

ISBN 978-95-89026-60-5



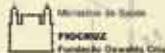
9 789589 026605

As organizações de saúde necessitam de gerentes que tenham competência para enfrentar os desafios gerados pela complexidade do setor Saúde e as exigências por qualidade nos serviços prestados à população. Para desempenhar esta função é necessário conhecer o planejamento, as estratégias para intervenção, a programação; entender sobre as formas de contrato, sobre gestão dos processos de trabalho e do conhecimento, entender a organização da rede de saúde, além das questões relacionadas à infraestrutura predial das unidades de saúde e sua manutenção.

Antes de tudo, o gerente precisa cuidar de sua equipe, precisa ser e atuar como um líder; e ter a capacidade de escutar e orquestrar.

Na realidade brasileira, principalmente em organizações públicas de saúde, os desafios para uma melhor formação de gerentes são enormes, assemelhando-se aos desafios da própria consolidação do SUS e da estratégia de expansão das Unidades Primárias de Saúde.

A ideia de uma oferta que se pretende útil de alguma forma, e que necessariamente pode ser aperfeiçoada, demanda escuta. Neste contexto, sua sugestão é bem-vinda!



5300E / 4300E

**MANUAL DO GERENTE**

desafios da média gerência na saúde



desafios da média gerência na saúde



**MANUAL DO  
GERENTE**

desafios da média gerência na saúde



# MANUAL DO GERENTE

desafios da média gerência na saúde

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz  
Biblioteca de Saúde Pública

Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde / organizado por Luisa Regina Pessôa, Eduardo Henrique de Arruda Santos e Kellem Raquel Brandão de Oliveira Torres / autores Camilla Maia Franco, Simone Agadir Santos e Monica Ferzola Salgado – Rio de Janeiro, Ensp, 2011.

208 p. : il.  
ISBN: 978-85-88026-60-5

1. Gerência em Saúde. 2. Gestão do Conhecimento. 3. Processo de Trabalho. 4. Incorporação Tecnológica. 5. Linha de Cuidado. 6. Planejamento e Avaliação. I. Pessôa, Luisa Regina; Santos, Eduardo Henrique de Arruda; Torres, Kellem Raquel Brandão de Oliveira (Org.). II. Título.

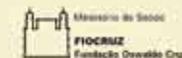
CDD – 600

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480  
Prédio Professor Joaquim Alberto Cardoso de Melo  
Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ  
CEP: 21041-210  
www.ensp.fiocruz.br

Luisa Regina Pessôa  
Coordenação

Rio de Janeiro, 2011



**Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz**

**PRESIDENTE**

Paulo Ernani Gadelha

**DIRETOR DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA**

Antônio Ivo de Carvalho

**VICE-DIRETORIA DE ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE /ENSP**

Marcelo Rasga Moreira

**Programa de Qualificação da Incorporação de Tecnologias em Saúde**

**COORDENAÇÃO**

Luisa Regina Pessôa

**Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro**

**PREFEITO**

Eduardo Paes

**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL**

Hans Fernando Rocha Dohmann

**SUBSECRETÁRIA GERAL**

Anamaria Carvalho Schneider

**SUBSECRETÁRIO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Daniel Soranz

**Copyright © 2011 dos autores**

**Todos os direitos de edição reservados à Fundação Oswaldo Cruz/Ensp**

**SUPERVISÃO EDITORIAL**

Luisa Regina Pessôa

Eduardo Henrique de Arruda Santos

**REVISÃO**

Maria José de Sant'Anna

**PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO**

Mary Paz Guillén

**ILUSTRAÇÕES**

Fernando Motta

**CAPA**

Marcio Alexandre Bella (Bragga)

**AUTORES**

Camilla Maia Franco

Eduardo Henrique de Arruda Santos (organizador)

Kellem Raquel Brandão de Oliveira Torres (organizadora)

Luisa Regina Pessôa (organizadora)

