. Estado em políticas públicas para beneficiar um todo. A Gestão Participativa na SES, o que penso? Acredito que é necessário mais informação, nem todo servidor sabe da importância desta gestão e de como ela impacta na sociedade.”

“#não vai ter golpe!”

“A Gestão Participativa é uma ponte de ideias, que norteia a esperança em busca de mudanças, se todos entenderem o seu protagonismo, teremos assim um novo cenário

na saúde do Estado de Minas Gerais. Creio que nós, protagonistas, sujeitos modificadores, devemos encarar a mudança e que assim possamos com ações conjuntas enaltecer nossa função como sujeitos, no âmbito da saúde.”

“O que você pensa/sente sobre a Gestão Participativa na SES? Acho que é um movimento ainda muito incipiente e que precisa de diretrizes para desenvolver tanto no Nível Central, quanto nas Unidades Regionais. O que é Gestão Participativa? É um processo que dever ser construído junto com os trabalhadores para fortalecer o SUS.”

“Gestão Participativa na SES é algo novo, que está sendo desenvolvido, mas, é algo desafiador, pois será necessária a mudança da cultura organizacional da Instituição. Gestão Participativa é oferecer a oportunidade dos colaboradores de participarem das tomadas de decisões da organização, isso motiva e valoriza o profissional, pois o mesmo se sentirá importante na atividade que exerce. Os benefícios destas ações para a organização são grandes, melhora o desempenho e aumenta o grau de eficiência da instituição.”

“O que é Gestão Participativa para você? É poder compartilhar e com o colegiado e construir uma gestão mais humana e participativa.”

“O que você pensa/sente sobre a Gestão Participativa na SES? Que deve sair do discurso para se tornar prática cotidiana. Que as políticas de saúde sejam construídas com todos os que atuam nela para que não sejamos apenas cumpridores de tarefa. O que é Gestão Participativa para você? É poder efetivamente fazer parte da política de saúde, acompanhando desde a sua construção até sua efetivação.”

“Forma democrática de tomada de decisões. Cria a oportunidade de ouvir os trabalhadores em geral, o que gera maior empenho por parte de todos. Penso que a SES está no caminho certo, dando um grande passo no sentido do que o governo de Minas se propôs: Ouvir para governar.”

“É a construção do planejamento, a ação, atuação no caso na área da saúde, seja no campo assistencial como técnico. Envolvendo em seu planejamento numa equipe multidisciplinar, onde vários profissionais da SES constrói essa atuação. Assim é possível ter uma maior familiaridade com os envolvidos.”

“Como implementar?”

“No meu ponto de vista há um discurso que ainda não se materializou na prática, sobretudo nas novas chefias que vieram para SES Nível Central. Apesar de instituídas as reuniões de colegiado elas não são abertas a críticas construtivas. Dúvidas e construção coletiva. Sinto a sensação de que há dois lados: nós e eles.”

“Modelo de gestão mais democrática.”

“Valorização dos trabalhadores da saúde no estado nos processos de tomada de decisão, maneira de legitimar as decisões da SES. Oportunidade para que os trabalhadores da SES participem efetivamente da gestão, desenvolvam a autonomia no processo de trabalho e construam coletivamente soluções para melhorar o sistema público de saúde em Minas Gerais.”

“Penso que é um novo começo, uma nova direção, um novo caminho. Gestão é trabalho em equipe é dividir reponsabilidades, dividir conhecimentos. É compromisso é fazer juntos”.

“Sinto-me muito honrada por fazer parte dessa equipe, que poderá estar fazendo a grande diferença neste governo e que, poderá com certeza, levar benefícios às pessoas que precisam e merecem ser tratadas com respeito, dignidade e acreditar que é possível ser feliz.”

“Gestão Participativa na SES seria a escolha coerente com o alto grau de imaterialidade/subjetividade de trabalho em saúde. Gestão de pessoa e, principalmente, com as pessoas. É juntar o pensar e o fazer. É derrubar os muros imaginários (ou físicos) que fragmentam o trabalho. É se abrir para o outro e abrir mão do controle. É permitir que as pessoas se enxerguem no próprio trabalho. É o pensar e o fazer coletivo”.

Precisamos definir alguns dispositivos para que a Gestão Participativa ocorra nas instituições. Acredito que os colegiados dão formato para os diversos níveis de participação na gestão e garantam a frequência e a continuidade de encontros e rodas de conversa. À medida que as reuniões vão ocorrendo, os colegiados se tornam mais propositivos, deliberativos e passam a avaliar os avanços e resultados, A Gestão passa a ser compartilhada. O risco do projeto dar errado é bem menor, pois é pensado e realizado por muitos.”

“É o protagonismo de cada trabalhador em relação à tomada de decisão em todos os níveis de Gestão do Sistema Estadual de Saúde. Empoderamento através da democracia representativa e participativa dos trabalhadores e gestores do Sistema Estadual de Saúde.”

“Muito importante, pode/deve ser construída na SES. Forma de que os trabalhadores possam contribuir com a gestão e com o SUS, co-construindo conhecimentos.”

“O que você sente sobre a Gestão Participativa na SES? Eu acredito que chegou o momento renovador e único para transformar e fazer acontecer toda a forma de negociação das políticas públicas.”

“O que você pensa/sente sobre a Gestão Participativa na SES? Eu sinto que na minha regional, por exemplo, a Gestão Participativa não foi e não está acontecendo. Atualmente os coordenadores e dirigentes não foram da indicação que os servidores fizeram e sim apenas nomeações políticas, os que exercem funções importantes e nem sempre tem conhecimento para o cargo que ocupam. Sinto a questão política mais forte que o conhecimento técnico”.

“O que é Gestão Participativa para você? Gestão Participativa é o espaço onde nós servidores atuamos com importantes elementos na construção da democracia, do nosso local de trabalho, onde nossos interesses e opiniões deveriam ser considerados e levados a sério na construção de uma administração pública na saúde onde a voz do servidor tem importância para a tomada de decisões”.

“O que é Gestão Participativa para você? Pra mim Gestão Participativa é fazer do cotidiano de trabalho um espaço para construção das políticas e diretrizes. É permitir que o servidor construa e se construa na política pública. É o cotidiano o construir junto e não uma reunião pontual. O desejo da escuta e construção coletiva tem que vir antes da forma.”

“Gestão Participativa é a possibilidade dos trabalhadores de participar da elaboração e execução das políticas e processos de trabalho dentro de uma instituição. Processo este que ainda não é consolidado na SES.”

“Uma boa oportunidade dos trabalhadores poderem participar efetivamente das decisões que vem de cima para baixo e que muitas vezes são decisões que não colaboram com um bom resultado, ou às vezes o resultado é ruim. Acredito também que é um meio de quebrar paradigmas enraizados de chefias que acham que elas que detêm o poder. É um método e uma ferramenta que deve ser planejado e elaborado

estrategicamente a fim de que os trabalhadores possam ter uma maior participação nos desenvolvimentos dos processos a serem desenhados, das decisões tomadas e ainda colaborar mais ativamente com a gestão.”

“Pra mim Gestão Participativa, resumidamente, é uma instância na qual o processo de gestão é construído coletivamente entre trabalhadores em função de chefia e trabalhadores em função mais técnica. Meu sentimento em relação a este processo na SES é de expectativa positiva, porém acredito que será um cenário que necessitará de muito amadurecimento de todos envolvidos. Atualmente presenciei muito pouco, quase nada, de Gestão Participativa na SES.”

“No meu modo de entender e que eu sinto sobre a Gestão Participativa são os direitos dos usuários chegarem na SES e resolver seus problemas e ser atendidos com presteza e lealdade. Gestão Participativa é que vai ajudar nos processos de trabalho dando direito e igualdade a todos os servidores de expressar suas ideias dentro de cada núcleo de trabalho.”

“Gestão Participativa: participar das decisões que influenciarão nas ações. Aproximar o espaço de formulação e o sujeito de implantação. A Gestão Participativa na SES dever acontecer de modo a trazer melhora dos resultados.”

“Momento muito importante em que a administração está proporcionando um espaço para que todos tenham uma participação direta na elaboração das políticas a serem estruturadas. É a participação de todos colaborando e elaborando metas que proporcione uma forma de trabalho mais produtivo e efetivo. Que melhore o atendimento à população e as condições de trabalho.”

“A Gestão Participativa na SES compreende trabalhadores elaborando, implantando e realizando monitoramento com feedback dos resultados das políticas de saúde do SUS. A mudança de comportamento é a grande dificuldade da implementação.”

“Sinto: que é altamente necessária a Gestão Participativa para uma estruturação e valorização na SES”.

“Penso: Será que realmente vai dar continuidade? Acabará a hierarquia do autoritarismo para uma hierarquia de competências de ajuda técnica. Gestão Participativa é a transformação das pessoas de modo que os mesmos participem

efetivamente das decisões como agentes modificadores e formadores de opiniões. Onde todos possam opinar, participar das decisões, programar metas. Enfim, contribuir para com as organizações.”

“O que me afeta e afeta a maioria dos meus colegas: DISCRIMINAÇÃO. Sou da MGS faço o mesmo serviço de técnico e não sou reconhecida como tal. Espero uma Gestão Participativa, em que todos que trabalham na SES, tenham os mesmos direitos e deveres.”

“Penso que a Gestão Participativa é uma necessidade para que melhore o dia a dia de todos. Para mim, Gestão Participativa é uma inovação abrindo espaços para que os servidores trabalhem com mais vontade, mais incentivo, mais produção e mais humanização.”

“A Gestão Participativa ainda precisa ocorrer de forma mais integrada, temos mudanças de condutas, mas precisamos de maior inserção de todos ou grupo maior de funcionários. Gestão Participativa é o envolvimento e participação nos processos decisórios e de políticas de construção de pessoas e de todos os setores envolvidos na ação em discussão.”

“Na SES, atualmente, a Gestão Participativa é bastante deficiente. Não percebo unidade no trabalho, é como se cada área atuasse de forma independente e as metas e resultados não fossem compartilhados. Gestão Participativa é promover o profissionalismo da própria gestão. Os gestores precisam se tecnicamente habilitados para liderar uma gestão que saiba usar os recursos humanos da melhor maneira.”

“Uma possibilidade de inclusão dos trabalhadores na construção da política estadual de saúde. Implicar os trabalhadores nesta construção e quebrar a alienação e distanciamento hoje existente. É a possibilidade de escuta, elaboração, crítica e construção conjunta da direção de determinada política na instituição.”

“Sinto que a Gestão Participativa na SES ainda está incipiente. Os servidores se sentem receosos de manifestar opinião. Os setores não conversam entre si e resistem a assumir responsabilidades inerentes à gestão, como: gerir pessoas; tratar diretamente conflitos entre servidores e chefia; orientar, acompanhar, supervisionar e manter/estabelecer controles e avaliar riscos sobre seus processos de trabalho e pessoas, para cumprimento de sua missão institucional.”

“A Gestão Participativa é um processo inicial na SES. Acredito que este movimento é de fundamental importância para permitir a participação dos trabalhadores na gestão. É uma ferramenta fundamental que precisa ser capitalizada.”

“Penso ser uma iniciativa esperançosa que precisa estar madura para funcionar. Sinto receio de ser um processo que ficará na gaveta, sem aplicações práticas.”

“A Gestão Participativa é uma definição política que utiliza ferramentas de participação dos trabalhadores nos processos de decisões e na operação do sistema, buscando compromisso de todos com as entregas.”

