

Gestão Compartilhada em Saúde – A Experiência de uma Unidade de Atenção Primária em Saúde

1 Introdução

O trabalho em saúde coletiva, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, possui peculiaridades e especificidades, tais como o trabalho em equipe, o acesso universal à saúde, a integralidade, a descentralização da atenção, entre outros. Seu objeto de trabalho – as pessoas – possui o mesmo status ontológico de quem exerce o trabalho e, portanto, não é passivo.

Desta maneira formas tradicionais de gestão não seriam as mais adequadas aos serviços de saúde que atuam sob estas perspectivas. Sabe-se que até os dias atuais os modelos de gestão sofrem forte influência das teorias tradicionais da administração. Características estas evidenciadas nas cobranças por produtividade (desconsiderando-se a qualidade do serviço prestado), a fragmentação e a hierarquização do trabalho, além da consequente alienação do trabalhador de saúde (MATOS E PIRES, 2006).

Com isso, destaca-se a importância de discussões e estudos acerca de um modelo que seja capaz de responder as necessidades e relações complexas e que envolvam os diferentes seguimentos e sujeitos sociais, como o usuário, o trabalhador em saúde, os gestores e prestadores de serviço no SUS.

A Gestão Compartilhada, também chamada de Colegiada, Participativa ou Co-Gestão, se apresenta como uma proposta de gerenciamento desenvolvida para organizações de saúde, embora também seja aplicada a outros serviços em outros contextos. Almeja-se um método mais adequado às necessidades do trabalho, contemplando os objetivos primários destas organizações - a própria produção de saúde – e os secundários, ligados à sobrevivência e satisfação profissional. O envolvimento de diferentes sujeitos representa uma possibilidade de adoção da Gestão Colegiada como método de gerenciamento. A participação dos representantes da população qualifica e humaniza o trabalho.

Pensando nestas diferentes necessidades e relações que se estabelecem, observar o papel de cada seguimento na construção de modelos que sejam horizontalizados, participativos e democráticos, sem que se perca o foco da produção de saúde e do desenvolvimento do profissional que atua no setor constitui um desafio para o gestor de serviços de saúde e, para tal, as influências, a subjetividade nas relações, os diferentes saberes, valores e práticas acabam por tensionar uma arena de discussão que não deve ser desconsiderada.

2 Desenvolvimento

Este estudo debate a Gestão Compartilhada, através da experiência da Unidade Jardim Itu do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. O Serviço de Saúde Comunitária é formado por doze postos de saúde instalados em bairros da Zona Norte de Porto Alegre. Caracteriza-se por ser um serviço de atenção primária à saúde, atendendo aproximadamente 125 mil pessoas que são cadastradas para um permanente acompanhamento de seu estado de saúde. Através de programas de prevenção e de tratamento feitos por equipe multiprofissional, com médico de família e comunidade, equipe

de enfermagem, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde.

A gestão de serviços de saúde públicos, orientados pela Atenção Primária à Saúde (APS), representa uma pauta a ser definida nestes locais, sabe-se que modelos tradicionais acabam por favorecer a alienação dos trabalhadores, além de não corresponder à missão destes serviços. Para refletirmos sobre isso, ressaltam-se os princípios norteadores da APS, que são: primeiro contato (é a porta de entrada do sistema de saúde, primeiro acesso), longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado (gerencia o cuidado em saúde), a focalização na família e a orientação comunitária (STARFIELD, 2002).

Desta forma, serviços de APS apresentam-se, nas comunidades em que estão inseridos, como referência para seus problemas de saúde, seja para cada novo problema ou para cada novo episódio de um mesmo problema que necessite de atenção à saúde (primeiro contato). Implica ofertar aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso regular ao longo do tempo pelos indivíduos ou famílias (longitudinalidade). Deve haver o oferecimento de um conjunto de ações e serviços que atendam às necessidades comuns à saúde da população sob responsabilidade do serviço, além de fazer parte de uma rede regionalizada, de referência e contra-referência, para alguns problemas (integralidade). À coordenação do cuidado, deve-se a capacidade do serviço (ou profissional de saúde) de gerenciar e garantir a continuidade dos problemas que requeiram ser acompanhados em outros níveis de atenção.

Além destes, a APS percebe a família como unidade social na qual o sujeito está inserido, reconhecendo seus problemas como um todo (focalização na família). Ela preconiza também o reconhecimento do contexto social, comunitário e cultural em que estas famílias estão inseridas, através de análises situacionais, na perspectiva da saúde coletiva (orientação comunitária) (STARFIELD, 2002).