Monica Ferzola Salgado

Simone Agadir Santos

Túlio Batista Franco<sup>1</sup>

**COLABORADORES**

Alvaro Kniestedt

Heloisa Helena Rousselet de Alencar

Marta Helena Buzatti Fert

Max André dos Santos

**VALIDADORES**

Ana Catarina Busch Loivos

Alexandre Modesto

Alexandre Wellos

Áurea Bittencourt

Carlos Alberto Linger

Carlos Rubens Cardoso

César Roberto Braga Macedo

Cristina G. Veneu

Cyntia Amorim Guerra

Edson Borga

Érica da Silva Zanardi

Fernanda Christine Dutra Bastos

Gert Wimmer

Helena Seidl

Ildary Mesquita Machado

Leonardo de Oliveira El-warrak

Letícia Thomaz de Almeida

Luciana Costa Carvalho

Marcelo Ferreira Motta

Marcelo Menezes de Andrade

Patrícia Dias Martins

Regina Daibes Silva

Vanessa M. F. Teles

**AUDIOVISUAL**

Camilla Leal Ferreira Ravagnani

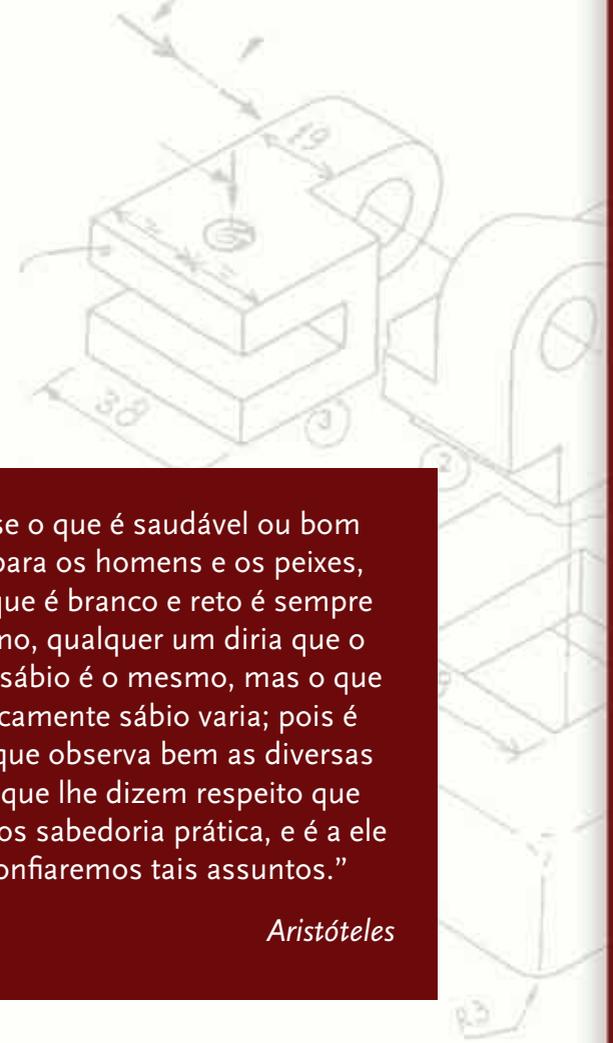
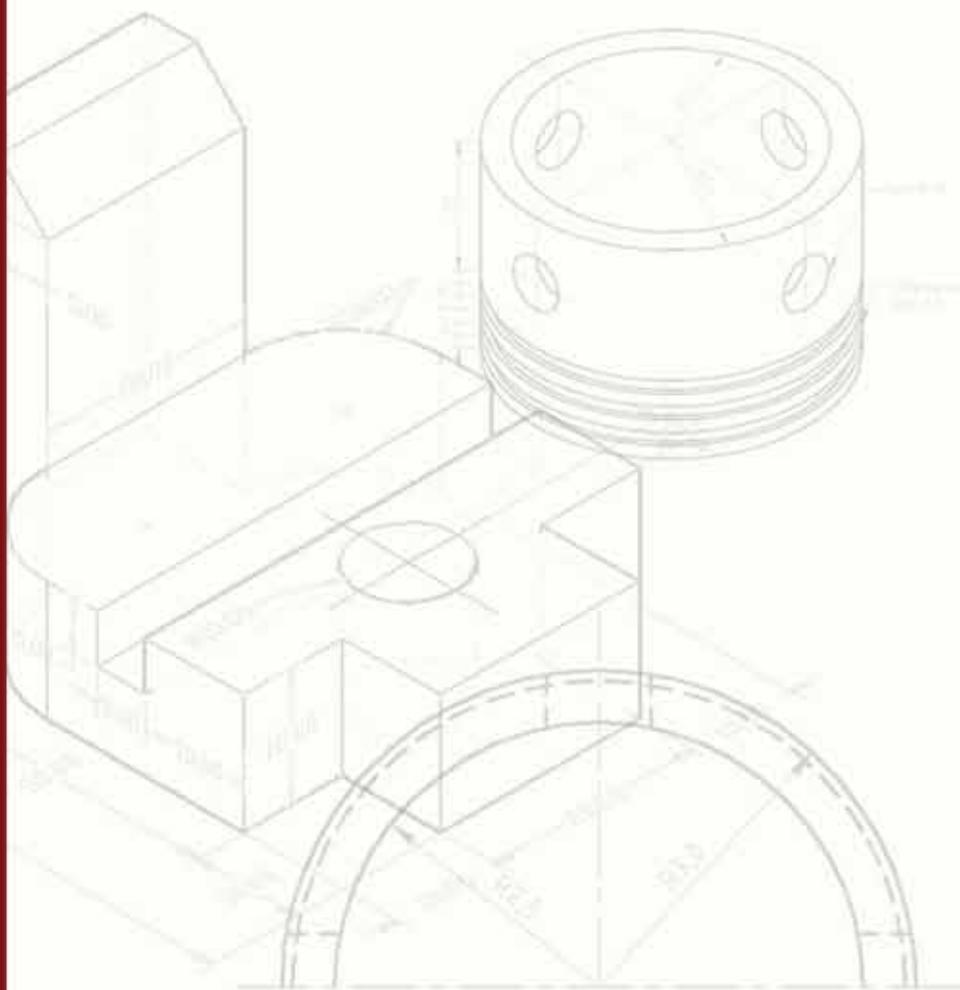
Frederico Pessoa Cardoso