“Gestão Participativa para mim é um processo democrático de participação de todos segmentos de uma instituição, onde todos atores envolvidos disponibilizam suas contribuições nos espaços, ambientes e locais onde se encontram com o objetivo constante de crescimento. Participativo, interativo, integrando, respeitando e principalmente oferecendo o melhor de cada um para consolidar um coletivo com a intenção de buscar sempre a excelência.”

“Divisão de conhecimento, cooperação, integração, aplicação do poder e divisão de práticas.”

“Penso ser um mecanismo que irá otimizar daqui para frente as relações de trabalho. Fará o servidor se sentir valorizado e parte do processo da Secretaria. Entendo como um avanço da SES. Momento para quebra de paradigma. Gestão Participativa é um instrumento fundamental na qual eu coopero diretamente na construção da decisão como parte de um processo visando o melhor desempenho e desenvolvimento da SES.”

“É uma inovação e como tal gera ansiedade de forma positiva, pois vislumbra uma melhoria muito grande nos processos de trabalho, tornando possível a participação em toda a política de saúde e não só na execução. É o fato de discutir com os envolvidos, tanto na execução, mas principalmente na formulação e implementação destas políticas. Enfim, casar a teoria com a prática. Busca de consenso.”

“Como o próprio nome diz Gestão Participativa é dar oportunidade a todos de se expressar, falar, opinar, sobre um determinado assunto, acredito que quando você participa, você se envolve, de forma positiva para que as coisas aconteçam. Ainda vejo a Gestão Participativa na SES como proposta apenas.”

“Penso que pode ser uma oportunidade de melhora onde os servidores poderão se apropriar de seus pares no sentido de servir e com o objetivo de fazer entregas com qualidade. Sinto que podemos estar no início de um processo de ruptura e de transformações. Momento de dialogar, pensar e construir com respeito e objetivo.”

“Muito esforço e vontade, mas difícil institucionalizar: máquina burocrática pesada.”

“Construção coletiva; Rede de ideias e trabalho compartilhado; Teia, onde todos têm importância e papel.”

“Como tudo que é novidade assusta a ideia de expor as dificuldades e até mesmo soltar a voz para apresentar soluções. Mas a oportunidade de uma Gestão Participativa tem que ser extremamente aproveitada por todos para um SUS mais humanizado e eficiente para usuários e servidores.”

“Dar voz aos servidores e usuários é a maneira mais eficiente em reconhecer dificuldades e reconhecer soluções vindas da linha de frente de cada setor e situação. Estamos no caminho certo.”

“Aumento e divisão de responsabilidades, espaço destinado à discussão e apontamento de solução para os problemas existentes na Gestão Pública, potencialização na elaboração de novas políticas públicas e busca de realidade quanto aos acontecimentos do dia a dia na gestão.”

“Gestão Participativa: maneira de envolver todos no espaço de trabalho.”

“Valorização do servidor. Não vi nenhuma evolução. Onde todos participam.”

“Acredito em Gestão Participativa como uma construção de linha de trabalho onde os pilares perpassam pelo respeito, escuta, responsabilidade e discussões/críticas positivas. Necessário, se faz confiar, acreditar, disponibilizar, desejar.”

“Será um processo rico se for bem articulado com todos. Gera expectativa na sua condução. Sentimos necessidade de terno do processo inicial a todos os servidores do estado.”

“Gestão Participativa: dar ouvido a todos e extrair o que pode atender a maioria. Sabedoria para filtrar e colocar em prática aquilo que minimiza a sensação de falta de amor, de entendimento, de acolhimento.”

“Acredito que a Gestão Participativa seja um aprimoramento do trabalho na saúde no estado de Minas Gerais com o cotidiano prático do diálogo, da tolerância, da solidariedade, irradiando e se misturando em toda comunidade.”

“Política de humanização, desalienação do trabalhador, saber resultado e impactos do próprio trabalho, definições de funções e papéis, valorização, protagonismo do servidor. Participação e espaço para as regionais na elaboração das políticas.”

“Responsabilidade”

“Estratégia desafiadora de gestão onde é necessária uma flexibilização e sensibilidade intensas.”

“A Gestão Participativa é uma aposta! É importante que a gestão esteja envolvida, mas o principal fica com os trabalhadores!”

“Se não tiver um real interesse da alta gestão, tanto nas Regionais, quanto no Nível Central a Gestão Participativa não vai vingar.”

“É a inclusão dos trabalhadores na produção de saberes no sentido de minimizar os conflitos advindos de uma política centralizadora e verticalizada. Resgatar a participação e discussão de todos os trabalhadores nos processos de construção de saberes e conhecimento.”

“Gestão Participativa na SES é ainda incipiente. Há fragmentação dos processos não havendo a devida integração dos setores. A Gestão Participativa é uma via de mão dupla onde há troca de informação, experiência, compartilhamento das responsabilidades entre chefias e servidores na busca conjunta das melhores alternativas para solucionar os problemas e os conflitos.”

“Faz-se necessário em qualquer ambiente alguma forma de comunicação, escuta. Vivenciamos na SES uma política de pessoas que não estão preparadas e/ou disponíveis para escutar. Alguns trabalhadores adoecem por não serem minimamente ouvidos nas suas angústias. Precisamos de uma gestão de pessoas mais ativa, rotineira e contínua. Eixo principal para mim Gestão Participativa é poder falar e ser ouvido”.

“Momento de interação e integração entre os diversos segmentos para desenvolvimento e construção das ações de saúde. Pela primeira vez estamos tendo oportunidade de colocar em prática as experiências vividas, aprender conhecer novas ideias com o objetivo de melhorar as ações políticas do estado.”

“É preciso estar aberto ao diálogo e à posição do outro para experimentar a Gestão Participativa.”

“Gestão Participativa para mim, é a união de esforços entre os trabalhadores da saúde no sentido de discutir os problemas e propor soluções em conjunto, com os coordenadores e superintendentes, diretores e etc. É nos sentirmos ouvidos e participarmos efetivamente das deliberações e ações.”

“Gestão participativa para mim: Forma de contribuição dos diversos atores envolvidos no processo de gerir. Gestão Participativa na SES: processo a ser desenvolvido para fomentar a corresponsabilidade e motivação institucional.”

“Abertura de espaço da SES para participação regional na elaboração de políticas de saúde.”

“Gestão Participativa é ouvir e dar satisfação dos acontecimentos para manter os colaboradores informados. É dar importância a quem faz a máquina girar. É estabelecer fluxos cotidianos que incorporem a voz do servidor constantemente, e dar segurança de que ele pode colaborar sem sofrer represália.”

“Melhor aproveitamento das competências e habilidades dos servidores do Sistema. Fim do processo discriminatório entre servidores de vínculos diferentes e níveis de carreira e escolaridade distintos.”

“Gestão Participativa como a literalidade do termo indica que é uma gestão que permite a participação de todos os envolvidos na mesma, com enfoque no que pensa e sente o trabalhador. Tal método de gestão é muito interessante no âmbito da SES, em que o principal cliente é o cidadão e o contato do trabalhador em saúde com a população se dá de uma maneira muito intimista, próxima. Além disso, é uma Secretaria que abrange inúmeras áreas e servidores, sendo diversas as demandas e realidades.”

“Apoiador Institucional: para condução do processo nas URS.”

“Sinto-me responsável por representar colegas, e por ter o desafio de sintetizar muitas formas de pensar diferentes sobre como participar efetivamente. Sinto uma forte necessidade do alinhamento da alta gestão com os gestores de coordenações, por exemplo. Porque pode ser que esse grande processo seja jogado fora com um simples gesto de autoritarismo de qualquer chefia.”

“Gestão Participativa: trazer as principais discussões e decisões para os trabalhadores participarem das construções, ouvindo todos para em consenso tomarem as decisões, pautando-se sempre no coletivo. Eu penso que a Gestão Participativa é o caminho para se construir um diálogo entre gestores e trabalhadores, com foco em uma saúde cada vez melhor.”

“Gestão Participativa precisa ser experimentada!”

“Gestão Participativa na SES: é valorizar a prática do trabalho diário, a partir da reflexão dos problemas e forças fomentando novos olhares. Este ato permite uma reconfiguração constante do território em busca da melhoria do cuidado. Cuidado em que o cuidador também deve fazer parte. É valorizar e ouvir o profissional, reconhecendo a experiência enquanto conhecimento e ferramenta potente de redesenho e redefinição de processos em busca da melhoria dos serviços de saúde.”

“Gestão Participativa na SES: Sinto que é uma nova proposta de gestão, que busca ouvir os atores envolvidos, a fim de se construir melhor as políticas de governo”. A Gestão Participativa é pra mim uma construção coletiva entre trabalhadores e gestores na busca de um mesmo objetivo.”

“Gestão Participativa: Gera a expectativa e a esperança de que a construção coletiva do SUS seja efetivada. Desperta, ainda mais, a responsabilidade social,

enquanto profissional da saúde, de uma entrega verdadeira à proposta pela qual tenho dedicado anos da minha vida: SUS para todos, saúde enquanto direito! Inquietação por ver que alguns atores sociais ainda restringem muito a visão do que pode ser a Gestão Participativa, trazendo um viés muito individual ou reducionista.”

“Gestão Participativa tanto na SES como nas GRS/SRS é uma forma também de unir ideias, sentimentos, propostas, sugestões de todos os colegas no intuito de tornar uma estrutura de retalhos com força única de trabalho. Pessoalmente acredito que esta gestão veio ao encontro àquilo que tanto procurávamos para poder caminhar, reivindicar direitos e mais ainda dizer não àquela forma de paternalismo onde tudo de nada se podia, nada se sabia e muito menos se poderia ter.”

“Na verdade é uma oportunidade que todos temos de levar aos olhos e ouvidos da SES, as instâncias que assolam nossos territórios, as questões facilitadoras, os pontos dificultadores, para que possamos procurar soluções viáveis e factíveis. Isto tudo sob o ponto de vista de quem vive dia e noite o cotidiano da região e os anseios da sociedade.”

“O que você pensa/sente sobre a Gestão Participativa na SES? Ação conjunta, processo de fazer, processo de entrega, trabalho em equipe, integração. O que é Gestão Participativa para você? É uma ação ou trabalho, conjugando participação de todos trabalhadores daquele órgão ou gestão.”

“Possibilidade dos trabalhadores participarem da construção das políticas de saúde de forma a atender de forma mais efetiva as diversidades.”

“?”

“Gestão Participativa na SES: Penso no que faço, no que fiz e no que vou fazer. Pra mim é o momento de esperança, onde estou tendo a oportunidade de lembrar dos meus processos de trabalho até hoje e raciocinar onde e como quero chegar.”

“Gestão Participativa é quando os envolvidos no processo de trabalho estão envolvidos nas discussões para a definição desse processo, podem ouvir e falar durante o planejamento.”

“Gestão Participativa: momento de participação de todos os trabalhadores nas discussões e implementações das políticas de saúde no estado, respeitando as especificidades regionais. É necessário envolver todos para haver comprometimento, coparticipação, corresponsabilização.”

“Gestão Participativa é aquela horizontal, na qual a decisão não vem de cima para baixo. Todos participam da elaboração das propostas e, portanto se sentem corresponsáveis pelo êxito. É contrária aquela gestão onde um grupo seletivo pensa e toma decisões e cabe ao restante cumprir ordens.”

“Sinto Gestão Participativa como empoderamento dos meus direitos e deveres. É você assumindo de verdade o papel, o cargo, a função do serviço público.”

“É importante que tenhamos instrumentos para a Gestão Participativa para sairmos da teoria e irmos para a prática efetiva.”