Pensar o gerenciamento de serviços de saúde que trabalhem sob a perspectiva da APS significa refletir sobre modelos que possam favorecer os processos de trabalho de forma a atingir seus objetivos primários (produzir saúde) e secundários (correspondente aos seus princípios fundamentais) Assim, eles podem se concretizar com qualidade, responsabilidade e totalidade.

A situação enfrentada na Unidade de Saúde descrita era de grande dificuldade em lidar com os aspectos exigidos pelo cargo de gestor local. Este além das atribuições inerentes ao cargo, como planejamento, acompanhamento funcional e das relações, condução dos processos de trabalho, avaliação de metas e indicadores, entre outros, ainda assume as funções assistenciais inerentes a função exercida naquele serviço (como por exemplo, as atribuições do médico, enfermeiro, psicólogo, entre outros).

Com isso, percebia-se um desgaste e a dificuldade em manter o cargo por um período integral de gestão, sendo necessária a realização de inúmeras reuniões com a equipe e com a coordenação geral do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), no intuito de resolver a condução destes processos.

Objetivando obter uma maior co-responsabilização de toda a equipe e com isso, diminuir a carga gerencial para o coordenador local, esta equipe, há 3 anos, optou por formar um “Colegiado de Gestão”, constituído pelo coordenador da equipe e pelos coordenadores dos grupos de trabalho temáticos que se formaram.

Os grupos foram definidos em cinco áreas temáticas, que são: Acesso e Humanização, Administrativo, Ensino e Pesquisa, Participação Popular e Vigilância em

Saúde. Os temas foram propostos pelas necessidades do serviço e cada trabalhador inseriu-se em um deles pela afinidade com o tema.

Este processo após estudado e definido o formato e fluxo de funcionamento, foi apresentado ao Conselho Local de Saúde (CLS) para que houvesse a aproximação dos representantes da comunidade neste espaço que se constituía.

A avaliação deste processo e a análise do cumprimento dos objetivos propostos estão programados para acontecer, no mínimo, uma vez ao ano, neste momento procura-se analisar o desenvolvimento da proposta e as necessidades de adaptações para o ano seguinte, além da apresentação, em equipe, do planejamento, para que todos acompanhem o trabalho das partes (Grupos de Trabalhos temáticos).

Entretanto, gerenciar democraticamente pode acarretar em “ruídos” ou “estranhamentos” na rotina da equipe. Os fluxos de comunicação nos diferentes espaços são encarados como desafios. Esta gestão deve estar em consonância com o planejamento do serviço. Também, é fundamental avaliar o processo e os resultados advindos da implementação da Gestão Compartilhada. É realizada uma avaliação individual e discussão com todos para planejar o seguimento da Gestão no próximo ano.

3 Considerações Finais

Observa-se que a Gestão Colegiada, ou Compartilhada em saúde é uma ferramenta de gestão que busca em sua essência considerar as relações nos processos de trabalho, valorizando-as e estimulando os diferentes sujeitos a serem autores do “fazer em saúde”, sejam estes trabalhadores, comunidade, gestores ou prestadores. Descentralizar o “poder”, ser responsável pelas decisões, desenvolver mecanismos capazes de dar respostas a estas propostas democráticas e que incluam os diferentes sujeitos constituem um dos principais desafios desta proposta.

Na Gestão Compartilhada, é necessário seguir potencializando os espaços de tomada de decisão e qualificando a autonomia nos processos, que vão desde a idealização até a concretização do fazer em saúde, requerendo o envolvimento contínuo com este ideal.

Espera-se que, com o tempo e a vivência, todos os envolvidos nestas relações sintam-se ativos e responsáveis. Os trabalhadores sejam protagonistas de seu trabalho, co-responsabilizando-se pelos objetivos, sendo autônomos e fortemente identificados com o trabalho. Os usuários possam integrar os processos de planejamento, condução e avaliação do trabalho realizado, não se restringindo ao sentido vigilante e sim atuando e decidindo conjuntamente, e que o gestor local sintam-se menos sobrecarregado e mais satisfeito com a condução destes processos. Assim, torna-se possível gerenciar democraticamente.

Palavras-chaves: Gestão Compartilhada, Gestão Colegiada, Gestão Participativa, Trabalho em Saúde.

Referências

1. CAMPOS, Gastão W. S. **Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos**. Editora Hucitec, 3^aed. São Paulo, 2007.

2. CAMPOS, Gastão W. **O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(4): 863-870, out-dez, 1998.
3. FEUERWERKER, Laura. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS.** Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.
4. MATOS, Eliane e PIRES, Denise. **Teorias Administrativas e Organização do Trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na Enfermagem.** Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15 (3): 508-14.
5. STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária à Saúde: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 726p. 2002.