Marcio Alexandre Bella (Bragga)

Paula de Castro Santos

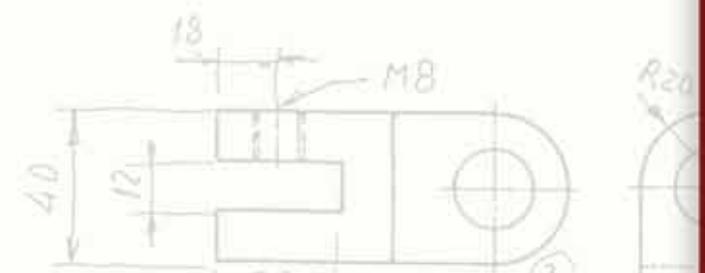
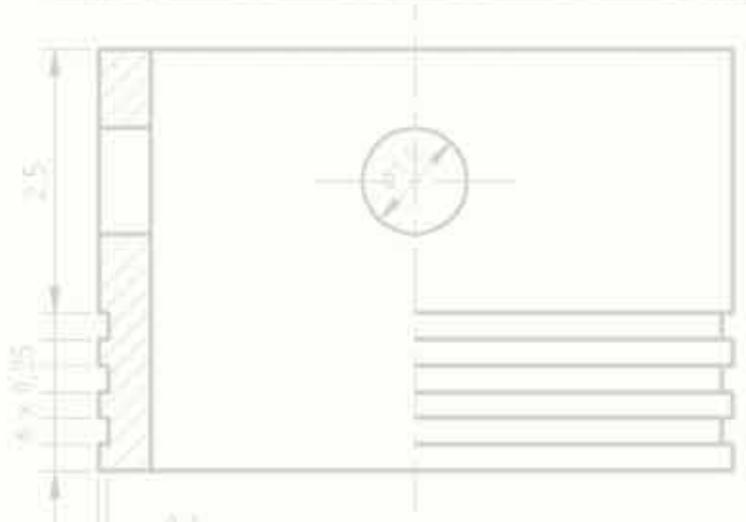
Rogério Frazão Bulcão Fonseca

<sup>1</sup>Participou do Capítulo Linha de Cuidado Integral



“Ora, se o que é saudável ou bom difere para os homens e os peixes, mas o que é branco e reto é sempre o mesmo, qualquer um diria que o homem sábio é o mesmo, mas o que é praticamente sábio varia; pois é àquele que observa bem as diversas coisas que lhe dizem respeito que atribuímos sabedoria prática, e é a ele que confiaremos tais assuntos.”

*Aristóteles*



A technical drawing of a mechanical part, possibly a shaft or a component of a machine, shown in a perspective view. The drawing includes various lines, circles, and dimension lines, indicating its complex geometry and engineering specifications. The drawing is rendered in a light gray color, providing a background for the text.

## Prefácio

Prefaciar um manual para a gerência intermediária de serviço, redes e sistemas de saúde. Eis um desafio de bom tamanho! É tarefa realizável somente porque se trata de um empreendimento da arquiteta, sanitarista e defensora radical do Sistema Único de Saúde (SUS) Luisa Regina Pessôa, cuja seriedade conheço há alguns anos. O compromisso ético e político da organizadora convoca a tomar contato com a proposta do livro neste formato, tão avesso à lógica produtivista do “mundo da ciência” que nos envolve a todos.

E o primeiro espanto é o público ao qual se destina: a gerência intermediária (a média gerência) do sistema de serviços de saúde. Este segmento da direção dos serviços para os quais se produzem inúmeras portarias e procedimentos operacionais, de um lado, e cadeias de comando de outro, e que é invisível em investimentos do âmbito da aprendizagem criativa. E veja-se que há alguns anos falamos da micropolítica do trabalho, a partir das contribuições de Merhy<sup>1</sup> e tantos outros, e no estudo das políticas, as ciências sociais já nos alertaram que a fase de implementação, autônoma e, muitas vezes, independente, pode ordenar processos de trabalho em direção diametralmente distinta daquela indicada até a etapa normativa do ciclo da política. Também contribuí para evidenciar a relevância desta produção o reconhecido contexto de complexidade no qual está imersa a área da saúde, com situações multideterminadas e

com fluxos cruzados, que gera problemas pouco estruturados, fazendo com que somente conhecimentos instrumentais e técnicas padronizadas não tenham capacidade de abordá-los de forma efetiva. Assim, rapidamente, chegamos a uma evidência argumentativa de que a gerência intermediária é o elo mais complexo da estrutura de gestão do sistema de saúde. Portanto, estratégico do ponto de vista de alimentar seu compromisso com certo modo de organizar o seu trabalho e de produzir aprendizagens no cotidiano.