“Criação de um colegiado do SUS/MG, com participação paritária de todos os órgãos: SES, FUNED, FEMIG, Hemominas, ESP, com o objetivo de orientar a Gestão Participativa.”

“Construção coletiva.”

“Voz e vez”

“Fonte de desejo de mudança.”

“Penso que será de grande valor para todos servidores, que em seus núcleos, recebam treinamento conforme os serviços que serão prestados por ele. Penso que através de rodas de conversa, talvez os servidores pudessem contribuir com ideias para melhoria de organização de trabalho.”

“Gestão na SES/MG? Na SES a Gestão Participativa já se iniciou, prova disso é o Seminário que já está acontecendo. Gestão Participativa: compartilhar responsabilidades dentro da Gestão Pública, ouvindo e dando voz a todos atores do Sistema.”

“Penso que demos o primeiro passo, mas a caminhada é longa... Penso que temos vários desafios, mas temos a oportunidade, com este Seminário e seus desdobramentos de pensar e construir a Gestão Participativa que queremos. Esta vai depender não só da vontade dos Gestores, mas também do esforço coletivo dos Trabalhadores.”

“Gestão Participativa são relações de trabalho solidárias, participativas, coletivas e democráticas, onde a construção dos processos e fluxos e das políticas são baseados em pilares éticos.”

“Será utópico? Gestão Participativa é a participação da gestão, dos trabalhadores e dos usuários nos serviços de saúde. Seria uma forma de gestão mais democrática, em que a opinião dos trabalhadores e usuários também é ouvida, e não apenas a do gestor.”

“Espero que se concretize no meu local de trabalho. Por enquanto está só no mundo das ideias, pois na realidade não me sinto protagonista.”

“Penso sobre Gestão Participativa como um elo entre chefia e trabalhador, mas que para funcionar será necessário um grande empenho, de ambas as partes no intuito de querer que dê certo. Gestão Participativa para mim é a gestão onde todos se unem em prol de melhorias nos serviços prestados.”

“Que você pensa sobre Gestão Participativa na SES? Um foro ou espaço organizado, com objetivos definidos e claros com a finalidade de tornar o governo mais democrático e transparente que garanta e cuide dos direitos dos cidadãos. O que é Gestão Participativa para você? Pra mim, Gestão Participativa é uma política de governo, que juntamente, com os seus trabalhadores constroem a política de governo e traçam seus rumos.”

“Gestão Participativa na SES: Processo de desenvolvimento contínuo e em evolução que visa aprimorar e melhorar as relações de trabalho e dar voz e ouvir todos de forma a contribuir para uma gestão mais democrática e transparente. O que é GP? Ouvir e dar voz a todos estimulando a participação e somar os pontos de vistas, que contribuam para soluções de problemas e reflitam nos programas e setores. Empoderamento democrático e transparente.”

“Gestão Participativa: envolvimento de todos os atores, trabalhadores e usuários, com participação do controle social nos processos de discussão das políticas e ações públicas.”

“Devemos estar todos na mesma roda de conversa e entender a missão da instituição. Ainda não praticamos a Gestão Participativa.”

“O que você pensa ou sente sobre Gestão Participativa na SES? Ainda não tem um processo de Gestão Participativa no meu ponto de vista dentro da SES. O que é Gestão Participativa para você? É a possibilidade de agregar, participar das decisões em conjunto. Trabalhar no processo da gestão, tendo conhecimento do todo, desde a sua criação, desenvolvimento e execução”.

“Gestão Participativa: Penso ser um espaço democrático, onde todos podem de forma igualitária expor seus desejos, vontades ansiedades e necessidades como servidor. Infelizmente no Estado ainda temos muito a caminhar nesta proposta.”

“Gestão Participativa é compartilhar. Aquele que conhece instrui, orienta e esclarece aquele que está entrando no processo agora. É dividir experiência, vivência, oportunidades e estudar aos pares para que todos tenham vez, voz e vejam que os direitos são iguais. Saúde é um direito de todos, podemos contribuir para que seja de qualidade.”

“Acostumados que estamos com 20 anos de um modelo de gestão verticalizado e porque não dizer autoritário, a Gestão Participativa é algo novo em nossas realidades cotidianas do trabalho. Quando se pensa em Gestão Participativa, me remete a ideia de tomar lugar na mesa, onde os anseios e as visões e entendimentos que temos de nossos territórios, onde as particularidades, questões culturais, suas precariedades, sejam ouvidas e levadas em consideração, quando se pretende formatar as políticas públicas do governo que se estabelece. Ademais, a Gestão Participativa deverá, não só cuidar das políticas públicas voltadas para a sociedade, como também para quem de direito é o finalizador dela”.

“Penso que a Gestão Participativa é fundamental para que os trabalhadores se sintam inseridos no processo de trabalho, isso equivale a trabalhador motivado, que busca sempre o melhor de si. Precisamos melhorar nosso processo de comunicação para melhor fluidez das atividades. Definição de GP: Gestão Participativa ocorre quando há união entre trabalhadores e gestão no sentido de construir juntos as formas de conduzir

o processo de trabalho, a fim de obter resultados satisfatórios para ambas as partes. Ocorre através da cogestão, coparticipação, corresponsabilização, onde os sujeitos tornam-se protagonistas do processo de trabalho buscando juntos soluções e resoluções de conflitos, tomadas de decisões, implementação de ideias.”

“O que sente: construir juntos com foco. O que é: construção conjunta com todos os sujeitos envolvidos.”

“Existem três tipos de pessoas: as que fazem as coisas acontecerem, as que vêem as coisas acontecerem e as que perguntam o que aconteceu. Gestão Participativa é importante para que ensine a sociedade civil, os servidores e todos os agentes interessados no processo.”

“Gestão Participativa é um instrumento fundamental para consolidação e efetivação do modelo que acreditamos, enquanto coletivo, ser o melhor para a atenção à saúde em nosso Estado. Tal processo requer a abertura de cada membro para o novo e do sistema para os sujeitos, algo que não estará pronto de um momento para outro, mas em permanente processo de construção.”

“Gestão Participativa: participar na construção, fazer em coletivo, olhar/fazer para o usuário da saúde pública, saúde do trabalhador x acolhimento ao usuário para realmente começar a promover saúde e não somente estar fixado na doença. Construir um modo de fazer coletivo para efetivamente o foco principal seja a saúde e não as doenças, pois a nossa Secretaria é de saúde.”

“Penso que muitas pessoas reclamam e contestam sua participação no setor de trabalho, mas muitas vezes essa pessoa não conhece o processo de trabalho do seu setor (Diretoria), onde está a Gestão Participativa? Cada um tem que fazer sua parte e tentar ao menos entender o princípio de cada atividade exercida em seu local de trabalho.”

“Dar espaço para o protagonismo dos trabalhadores. Reconhecer que todo trabalhador também planeja seu trabalho e não só executa.”

“Gestão Participativa é a união de todos em prol de objetivos comuns.”

“Participação e espaço das regionais no processo de planejamento do SUS. Política inclusiva de recursos humanos. Como implementar? Descaso com os recursos públicos.”

“Estar incluído e reconhecido”.

“Mais autonomia para as Regionais de Saúde. Decisões coletivas. Ampliação do conhecimento. Respostas objetivas e resolutivas.”

“Participar na elaboração, na execução e nos resultados. Necessidade de quebrar/mudar paradigmas.”

“O que é Gestão Participativa para você? Trata-se de um processo de desalienação do trabalhador, quebrando o paradigma da verticalização das políticas públicas. O trabalhador torna-se protagonista de uma construção individual para o coletivo. A Gestão Participativa insere o trabalhador no processo. O que você pensa/sente sobre a Gestão Participativa? Ainda muito incipiente, necessita avançar para consolidar uma efetiva participação do trabalhador na construção de formulação e implementação de novas políticas públicas.”

“Dentro da temática da Gestão Participativa, perpassa a valorização do trabalhador, fator preponderante na execução e resolução dos vários problemas. É levá-lo a acreditar que ele é importante e indispensável”.

“O que eu penso sobre Gestão Participativa. Quando damos abertura às pessoas ao nosso redor de expressar ideias, sugestões e também expor problemas, temos a oportunidade de repassar experiências e também aprender coisas novas, nunca deixando de valorizar as diferenças sociais e compartilhar experiências. Isso motiva tanto servidores, quanto sua respectiva cadeia hierárquica a desenvolver o seu trabalho com excelência visando um ambiente mais agradável, social e com bem estar entre funcionários amigos, como também para usuários, que sempre buscam meios mais eficazes para solucionarem seus problemas de saúde.”

“O que é Gestão Participativa para mim. Em nossa existência só temos uma vida, uma única chance de acertar ou errar e aprender com o erro. E na vida gostamos de nos sentir importantes no meio em que estamos e na sociedade a qual pertencemos, é sempre bom fazermos parte e ajudarmos no crescimento de todos os sistemas ao nosso redor, principalmente em nosso ambiente de trabalho, onde buscamos melhorias em

todos os aspectos. Com a Gestão Participativa temos esse espaço, a chance de estudar, discutir, complementar ideias no grupo como um todo com o intuito de não centralizar o poder, as decisões, em únicas mãos e sim empoderar o grupo e posteriormente a sociedade como um todo.”

“A Gestão tem sido centralizadora, se propõe Participativa (no discurso), mas, nas instâncias formalizadas para participação no atual governo somente as chefias tem representação. Tais como colegiados das subsecretarias. Não existe diálogo anterior sobre as discussões que são levadas ao colegiado e nem mesmo retorno dessas discussões para equipe. As decisões são de cima para baixo, a equipe não participa do planejamento e são cumpridores de tarefa. Já são definidas as políticas e propostas e os trabalhadores no máximo, desenvolvem as ações que serão necessárias para realizar o que foi demandado. A desmotivação é grande! Há poucos espaços e abertura para o reconhecimento e produção de reflexão, não há troca de saberes, somente cobranças. Chefias autoritárias e ríspidas. Falta de reconhecimento. Os profissionais efetivos que estavam trabalhando na gestão passada são fortemente associados ao governo anterior, sem nenhum motivo, pois são funcionários públicos de carreira e não associados a partidos políticos.”

“O texto orientador e o motivador do meu interesse em participar deste projeto que penso ser inovador com a ideia de um novo olhar na forma de administrar, a gestão do posso falar? Vi neste projeto a oportunidade de falar sobre algumas pontuações e indagações que adquiri no momento infeliz na maca de hospitais durante tratamentos recentes de saúde. Oportunidade e sonho que passou a fazer parte de meus desafios e deixar a zona de conforto da minha sala, onde comecei a tentar descobrir o que posso fazer para acrescentar ao meu trabalho e ajudar a melhorar a sério o SUS. Algumas palavras que considero de ordem para a Gestão Participativa e que penso devemos discutir. Maximização da utilização da informática, comunicação ativa dos projetos, ações e trabalhos, multiplicação ativos de discussão dos mesmos, ouvidorias mais eficientes, discussões a respeito, feedbacks e comunicação novamente.”

“A Gestão Participativa só irá acontecer quando todos se sentirem parte do sistema e se sentirem valorizados. Como fazer? O que fazer? Para implementar a gestão de forma inclusiva?”

“Acredito que é um novo momento dentro de Saúde Pública em Minas, mas por enquanto acho tudo ainda meio utópico, já que no primeiro momento em que nós trabalhadores votamos e elegemos superintendentes e coordenadores e infelizmente não vimos o encaminhamento destas pessoas escolhidas para ocuparem estes espaços.”

TEXTO ORIENTADOR PARA DISCUSSÃO DA GESTÃO PARTICIPATIVA NA SES MG

Alerta-se que o presente documento é resultado, na sua grande maioria, de uma colagem de partes dos seguintes documentos: Programa de Governo do Governador Fernando Pimentel; Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS – Participa SUS, do MS/SGEP(2009); Gestão Participativa e Cogestão, do MS/SAS/Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (2009); e Democracia Participativa e Controle Social em Saúde, do CEBES, 2012 (autoria de Ana Maria Costa e Natália Vieira)

APRESENTAÇÃO

O governo estadual de Minas Gerais (gestão 2015-2018), através de seu programa de governo compromete-se com os Princípios e Diretrizes para o Fortalecimento e em Defesa do SUS em MG e em Assegurar a gestão participativa e o controle social nas políticas de Estado.

Apresentou as seguintes Propostas de ação para transformação do SUS em MG:

1. Participação e Controle Social

Partindo do princípio de que o governo do PT e sua coligação de partidos, dialogará amplamente com os diversos atores sociais do Estado por meio de métodos já conhecidos ou inovadores, a atuação relativa à participação e controle social na saúde se norteará pelos seguintes compromissos:

- Reconstituir e ampliar o sistema de participação e o processo de Controle Social da Saúde em Minas Gerais, assegurando ao Conselho e às conferências estaduais a composição paritária das representações entre usuários, trabalhadores e gestores do SUS e o seu caráter deliberativo.
- Estabelecer alianças com a sociedade civil (movimentos e entidades sindicais e populares) e com as escolas de saúde de Minas Gerais para promover a educação permanente dos conselheiros e o fortalecimento da atuação do Conselho Estadual de Saúde e o seu efetivo protagonismo, instituindo fóruns regionais de participação juntamente com os Conselhos Municipais e demais atores interessados no debate sobre a saúde no Estado e suas regiões;
- Fortalecer as conferências de saúde, bem como outros fóruns de participação popular, considerando a realidade e os direitos de cidadania dos diferentes segmentos populacionais e das pessoas com doenças ou agravos específicos; reativando e ampliando os comitês e seminários de discussão para os diferentes temas; respeitando a etnia, raça, cultura, grupos geracionais, origem, sexo, religião, condição social e de saúde e a importância de suas participações na elaboração e no acompanhamento das políticas de saúde;
- Ampliar a participação social através da criação de novos dispositivos presenciais e virtuais para acolher a população em audiências, consultas públicas e diálogos *on line*

ou presenciais, em articulação com os conselhos, com a participação direta dos cidadãos e fortalecendo o Sistema Estadual de ouvidorias da saúde.

2. Relação com os trabalhadores e gestão participativa

- Fortalecer os colegiados bipartite de gestão estadual e regionais, escutando e considerando as demandas e propostas dos colegiados regionais de secretarias municipais de Saúde (COSEMS Regionais) e o Colegiado Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS Estadual), com o objetivo de propor soluções viáveis e resolutivas, em rede, para o SUS/MG;
- Instituir a gestão participativa na Secretaria de Estado da Saúde, na Fundação Ezequiel Dias (FUNED), na Fundação Hospitalar do Estado (FHEMIG), na Fundação HEMOMINAS e na Escola de Saúde Pública (ESP/MG), organizando, democraticamente, colegiados de gestão, fortalecendo os espaços coletivos locais e regionais e garantindo a participação efetiva dos trabalhadores no projeto político da saúde para Minas Gerais;
- Repactuar com os trabalhadores o funcionamento adequado e resolutivo da Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS, composta pelas representações dos trabalhadores e dos respectivos órgãos da Saúde (administração direta e indireta) do Estado;
- Estabelecer diálogo permanente com os Conselhos das Profissões de Saúde para instituir mecanismos de promoção da qualidade dos serviços prestados no SUS;
- Estruturar a gestão do trabalho no SUS/MG, em toda a sua amplitude e complexidade, como condição objetiva para a plena viabilização do sistema, como a carreira da saúde, com estabilidade e regras únicas para todos os órgãos estaduais do Setor Saúde, de acordo com as Diretrizes Nacionais do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS, já aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS.

Essa proposta deve ser viabilizada política e financeiramente a partir de um pacto entre governo e servidores por meio da Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS e deve levar em consideração os locais de difícil acesso e lotação de servidor, bem como valorizar a educação permanente na saúde, a interiorização, a dedicação ao SUS e o tempo de serviço, desenvolvendo ainda estratégias para a fixação dos profissionais médicos nos municípios mais carentes desse trabalhador.

A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NA GESTÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS

A participação social passa a representar um elemento estruturante nas políticas sociais no período pós-constituinte e sua análise oferece elementos relevantes acerca do debate atual sobre políticas públicas, tanto no que se refere à sua institucionalização, execução, ou como estratégia para o enfrentamento das desigualdades sociais. Além da criação dos conselhos de políticas sociais, proliferam hoje no país outras formas de participação social na prestação de serviços e na gestão do social como resultado do fortalecimento de um movimento iniciado nos anos oitenta (SILVA; JACCOUD; BEGHIN, 2005).

Nas intenções e sentidos originais, a participação social é concebida para a defesa dos direitos sociais, da proteção social e da democracia e está baseada na democratização e transparência do sistema decisório, maior aproximação das demandas populares com

repercussão sobre a equidade nas políticas públicas assim como no alargamento da presença da sociedade nas ações estatais, ampliando os direitos e a execução de ações para atender ao interesse público (SILVA; JACCOUD; BEGHIN, 2005).

O processo de participação é diverso e nem sempre retilíneo em relação aos avanços esperados, e dependente das decisões e atitudes das instituições e de uma sociedade ativa e propositiva. Identifica-se a confluência de dois projetos políticos distintos acerca da participação social no país que têm em comum a expectativa sobre a presença ativa da sociedade. Um é o projeto neoliberal que busca garantir o Estado Mínimo, diminuindo a sua presença e transferindo responsabilidades, principalmente da área social, para a Sociedade Civil. O outro é o projeto político que nasce da luta contra a ditadura militar, que nos anos 80 se mobiliza pela redemocratização do Estado, propondo a participação da sociedade nas tomadas de decisão. Nessa perspectiva, a participação social se aproxima do conceito de “cidadania ativa,” ou seja, aquela que institui o cidadão como portador de direitos e deveres, especialmente como criador de direitos para abrir novos espaços de participação política (BENEVIDES, 1994).

A confluência desses dois projetos, que têm como objetivo comum a participação da sociedade, apresentam origens ideológicas e interesses distintos, que Evelina Dagnino (2004) nomeia de *confluência perversa*.

... a coincidência na exigência de uma
sociedade civil ativa e propositiva,
que estes dois projetos antagônicos
apresentam, é, de fato, emblemática
de uma série de outras “coincidências”
no nível do discurso, referências
comuns que, examinadas com cuidado,
escondem distinções e divergências
fundamentais. Assim, o que essa
‘confluência perversa’ determina é
um obscurecimento dessas distinções
e divergências, por meio de um vocabulário
comum e de procedimentos e
mecanismos institucionais que guardam
uma similaridade significativa.
(DAGNINO, 2004, p. 99)

As diferenças entre os dois projetos de participação social merecem ser bem marcadas. Se de um lado a participação deveria ter o papel muito mais incisivo tanto de formulação de políticas públicas e no fomento à participação política de atores historicamente excluídos, o modelo neoliberal dá outro significado ao restringir a participação da sociedade à implementação e execução de ações e programas vinculados às políticas públicas. No contexto das diferenças, no primeiro caso um dos objetivos é trazer a sociedade às arenas de participação e à prática da política, enquanto o modelo neoliberal ressignifica extraíndo o caráter político da participação, transformando-a em

“participação voluntária”, perdendo, dessa forma, a oportunidade do debate político (DAGNINO, 2004).

A redução da dimensão e capacidade de intervenção estatal na economia e na formulação e implantação de políticas públicas, aliada à redução da legitimidade institucional e da representação política, caracterizando a “crise do Estado”, resultou no encaminhamento da reforma do Estado assentada na transferência para a sociedade de um conjunto de ações sociais. Essa estratégia fortaleceu o projeto de participação ancorado menos na politização das demandas sociais e na ampliação da presença da sociedade no espaço público de deliberação e mais no ativismo civil voltado para a solidariedade social (SILVA; JACCOUD; BEGHIN, 2005).

Dessa maneira é necessário distinguir as parcerias dos conselhos, pois eles surgem de princípios distintos, sendo que a criação dos conselhos está baseada na necessária democratização da gestão pública.

As bases legais sobre a participação social no SUS foram promulgadas em 1990 na Lei Orgânica da Saúde (LOS). É importante registrar que a LOS foi editada após importantes vetos do governo em uma atmosfera política adversa quanto à efetivação das conquistas constitucionais.

A Lei n.º 8.080/90 reafirma no seu artigo 7º a participação social como um princípio para o SUS e a Lei n.º 8.142/90 no seu artigo 1º define que, sem prejuízo das funções do poder legislativo, sejam criados os conselhos e as conferências como forma de instituição de participação da comunidade na gestão do SUS. O artigo 1º da Lei n.º 8.142/90, em seu parágrafo 1º, afirma que

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2o. – O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuário, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política

de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de

governo. (BRASIL, 1990)

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi instituído pela Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, quando houve a reformulação do Ministério da Educação e Saúde Pública. Constituído por membros de notório saber, indicados pelo ministro de Estado, sua atribuição se restringia ao debate das questões internas do ministério. Na separação ocorrida entre os ministérios da Saúde e da Educação, o CNS foi regulamentado pelo Decreto n.º 34.347/54, com a função de assistir o ministro de Estado na definição das bases gerais dos programas de proteção à saúde¹. No processo pós-Constituição, o CNS teve suas atribuições e o funcionamento modificados, até atingir sua configuração atual.

A descentralização da gestão do SUS, definida como um dos princípios organizativos para o SUS foi motivo para as primeiras disputas ocorridas na década de 90. A Lei Orgânica da Saúde (LOS) determinou que as verbas e a gestão da Saúde fossem partilhadas entre União, estados, DF e municípios. No entanto, o Brasil emergia de uma tradição centralizadora da gestão das políticas sociais, que foi reforçada durante os anos

de governo militar. Esta mudança ‘brusca’ de paradigmas, que ocorre a partir da nova constituição, exigiu um processo lento de adaptação e negociação entre as instituições de saúde. Muitos conflitos entre autoridades municipais e estaduais aconteceram nessa época por compartilhamento de poder (DAVID, 2005).

As tensões entre governos federal, estaduais e municipais foram resolvidas por meio da edição, pelo Ministério da Saúde, das três Normas Operacionais Básicas para o SUS (NOBs) entre 1991 e 1996. As NOBs visavam regular o nível de responsabilidade que cabia a municípios, estados e União para minimizar os possíveis conflitos de atribuições que ocorriam, além de definir os mecanismos de repasse de recursos para os municípios. Um dos requisitos para que houvesse o repasse das verbas federais tanto para o nível municipal quanto para o nível estadual era a exigência da criação e funcionamento de Conselhos de Saúde, organizados de acordo com as determinações legais. Esta exigência fez com que os municípios e os estados fomentassem a criação dos respectivos conselhos (CORTES, 2000).

Poucas cidades, principalmente as mais populosas e situadas nas regiões Sudeste e Sul, como é o caso de Campinas, São Paulo, Vitória e Belo Horizonte, já dispunham de movimentos sociais organizados desde o fim dos anos 70.

Esses movimentos estavam interessados em ocupar o interior da estrutura estatal para influenciar nas políticas públicas. Todavia, a grande maioria dos municípios não contava com organizações sociais que pudessem impulsionar esse projeto. Desta forma, em várias cidades, ficou a cargo das prefeituras não apenas criar os conselhos, mas também estimular a participação dos grupos sociais. Em consequência, em muitos municípios os prefeitos acabavam indicando, como ainda hoje indicam, parentes, amigos ou funcionários da prefeitura para compor os respectivos conselhos e as conferências de saúde (BONFIM, 2000; CORTES, 2004).

A década de 90 ainda é marcada por uma paulatina dispersão dos sindicatos sobre as demandas que se referiam ao Sistema de Saúde. As centrais sindicais passam a pressionar o governo e negociar com os patrões pela inclusão de seus filiados em planos de saúde privados, o que os afasta e faz perder o interesse pelo sistema de saúde pública (CAMPOS, 1992; CARVALHO, 2007).

A baixa qualidade dos serviços oferecidos pelos SUS foi a justificativa para que grupos de trabalhadores organizados em torno de sindicatos optassem pela vinculação aos planos privados, incluindo essa demanda nas pautas de negociação de suas categorias. O resultado disso para o sistema é a ‘universalização excludente’, ou seja, apenas aqueles que não têm como pagar por serviços privados ou planos de saúde utilizam o sistema público. Assim, apesar de ‘universal’, quem usa o sistema são as classes pobres, tal como aponta Menicucci (2006). Com isso a luta pelo direito à saúde perde a classe média, representada pelos trabalhadores formais sindicalizados, com maior poder de pressão e vocalização por melhoria no setor.

A década de 90 está associada ao processo de descentralização e municipalização da saúde, em acordo aos preceitos do SUS. A descentralização da responsabilidade por gerir o Sistema de Saúde é realizada sem o correspondente repasse de recursos financeiros e na ausência de uma política que acarretasse compromisso do Estado em construir a infraestrutura necessária para a ampliação da cobertura do atendimento, considerando as fragilidades conhecidas acerca da capacidade da rede de serviços e agravadas pelo acelerado crescimento populacional (MARQUES; ARRETCHE, 2003).

Outra questão apontada por Marques e Arretche (2003) diz respeito ao crescimento dos atendimentos realizados por meio de convênios com o setor privado, cujo papel é de caráter complementar à rede pública. O baixo investimento na ampliação da rede das secretarias estaduais e municipais faz com que os hospitais privados se transformem em importantes prestadores de serviços de saúde.

A questão do financiamento tornou-se o ‘calcanhar de Aquiles’ para a efetivação da reforma, pois não foi garantido maior aporte de recursos necessários para efetivar a universalização de cobertura e a realização dos investimentos necessários à ampliação da rede pública de serviços.

A ausência de fontes estáveis de financiamento e os constantes atrasos nos repasses da União para estados e municípios levaram a uma degradação da qualidade dos serviços bastante acentuada nos primeiros anos do SUS. (MENICUCCI, 2006, p.77).

Refletindo sobre os desafios na garantia do direito à saúde, Campos (2007) indicou uma série de estratégias necessárias para a efetiva consolidação do SUS. Segundo ele, os sete passos deveriam ser: (1) procurar formas de instigar a criação de um grande movimento social plural que objetive melhorias sociais em todos os níveis e necessidades; (2) melhorar a utilização e a gestão de recursos financeiros do SUS; (3) priorizar na rede a cooperação e a corresponsabilidade dos atores, bem como as práticas preventivas em saúde, baseadas no modelo dos sistemas públicos de saúde; (4) pensar em novas formas organizacionais que definam o papel de cada agente na cadeia; (5) reforçar as políticas de Saúde da Família, estimulando a atenção primária; (6) reorganizar o modelo de gestão empregado pelo SUS, tanto em seus serviços próprios quanto no das redes privadas, valorizando a gestão compartilhada; (7) fomento ao desenvolvimento científico e de tecnologias em saúde.

Além desses aspectos apontados, é importante acrescentar que a melhoria dos serviços de saúde exige comprometimento e vontade política dos dirigentes e gestores. Todavia, a presença da sociedade civil exercendo papel ativo e propositivo deve ser valorizado na pressão necessária que esta deve fazer sobre o Estado. Sobre as relações entre sociedade e governo, Arendt comenta que desde o advento do Estado Nacional o que prevalece é que a obrigação do governo é proteger a liberdade da sociedade, mesmo que para isso haja necessidade do uso da força. A participação dos cidadãos na esfera pública, qualquer que seja a forma de governo, é necessária para manter a liberdade porque o Estado, que necessariamente precisa dispor de meios de força, precisa ser controlado pelos governados no exercício dessa força (ARENDT, 2006).

O Estado brasileiro vem enfrentando, energeticamente, a lógica da oferta de serviços fragmentados, que advém da visão compartimentada das necessidades sociais, dificultando a apreensão integral das complexas Dimensões, que compõem o cotidiano dos indivíduos e das coletividades.

Tal modalidade de oferta atendia aos interesses corporativistas e produtivistas das “múltiplas prestações de serviços”, resultando na criação e manutenção do caos na demanda. Configurava, desta forma, um desvio do objeto da gestão pública, constituindo-se em estratégia disfarçada de privatização do Estado, por meio do esvaziamento do compromisso com a construção da equidade na oferta e utilização dos serviços públicos.

A equidade a ser construída pelas políticas públicas deve viabilizar a extensão de cobertura de serviços com qualidade em nome da universalidade, que não deve ser

confundida com iniciativas que oferecem serviços de baixo custo, precários e de caráter compensatório e focalizante.

A emergência dos movimentos sociais nos anos 70 e 80, associada à mobilização nas universidades e nas organizações de usuários, gestores e trabalhadores da saúde, gerou, de modo pluralista e suprapartidário, as condições sociais e políticas de onde emerge, em meio à luta social, a noção da saúde como direito, assim como os princípios que viriam a servir de base para a criação do SUS.

Neste novo contexto histórico, realizou-se, em 1986, a 8a Conferência Nacional de Saúde, com a participação de mais de cinco mil delegados, que aprovaram as bases do que viria a se constituir numa das principais conquistas sociais do período, o Sistema Único de Saúde, marco da construção democrática e participativa das políticas públicas, principal reforma popular e democrática em curso no Estado brasileiro.

Esse amplo processo social gerou um fato inédito e singular: a apresentação de texto para a Assembléia Nacional Constituinte, que consagrava a saúde como direito de todos e dever do Estado, por meio de uma emenda popular com mais de cem mil assinaturas. Assim, a participação da sociedade revela-se componente essencial, inerente ao processo da Reforma Sanitária Brasileira e sua marca emblemática.

Como consequência deste intenso processo, a Constituição Federal de 1988 incluiu a Saúde no Capítulo da Seguridade Social. Os artigos 196 a 200 introduzem grandes inovações, como a universalidade do acesso, a integralidade e a equidade da atenção, a descentralização na gestão e na execução das ações de saúde, bem como a ampliação decisiva da participação da sociedade na discussão, na formulação e no controle da política pública de saúde. Com isto, ficam estabelecidos mecanismos de controle social, pautados pela co-responsabilização do governo e da sociedade sobre os rumos do SUS. Outro ponto que merece destaque é que as ações e os serviços de saúde são definidos como de relevância pública.

Em continuidade ao processo de construção do SUS, o texto constitucional foi detalhado nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), composta pelas Leis no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Entre tantos pontos importantes, esta legislação definiu os mecanismos de participação popular/controle social e as competências das três esferas de governo.

As especificidades da área da saúde no Brasil fazem com que o debate acerca da função, do vínculo, dos resultados e das finalidades da implantação de toda e qualquer ação seja efetivada com base nos princípios e diretrizes do SUS, com ênfase na universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização, regionalização e participação popular. Tais princípios e diretrizes devem ser discutidos e incorporados na formulação de políticas dessa natureza.

Nesse contexto, o município deve ser valorizado como locus de possibilidade da construção do modelo de atenção proposto para o SUS, configurando-se como espaço potencializador de redes de participação social de alta capilaridade. A articulação cooperativa e solidária entre as gestões municipais e a gestão estadual, conformando um modelo regionalizado, representa a possibilidade concreta de construção da atenção integral à saúde.

As bases do movimento da Reforma Sanitária, efetivadas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, apontaram o rumo da construção do modelo de atenção à saúde fundamentado nas necessidades e demandas da população por ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Como a realidade das regiões do país é

bastante diversificada, em função da dinâmica sociopolítica e cultural e da amplitude geográfica, as demandas, necessidades e potencialidades podem variar, tornando fundamental a estratégia da descentralização.

A regionalização cooperativa, contida no Pacto pela Saúde, firmado pelas três esferas do SUS, visa garantir o enfrentamento das iniquidades com integralidade e racionalidade.

Esta tarefa exige o esforço de desencadear ações de educação em saúde que operem no sentido de ampliar a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos. Ao mesmo tempo, implica tornar visíveis as mudanças que vêm ocorrendo no SUS, a partir da concepção das equipes multiprofissionais de saúde, da intersetorialidade, da integralidade e do acolhimento.

A integralidade do cuidado à saúde e a humanização no SUS representam campos nos quais é possível a construção da autonomia das pessoas como cidadãos, como usuários do sistema de saúde e como centro de todo o processo de organização das práticas, pois possibilitam o encontro entre a necessidade e o desejo da população, com a lógica que orienta e preside as respostas institucionais. Para a consolidação do SUS, a formulação da política de saúde deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo. Formular e deliberar juntos significa um avanço para o controle social – e este é o efetivo desafio apresentado à gestão participativa, que requeira adoção de práticas e mecanismos inovadores que efetivem a participação popular. Pressupõe, portanto, a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças.

Igualmente, é de fundamental importância a criação de alternativas eficientes de informação e de escuta do cidadão usuário e da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias, transformando-as em fontes de informações privilegiadas para fomentar a gestão do SUS nas três esferas de governo. Torna-se necessário, também, aumentar a divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão, favorecendo o acesso e a transparência no SUS.

3 Componentes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS

Gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade.

A gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida.

Esta prática amplia a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos. As práticas participativas implicam, sempre, na construção de consensos, a partir da identificação e do reconhecimento dos dissensos, indicando alternativas a partir de diferentes opiniões, ensejando resultados mais expressivos e duradouros.

Assim, a gestão estratégica e participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS compreende os componentes a seguir discriminados.

3.1 A Gestão Participativa e o Controle Social no SUS

As conquistas populares no Brasil têm apresentado trajetória emblemática para a mobilização social em defesa do direito à saúde. A década de 80 representou o momento de institucionalização das práticas inovadoras para o setor, fundamentadas na concepção da saúde como produção social e direito, que foram consolidadas na década de 90, nas conferências e nos conselhos de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, tornou-se um marco por ter discutido o aprofundamento dos grandes temas que subsidiaram a Assembléia Nacional Constituinte. As últimas Conferências Nacionais de Saúde reafirmam como indispensáveis a implementação e o fortalecimento dos mecanismos de controle social existentes.

Nesse processo, algumas propostas emanadas das conferências devem ser destacadas e valorizadas como desafios à consolidação e ao fortalecimento do controle social no SUS:

- Garantia de efetiva implantação dos conselhos de saúde estaduais e municipais – assegurando aos mesmos dotação orçamentária própria.
- Consolidação do caráter deliberativo, fiscalizador e de gestão colegiada

dos conselhos, com composição paritária entre usuários e demais segmentos, devendo o presidente ser eleito entre seus membros.

- Reafirmação da participação popular e do controle social na construção de um novo modelo de atenção à saúde, requerendo o envolvimento dos movimentos sociais, considerados atores estratégicos para a gestão participativa.
- Aperfeiçoamento dos atuais canais de participação social, criação e ampliação de novos canais de interlocução entre usuários e sistema de saúde, e de mecanismos de escuta do cidadão.

Para fins de delineamento do campo de conceituação da gestão participativa, suas práticas e mecanismos podem ser agrupados de acordo com as instituições, atores e segmentos sociais envolvidos, nos seguintes tipos:

- ***Mecanismos institucionalizados de controle social***, representados pelos conselhos de saúde e pelas conferências de saúde, envolvendo o governo, os trabalhadores da saúde e a sociedade civil organizada, nas três esferas de governo. Recentemente, vêm sendo propostos conselhos regionais, bem como conferências e plenárias regionais.
- ***Processos participativos de gestão***, integrando a dinâmica de diferentes instituições e órgãos do SUS, nas três esferas de governo, tais como conselhos gestores/conselhos de gestão participativa, direção colegiada, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de

trabalho, pólos de educação permanente em saúde e setoriais de saúde dos movimentos sociais, entre outros. A estruturação das mesas de negociação como ferramenta para a gestão do trabalho vem-se consolidando como inovadora prática de gestão participativa das relações de trabalho, nas três esferas de governo.

- ***Instâncias de pactuação entre gestores***, como as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), envolvendo representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que conta com representantes do Ministério da Saúde, além dos representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, constituindo espaços de ações compartilhadas, estratégicas e operacionais da gestão do SUS.

- ***Mecanismos de mobilização social*** que representam dispositivos para a articulação de movimentos populares na luta pelo SUS e o direito à saúde, ampliando espaços públicos (coletivos) de participação e interlocução entre trabalhadores de saúde, gestores e movimentos populares.

- ***Processos de educação popular em saúde*** desenvolvidos no diálogo permanente com movimentos populares, entidades formadoras e grupos sociais no sentido de fortalecer e ampliar a participação social no SUS.

- ***Reconstrução do significado da educação em saúde*** que se desenvolve nas escolas, nas universidades e nos serviços de saúde, fortalecendo o protagonismo na produção de saúde e na formação de cidadãos em defesa do SUS.

- ***Ações articuladas entre diferentes setores de governo e a sociedade civil (intersectorialidade)*** caracterizando o compartilhamento de decisões entre instituições governamentais e da sociedade civil, que atuam na produção social da saúde.

Cogestão: o fazer coletivo de um SUS solidário

Para operacionalizar a participação social, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, orienta sobre a formação dos Conselhos de Saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal. Estes conselhos são compostos por trabalhadores e gestores de saúde (50% dos conselheiros, sendo 25% para cada segmento) e os restantes 50% são compostos por usuários do sistema.

As representações dos usuários e dos trabalhadores no Conselho Municipal, Estadual e Nacional de Saúde devem ter legitimidade e compromisso político com seus representados. Desta forma, para garantir esta legitimidade, sua atuação deveria ser precedida por consulta sobre os interesses de sua comunidade.

Ainda segundo a Lei nº 8.142, as Conferências Nacionais de Saúde são espaços estratégicos de participação social. Independente da convocação nacional, os municípios podem e devem realizar suas conferências visando avaliar a saúde no município e propor diretrizes para a organização do sistema e das práticas de saúde de sua população. Sugere-se que a convocação seja logo após o gestor assumir o cargo, subsidiando a construção do Plano Municipal de forma mais adequada aos anseios e necessidades da população.

Além dos Conselhos e Conferências, os gestores das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) instituíram espaços de negociação e definição de pactos acerca dos assuntos da gestão da saúde. Trata-se da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito nacional, e nos estados as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), com

representações dos municípios e do estado. Estas Comissões são também lugares importantes de exercício de gestão compartilhada e participativa, muito embora reúnam gestores, os quais então definem de forma mais corresponsabilizada os encargos sanitários.

A participação social, no entanto, não pode estar restrita a essas instâncias formalizadas para a participação cidadã em saúde. Esta deve ser valorizada e incentivada no dia-a-dia dos serviços do SUS, nos quais a participação tem sido 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. Uma gestão mais compartilhada, portanto mais democrática, nos serviços de saúde, no cotidiano das práticas de saúde, que envolvem as relações, os encontros entre usuários, sua família e rede social com trabalhadores e equipes de saúde, necessita alterações nos modos de organização do trabalho em saúde. Ou seja, que se alterem os processos de definição das tarefas, responsabilidades e encargos assumidos pelos trabalhadores.

Tradicionalmente, os serviços de saúde organizaram seu processo de trabalho baseando-se no saber das profissões e das categorias (as coordenações do corpo clínico ou médico, da enfermagem, dos assistentes sociais, etc.) e não em objetivos comuns. Na verdade esse tipo de organização não tem garantido que as práticas dos diversos trabalhadores se complementem, ou que haja solidariedade no cuidado, nem que as ações sejam eficazes no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Isso tem acarretado falta de motivação dos trabalhadores e pouco incentivo ao envolvimento dos usuários nos processos de produção de saúde (corresponsabilização no cuidado de si).

Por isso, a gestão participativa é um valioso 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 éticopolítica que visa democratizar as relações no campo da saúde.

Para a realização dos objetivos da saúde (produzir saúde; garantir a realização profissional e pessoal dos trabalhadores; reproduzir o SUS como política democrática e solidária) é necessário incluir trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde em um pacto de corresponsabilidade. A gestão participativa reconhece que não há combinação ideal prefixada desses três pontos, mas acredita que é no exercício do próprio fazer da cogestão que os contratos e compromissos entre os sujeitos envolvidos com o sistema de saúde vão sendo construídos.

O modelo de gestão que a Política Nacional de Humanização propõe é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente.

Por exemplo, ao desempenharem seus papéis, os gestores orientam-se por metas que são apresentadas como propostas para os colegiados. Estas devem ser analisadas, reconstruídas e combinadas. Também os usuários e seus familiares, assim como os profissionais em suas equipes, têm propostas que serão apreciadas pelo colegiado e resolvidas de comum acordo.

Por isso, os colegiados são espaços coletivos tanto dos gestores e dos trabalhadores da saúde quanto dos usuários. Espaços em que há discussão e tomada de decisões no seu campo de ação de acordo com as diretrizes e contratos definidos. A implementação das diretrizes do SUS deve ao mesmo tempo, garantir motivação, estimular a reflexão e aumentar a autoestima dos profissionais, bem como o fortalecimento do empenho no trabalho, criatividade na busca de soluções e aumento da responsabilidade social. Pressupõe, também, interação com troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais, usuários e gestores.

Para promover a gestão participativa, ou seja, maior democratização nos processos de decisão, vários caminhos podem ser adotados. Para tanto, dispositivos/arranjos estão sendo implementados nos múltiplos espaços de gestão do SUS, Brasil afora, com bons resultados.

Uma aposta radical é a democratização da gestão, que implica na ampliação do grau de transversalização entre os sujeitos envolvidos na trama do cuidado em saúde.

O que é gestão? Uma primeira aproximação

Podemos conceituar a gestão em saúde como a capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos (modos de fazer), diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde. Além disso, a gestão é um campo de ação humana que visa a coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins/metabolos/objetivos. Trata-se, portanto, de um campo de ação que tem por objeto o trabalho humano que, disposto sob o tempo e guiado por finalidades, deveria realizar tanto a missão das organizações como os interesses dos trabalhadores.

Por que é necessária a gestão?

A gestão se faz necessária, entre outros, por não haver previamente coincidência entre as finalidades da organização e interesses e desejos dos trabalhadores. Uma das tarefas da gestão é, portanto, construir coincidências entre os interesses e necessidades dos trabalhadores, a disposição de meios e os fins da organização. Não sendo necessária nem previamente estas coincidências, a gestão tem por objeto os conflitos derivados desta discrepância. Assim, a gestão toma por objeto o trabalho humano e lida com uma multiplicidade e diversidade de interesses que nele se atravessam.

O trabalho humano é composto por contradições, apresentando-se, ao mesmo tempo, como espaço de criação e de repetição; espaço de exercício da vontade e ação pelo constrangimento de outrem; trabalho para si e trabalho demandado do outro, encarnado em sujeitos e coletivos que portam necessidades (sempre sócio-históricas). Assim, é ilusão pensar que se trabalharia sempre a favor dos interesses e das necessidades dos agentes imediatos do trabalho. Trabalhar resulta, pois, da interação de elementos paradoxais, os quais determinam tanto a sua realização como sentido, quanto como alienação para seus agentes. Uma nova gestão do trabalho nas organizações de saúde precisa reconhecer a indissociável relação entre trabalho livre e trabalho estranhado e apontar exatamente aí inovações que permitam – no caso da área da Saúde – ampliar a capacidade de produção de saúde e, ao mesmo tempo, ampliar a realização dos trabalhadores (trabalho dotado de sentido).

As organizações de saúde como espaço do exercício da gestão

Os estabelecimentos de saúde são organizações profissionais compostas por sujeitos que detêm coeficientes ampliados de autonomia (de ação, de agir deliberado), o que faz com que a gestão sofra constrangimentos para a sua ação. A grande diversidade de sujeitos na composição do trabalho em saúde é definida, entre outros, pelo objeto, objetivos estratégicos, missão e posição do serviço na rede de cuidados.

De outra parte, as organizações de saúde dependem, em alguma medida, da relação que estabelecem entre si para a obtenção de seus resultados, requisitando intercâmbios definidos e mediados pelos objetos de que se ocupam e pelas responsabilidades que contraem no sistema de saúde. Além disso, as organizações de saúde produzem distintos graus de vinculação com sua clientela, estabelecendo com ela processos de contratualização os quais definem corresponsabilizações.

Por fim, as organizações de saúde têm distintas densidades e composições tecnológicas entendidas como saberes (na forma de conhecimento, práticas e/ou equipamentos), sendo que alguns deles predominam na execução de suas atividades. Essas características das organizações de saúde determinam que elas se apresentem como realidades diversas e plurais, compondo com outras organizações um extenso mosaico de serviços e uma rede de múltiplas conexões. Além disso, as organizações de saúde são complexas, pois lidam com objetos complexos (riscos e doenças); são compostas por uma grande diversidade/variabilidade tecnológica; e constituídas por sujeitos que detêm autonomia (capacidade de agir com grau de liberdade ampliado), que é exercida de forma desigual, pois seus agentes internos acumulam poder de forma desigual, fazendo com que coexistam distintas produções e experimentações subjetivas. Dessa forma, a gestão das organizações de saúde se apresentam como tarefa hipercomplexa.

Como tem sido realizada a gestão nas organizações de saúde?

Os processos tradicionais de gestão do trabalho – modos de organizar e realizar a gestão do trabalho humano – entendem que o trabalhador se submete ao trabalho para realizar os interesses dos proprietários mediante, de um lado, a necessidade de trabalhar, como condição *sine qua non* de sua reprodutibilidade e, de outro, o exercício do controle de suas vontades. Por muito tempo esta tradição tratou de produzir o entendimento (cultura, ideologia) de que os trabalhadores não tinham condição de conduzir seu próprio trabalho, pela simples falta de capacidade de gestão, ou seja, de condução da organização. É claro que esta produção (interessada) tratava de isolar os trabalhadores em postos de execução, cuja definição encontrava-se em níveis técnicos intermediários, responsáveis então pela formulação, planejamento, controle e avaliação.

Nessa lógica, o trabalho seria realizado mediante a ação não-espontânea dos trabalhadores, que necessitariam de supervisão, controle, estímulos (financeiros, morais, etc.) para produzir, para realizar as tarefas. Esta lógica (taylorista, fordista) ainda permanece no cotidiano do trabalho contemporâneo, em que pese um conjunto de novas teorias e metodologias que surgiram no decorrer do século XX.

O que produz esta concepção de trabalho no trabalhador?

Em primeiro lugar, uma produção subjetiva, forjada sobre a incapacidade de realização, produz uma “infantilização” dos trabalhadores. A isto se agrega a renúncia em participar de processos de criação, transformando o trabalho em lugar de repetição, de produção em série, de realização daquilo que foi pensado em outro lugar.

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. Trabalho mortífero!

A que se presta a gestão não-democrática?

Nesta tradição, a gestão, em tese, cumpre a função de manter a organização produzindo e em funcionamento. Espaço de acionamento dos meios, do trabalho humano (então chamados recursos humanos – RH) para os fins da organização. Espaço de controle, de submissão e de renúncia do trabalhador.

Qual sentido de gestão tem sido adotado pela Política Nacional de Humanização?

A Política Nacional de Humanização entende que o trabalho é elemento substantivo da criação do homem, que cria a si e ao mundo. A autoria do mundo é condição para a construção de si. Como então, no trabalho da saúde, avançar para uma outra gestão do trabalho – e, por consequência, das organizações?

Ampliando o conceito de gestão: cogestão

O trabalho sempre será uma mistura de espaço de criação com repetição; espaço de exercício da vontade com constrangimento; trabalho para si e trabalho demandado do outro, encarnado em sujeitos e coletivos que portam necessidades (sempre sócio-históricas). Assim, é ilusão pensar que se trabalharia sempre a favor dos interesses e necessidades dos agentes imediatos do trabalho. Esta premissa, contudo, não pode ser justificadora do trabalho imposto como foi pela tradição taylorista-fordista, até porque nela a imperiosa questão da reprodução privada do capital é central: o trabalho é o elemento da produção de mais-valia, logo a gestão é instrumento essencial da reprodução do capital.

A gestão não é um lugar ou um espaço, campo de ação exclusiva de especialistas: todos fazem gestão.

Uma nova gestão do trabalho nas organizações precisa reconhecer a indissociável relação entre trabalho livre e trabalho estranhado e apontar, exatamente aí, inovações que permitam – no caso da área da Saúde – ampliar a capacidade de produção de saúde, ao mesmo tempo que ampliar a realização dos trabalhadores. Mas como fazer isto?

Experimentação da gestão no SUS

Estas questões não podem ser tratadas fora do contexto político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), que é um produto da Reforma Sanitária Brasileira. A experiência brasileira de reorganização do sistema público de saúde, na trajetória do SUS (considerando como marco inicial a promulgação da Constituição Federal de 5 de outubro de 1988), acumulou uma série de avanços, tanto na reorganização do sistema de serviços e na introdução de novas políticas de saúde (PASCHE et al., 2006), como na produção de modificações no padrão de morbi-mortalidade da população brasileira.

Todavia, em que pesem os avanços, muitos são ainda os desafios que permanecem na agenda sanitária nacional, cujo enfrentamento requisita e impõe como condição a produção de um novo pacto sanitário nacional que permita a introdução de inovações nas formas de organização e de gestão do sistema de saúde brasileiro.

A produção de mudanças necessita da composição de uma agenda política, que deve dialogar com muitos interesses de vários setores sociais 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.

Este novo pacto nacional, entre outros, deveria incluir como tema prioritário a reconstrução das práticas de saúde – o que remete, necessariamente, ao tema da recomposição e reorganização dos processos de trabalho. Isto, por sua vez, reclama que se coloque em tela o tema do trabalho em saúde reposicionando-se o campo e os instrumentos de gestão, de modo que se apresentem como método e espaço de intervenção (CAMPOS, 2003) dotado de capacidade de produzir sujeitos aptos a imprimir mudanças nos modos de cuidar e nos modos de gerir.

De outro lado, o desafio de mudança nas práticas de saúde requer a utilização de métodos que guiem e dêem suporte a este intento, sem o qual mudanças mais substantivas terão dificuldades de serem implementadas e sustentadas.

A Política Nacional de Humanização, uma das inovações no SUS (PASCHE et al., 2006), propõe como método a inclusão, a qual se apresenta como uma “tríplice inclusão” (BRASIL, 2007a). Incluir sujeitos, coletivos e a perturbação que estas inclusões produzem nos processos de gestão.

Assim, mudanças nos modos de cuidar e de se fazer gestão decorreriam da “produção de plano e ação comum” entre sujeitos, guiados pelo pressuposto ético de produzir saúde com o outro.

Assim, o espaço da gestão a partir da experiência brasileira passa a ser compreendido também como exercício de método, uma forma e um modo de fazer as mudanças na saúde, considerando a produção de sujeitos mais livres, autônomos e corresponsáveis pela coprodução de saúde.

Cogestão, ampliação das tarefas de gestão: ir além de manter as organizações funcionando.

A gestão não é um lugar ou um espaço, campo de ação exclusiva de especialistas. Todos fazem gestão! Tomar a gestão como um método implica também na adição de outras funções para a gestão, para além de ser um espaço substantivo que permite a organização de saúde operar no tempo. No Brasil tem sido comum a expressão cogestão, cujo prefixo “co” designa duas inclusões, as quais alargam conceitualmente o que se entende por gestão.

Em primeiro lugar, 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”.

De outra parte, a ideia de cogestão recompõe as funções da gestão que, além de manter a organização funcionando, teria por tarefas:

- Analisar a instituição, produzir analisadores sociais – efeitos da ação político-institucional que trazem em si a perturbação, germe necessário para a produção de mudanças nas organizações. Assim, a gestão é concebida como um importante espaço para a problematização dos modelos de operar e agir institucional;
- Formular projetos, que implica abrir-se à disputa entre sujeitos e grupos, os quais disputam os modos de operar e os rumos da organização. Dessa forma, a gestão é também um espaço de criação;
- Constituir-se como espaço de tomada de decisão, portanto lugar substantivo de poder, entendido como capacidade de realização, força positiva, criadora;
- Ser um espaço pedagógico, lugar de aprender e de ensinar; espaço de aculturação, de produção e socialização de conhecimentos.

O prefixo “co”, nesta perspectiva, indica para o conceito e a experimentação da gestão um duplo movimento: a adição de novas funções e adição de novos sujeitos.

Como introduzir novos sujeitos no processo decisório e quais benefícios isto traria para a produção de saúde?

A inclusão de novos sujeitos nos processos decisórios das organizações de saúde, para se concretizar como prática de gestão, necessita da construção de condições políticas e institucionais efetivas. Estas condições tomam expressão na forma de arranjos e dispositivos, os quais criam um sistema de cogestão, viabilizando a constituição de espaço-tempo para o exercício da gestão compartilhada, cogestão, cogoverno.

A inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão traria como efeito a ampliação da implicação e corresponsabilização do cuidado, uma vez que as definições, na forma da produção de tarefas, seriam coletivas, ou seja, derivadas de pactos entre os sujeitos, e não de imposições sobre eles.

De outra parte, maior implicação e uma produção mais compartilhada de responsabilidades resultaria em mais e melhor produção de saúde, uma vez que a vontade de fazer estaria ampliada, reafirmando pressupostos éticos no fazer da saúde.

O trabalho nas sociedades contemporâneas, sob a égide do capital, instrumentalizou a ação do homem para a produção de mercadorias e realização de mais-valia. Isto foi possível, entre outros motivos, pelas disciplinarização e controle do trabalho e do trabalhador, tarefa que coube à gestão do trabalho. Este processo produziu forte alienação, fazendo com que o trabalho perdesse sentido, pois além de estritamente relacionado à produção de lucro (trabalhador como recurso humano), expropriou os trabalhadores da decisão sobre a organização dos processos de trabalho.

A história mostra que os trabalhadores não sofreram esta organização do trabalho sem resistências, as quais, ao lado de outros fatores, impuseram mudanças sucessivas na lógica da organização do trabalho desde o final do século XIX. Contudo, resta sempre a

questão de que o trabalho no regime do capital é sempre meio para a produção de mais-valia e, então, ajustes nos modos de gestão estarão sempre condicionados a esta que é uma marca irremovível deste regime.

No campo da saúde, a alienação no trabalho causa efeitos destrutivos, pois a produção de saúde depende da qualidade do encontro com o outro, encontro que é decorrente das formas de relação e dos processos de intercessão entre sujeitos. Esta questão tem apontado para a necessidade de reorganizar o trabalho em saúde na perspectiva de produzir sentido para quem o executa. Sem este sentido não se reduz a alienação, ou seja, não se consegue reposicionar os sujeitos na relação para a produção de contratos de corresponsabilização no cuidado.

De outra parte, o trabalho – em que pesem as discussões estabelecidas desde o final do século passado no contexto da globalização, do qual emergiram questões sobre a “crise do trabalho” no contemporâneo – se apresenta como uma importante linha de força na produção de sujeitos, na determinação dos modos de subjetivação. Isto quer dizer que a reinvenção da arquitetura de poder nas organizações e a reconstrução dos processos de trabalho interferem substantivamente nos modos de subjetivação. Talvez esta seja uma razão bastante forte para repensar as organizações de saúde.

Reinventar a gestão e os modos como se organizam a rede de atenção e as ofertas de cuidado implica, de um lado, a deflagração de um processo cultural, que por sua vez requer a produção de novas relações entre sujeitos e de novos processos institucionais. De outro lado, esta reinvenção requer a reestruturação das organizações, dos estabelecimentos de saúde, que necessitam de uma nova arquitetura capaz de propiciar e fomentar novos modos de circulação de poder e de produção de subjetividade, capazes então de fomentar a construção de inovações nas práticas de saúde (PASCHE, 2005).

Reinventar os modos de governar as instituições – portanto, de recriá-las para uma nova expressão da correlação de forças – é um exercício de aprimoramento da democracia institucional. Isto exige, entre outros, a formulação de arranjos e processos que permitam o partilhamento de interesses e a produção de novas contratualidades nas diferenças dos sujeitos. Para tanto, há de se lançar mão de conceitos ampliados de gestão, de sujeito, de subjetividade e de grupos, que permitam a compreensão e operação concreta de novos contratos (PASCHE, 2005).

Cogestão expressa, ao mesmo tempo, inclusão de novos sujeitos nos processos decisórios e alteração das tarefas da gestão, que incorpora também função de análise institucional, de contextos e da política, função de formulação, portanto de exercício crítico-criativo e função pedagógica, que Gastão Campos (2000) vai denominar de Função Paideia.

Mas o exercício da gestão ampliada e compartilhada para a produção de mudanças nas organizações de saúde requer vontade política, provisão de condições concretas e método, sem o qual se corre o risco de se transformar a cogestão apenas em um exercício discursivo. É nesta perspectiva que a própria gestão se apresenta como um método, pois ela tanto pode se prestar ao exercício do controle dos sujeitos (processos de assujeitamento), como pode ser um importante espaço de reinvenção do trabalho, produzindo sentido desde pressupostos éticos – como, por exemplo, a base doutrinária do SUS (equidade, universalidade, integralidade e participação cidadã).

Reinventar as organizações pressupõe alterar o modo de produção e fluxos de poder. Em geral, as organizações de saúde (que são realidades hipercomplexas) têm uma disposição centralizadora do poder, fomentando processos de comunicação pouco

transversais e colocando em relação apenas os iguais. Em outras palavras: o exercício da comunicação se dá entre os pares (chefes com chefes, médicos com médicos, enfermeiros com enfermeiros, e assim por diante), dificultando a emergência de processos instituintes. Dessa forma, a organização se reproduz, pois se mantém sustentada sobre linhas de forças que apenas reverberam aquilo que já está instituído.

Uma nova arquitetura deveria permitir a ampliação da superfície de contato entre as pessoas, possibilitando o encontro das diferenças. Esta orientação se sustenta pelo argumento de que os objetos com que os trabalhadores lidam são complexos (risco de adoecer e doenças), o que exige ação interdisciplinar. A ação interdisciplinar necessita da organização de espaços para o encontro e composição nas diferenças para arranjar formas de intervenção que articulem os diferentes territórios de saberes e práticas.

Sem esta articulação o trabalho deixa de ter transversalidade, apresentando-se tão-somente como realidade multidisciplinar.

O fomento e a organização de rodas é uma diretriz da cogestão. Colocar a diferença em contato para que se produzam movimentos de desestabilização nos acúmulos até então obtidos (sempre insatisfatórios) e produzir mudanças nas práticas de gestão e de atenção. Instituições mais abertas aos movimentos de mudança são uma contraprodução no campo da gestão tradicional, sempre temerosa da emergência do conflito e das perturbações, porque produzem ruídos. Todavia, instituições mais permeáveis e porosas têm maior capacidade de lidar com as instabilidades e com a emergência de contextos de crise, pois estão preparadas e dispostas a acionar a inteligência coletiva de seus integrantes. E isto requer e exige o exercício ampliado de gestão, que deixaria de ser uma “oligo-gestão” (gestão de poucos) para uma cogestão (que inclui novos sujeitos).

A Política Nacional de Humanização denomina este movimento metodológico como “método da trílice inclusão”.

Assim, o contato com a diferença vai exigir que as instituições passem a lidar e não a evitar os conflitos; aliás, as organizações e seu processo de gestão ampliado passam a produzir perturbações, pois o encontro entre as diferenças propicia a emergência de tensões advindas da relação entre sujeitos que portam diferentes desejos, interesses e necessidades. Isto requer, além de método, a introdução de estratégias de suporte para as equipes como, por exemplo, a oferta de apoio institucional.

A reorganização da arquitetura das organizações deveria produzir unidades de produção (UP), onde equipes de referência se constituiriam para lidar com seus objetos complexos. Estas unidades de produção e equipes de referência são conceitos e ferramentas basilares para a reorganização das práticas de gestão e de saúde porque, a partir do estabelecimento de contratos internos (nas equipes e nas organizações a que pertencem), estabeleceriam acordos com outras equipes e serviços – fundando, assim, possibilidades concretas de reorganizar a rede de atenção à saúde, sem o qual não se garante o cuidado longitudinal.

Assim, a produção de contratos entre equipes e serviços é uma das funções da gestão, tarefa sem a qual não se ampliam as estratégias de responsabilização.

A reinvenção organizacional, tanto no sentido da instauração de espaços coletivos para a concertação e pactuação de interesses como da reconstrução das linhas de poder, que implica o redesenho organizacional, é condição necessária para o intento de fazer com que as organizações de saúde se aproximem o mais possível da realização do objetivo de produzir saúde (função e tarefa primária) e sujeitos mais autônomos e livres, condição para a construção mais partilhada de processos de responsabilização.

Para fins didáticos, a Política Nacional de Humanização distingue arranjos/dispositivos de cogestão em dois grupos:

O primeiro grupo diz respeito à organização do espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre desejos e interesses tanto dos usuários quanto dos trabalhadores e gestores.

O segundo grupo refere-se aos mecanismos que garantam a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde. Estes devem propiciar tanto a manutenção dos laços sociais dos usuários internados quanto a sua inserção e a de seus familiares nos projetos terapêuticos e acompanhamento do tratamento.

Organização de espaços coletivos de gestão para a produção de acordos e pactos entre usuários, trabalhadores e gestores.

Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) – Coletivos organizados, participativos e democráticos que se destinam a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade e aumento da equidade na assistência e democratização da gestão, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde.

Constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais em cada equipamento de saúde, tem como atribuições: difundir os princípios norteadores da humanização; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento do serviço; promover o trabalho em equipe multi e interprofissional; propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; estabelecer fluxo de propostas entre os diversos setores das instituições de saúde, a gestão, os usuários e a comunidade; melhorar a comunicação e a integração do serviço com a comunidade.

Colegiados Gestores de Hospital, de Distritos Sanitários e Secretarias de Saúde – Compostos por coordenadores de áreas/setores, gerentes (dos diferentes níveis da atenção), secretário de saúde, diretores e, no caso do hospital, todos os coordenadores das unidades de produção. Dentre outras, tem como atribuições: elaborar o Projeto Diretor do Distrito/Secretaria/Hospital; constituir-se como espaço de negociação e definição de prioridades, definir os investimentos, organizar os projetos das várias unidades, construir a sistemática de avaliação, prestar contas aos Conselhos Gestores e administrar imprevistos.

Colegiado Gestor da Unidade de Saúde – Tem por atribuições: elaborar o Projeto de Ação; atuar no processo de trabalho da unidade; responsabilizar os envolvidos; acolher e encaminhar as demandas dos usuários; criar e avaliar os indicadores; sugerir e elaborar propostas e criar estratégias para o envolvimento de todos os membros e equipes do serviço. Na atenção básica, o Colegiado é composto por representantes das Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, contemplando trabalhadores dos níveis superior, médio e elementar. No caso das unidades de saúde com mais de uma Equipe de Saúde da Família, orienta-se que todas elas estejam representadas no Colegiado da Unidade, por meio de um profissional de nível superior, um Agente Comunitário de Saúde e um representante dos trabalhadores com formação técnica/auxiliar (enfermagem, odontologia ou outro). Ressalta-se que a Equipe de Saúde da Família, por

si só é um “coletivo organizado de trabalhadores”. De configuração multiprofissional, comporta-se como uma instância colegiada, exercitando a sua potencialidade de se fazer integrada e participativa em seu cotidiano de trabalho. Em hospitais e serviços especializados conformam-se os Colegiados de Unidades de Produção, entendidos como unidades/serviços que reúnem equipes multiprofissionais em torno de um objeto específico e comum de trabalho, levando em conta os diferentes eixos dos cuidados, como, por exemplo, a Unidade de Produção de Saúde da Criança (voltada para esse público).

Mesa de Negociação Permanente – As Mesas de Negociação Permanente são fóruns paritários que reúnem gestores e trabalhadores a fim de tratar dos conflitos inerentes às relações de trabalho. A criação destes mecanismos se insere no contexto de democratização das relações de trabalho, nas quais a participação do trabalhador é entendida como fundamental para o exercício dos direitos de cidadania visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde e ao fortalecimento do SUS. As mesas possibilitam a construção conjunta de um plano de trabalho e de uma agenda de prioridades das questões a serem debatidas e pactuadas entre gestores públicos, prestadores e trabalhadores da Saúde.

Contratos de Gestão – Firmados entre as unidades de saúde e as instâncias hierárquicas de gestão como, por exemplo, unidades de saúde ambulatoriais e hospitais, com o distrito sanitário e/ou com o nível central da Secretaria de Saúde. A pactuação de metas se dá em três grandes eixos: a) ampliação do acesso, qualificação e humanização da atenção; b) valorização dos trabalhadores, implementação de gestão participativa; c) garantia de sustentabilidade da unidade. Esses contratos devem ter acompanhamento e avaliação sistemática em comissões de trabalhadores, usuários e gestores.

Contratos Internos de Gestão – Contrato pode ser entendido como um pacto, um acordo entre duas ou mais partes que se comprometem a cumprir o que foi decidido. Contratos Internos de Gestão são acordos técnico-políticos entre unidades/equipes que compõem um serviço de saúde, estimulando as interfaces e a corresponsabilização por meio da constituição de redes de trabalho e de compromisso. Eles representam a reorganização nos processos de trabalho nas unidades – que, a partir de diretrizes e objetivos claros, se materializam em metas, planos de ação e indicadores, voltados para mudanças nas práticas de atenção e fortalecimento da gestão compartilhada e participativa.

Os Contratos Internos de Gestão representam acordos e pactos entre unidades e equipes de saúde derivados de movimentos intensivos e extensivos de análise e discussão coletiva, sendo potentes mecanismos para garantir a sustentabilidade de mudanças na lógica da organização do trabalho e da gestão. Além disto, os Contratos Internos de Gestão rompem com os modos fragmentados de pensar e agir nas organizações, construindo e fomentando redes de conversação, de troca e cooperação.

Câmara Técnica de Humanização – Fórum proposto para agregar instâncias/serviços/sujeitos com o objetivo de compartilhar experiências do/no campo de políticas/ações de humanização, compondo redes e movimentos de cogestão.

Pode-se constituir por intermédio de representações institucionais formalizadas ou com sujeitos interessados nas discussões e encaminhamentos acerca de planos de trabalho e avaliação de experiências. Seu método de funcionamento é pautado no mapeamento e ajustes contínuos das iniciativas à luz dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização. Seu caráter pedagógico formativo é conferido pelas análises coletivas e destaque. Uma nova arquitetura de gestão deve permitir o aumento do contato entre as pessoas, possibilitando o encontro das diferenças de indicadores do processo de implementação e seus alcances, podendo servir como referência para outros serviços.

Apenas citando os dispositivos para fomento da participação ativa de usuários, familiares e redes sociais no cotidiano de serviços de saúde:

- Equipe de Referência;
- Projeto Terapêutico Singular;
- Direito a acompanhante em consultas, realização de exames e em internações;
- Visita aberta;
- Espaços de escuta qualificada de usuários e trabalhadores: ouvidoria, gerência de agenda aberta, etc.

Referências Bibliográficas

Artigo: Construção democrática, neoliberalismo e participação: os dilemas da confluência perversa. Evelina Dagnino

BENEVIDES, Maria Victoria de Mesquita. Cidadania e democracia. 1994.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1991.

BRASIL. Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

Método Paidéia para co-gestão. MÉTODO PAIDÉIA PARA CO-GESTÃO DE COLETIVOS ORGANIZADOS PARA O TRABALHO METHOD PAIDEIA: DEMOCRATIC MANAGEMENT AT WORK Gustavo Tenório CUNHA. Gastão Wagner de Souza CAMPOS.

Participação e controle social em saúde.
Ana Maria Costa e Natália Aurélio Vieira

POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL: PARTICIPAÇÃO SOCIAL, CONSELHOS E PARCERIAS. Frederico Barbosa da Silva, Luciana Jaccoud e Nathalie Beghin.

Programa de Governo Fernando Pimentel 2015-2018, Agosto 2014, páginas 128 e 129.

Rede HumanizaSUS: Rede de colaboração para a humanização da gestão e da atenção no SUS.

Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 17 a 21 de março de 1986.

FOTOS

As fotos do Seminário de Gestão Participativa poderão ser acessadas pelos links abaixo.

<https://www.flickr.com/photos/saudemg/sets/72157660177622303>

<https://drive.google.com/open?id=0B32XZMq0igIKVnA2MDI5NGw4SWs>