Sim, utilizo-me da expressão “gestão” para me referir a parte do trabalho desses atores – mesmo sendo autor de diversos textos conceituais demonstrando distinções entre a “gerência” – relativa ao campo de conhecimentos e práticas da administração aplicado à direção de serviços de saúde, e à “gestão”, relativa a um plano interdisciplinar de conhecimentos e práticas, com ênfase na Saúde Coletiva, aplicado à direção de redes e sistemas de saúde. No caso desta produção, não há confusão conceitual, mas sim a decisão política de diálogo com o “gestor” que existe em cada gerente intermediário; a gestão com “g” minúsculo, como nos alertou Merhy, para dizer de uma ação em rede que fazemos todos, em favor ou em oposição ao constructo ético e político do SUS, e não apenas a gestão com “G” maiúsculo, aquela que fazem os dirigentes dos escalões superiores dos sistemas de saúde. Organizar o cotidiano do trabalho explicitamente em oposição ao SUS ou mesmo tornar-se imobilizado por insuficiências e deficiências em certos aspectos de sua implementação pode produzir o mesmo efeito: descrédito, reatividade e imaginários sociais contrários a essa conquista da população brasileira que é a nossa política de saúde atual. Aí está a gestão no cotidiano dos gerentes, que também podem mobilizar criativamente os recursos para superar os problemas do cotidiano, imperfeito como ele é, em afirmação ao SUS, como aposta esta publicação.

Mesmo o conhecimento instrumental e a técnica, quando aparece na coletânea de textos que compõem a produção, estão mobilizados não apenas pela lógica instrumental,

de aplicação direta sobre problemas visíveis, mas para fazer certo estranhamento ao pensamento e mobilizar o compromisso político com o SUS. Como explicar, de outra maneira, um capítulo sobre a gestão do trabalho tomado pelas ideias da micropolítica, avizinjado a outro, sobre gestão de recursos físicos e tecnológicos, tomado por roteiros e dicas operacionais?; ou mesmo o capítulo de linhas de cuidado, com ideias sobre a integralidade do cuidado e a organização de práticas cuidadoras, no mesmo conjunto com um texto sobre planejamento em saúde, com uma revisão mais instrumental de recursos e técnicas para o cotidiano do serviço de saúde? Não é a adesão cega à técnica, mas uma provocação ao melhor da capacidade de mobilizar as condições locais na superação dos problemas do cotidiano o que me parece dar sentido à combinação. Não há purezas epistemológicas e padrões de verdade na produção; há ofertas de abordagens coletadas na produção teórica e nos saberes da prática, de muitos e intensos anos em contato com o cotidiano do sistema de saúde. Nesse sentido, também é uma “caixa de ferramentas”, expressão que aparece em alguns momentos do texto.

Sim. Embora em alguns momentos tenhamos o olhar ofuscado pelo imaginário de ferramentas no sentido físico, como tecnologia dura ou mesmo leve-dura, no dizer de Merhy, ou até de teorias e conceitos fechados, a proposta predominante na publicação é a de provocar o pensamento a resolver os problemas do cotidiano. Como nos disse Deleuze<sup>ii</sup>, a teoria opera como “caixa de ferramentas” quando produz efeito de multiplicação na sua própria produção; quando ela “funciona” não apenas na direção da aplicação do conhecimento formal produzido no contexto de certas relações de poder, que se tornam prevalentes em certos contextos históricos e sociais, mas quando ela suscita novos arranjos que ajudem a superar os problemas do cotidiano. Uma teoria que opera como caixa de ferramentas não pretende esclarecer ou iluminar; pretende transformar. O gerente intermediário que utilizar esta publicação como “caixa de ferramentas” terá de estar preparado

para “falar por si próprio”, como nos alertou Deleuze. Se a intenção for adentrar num discurso que busca explicações para o imobilismo e grandes teorias de impossibilidade, ainda é tempo de buscar outras leituras... Aqui o convite é ao fazer no cotidiano, de transversalizar os problemas mobilizando os recursos disponíveis; é fazer uma saúde mais forte e mais generosa, como nos reivindica o ideário do SUS.

Pois é, isso nos coloca diante de outra tensão: é um “manual” ou é uma “caixa de ferramentas”? Um chamando à prática mais instrumental e outro provocando a uma prática de pensamento voltado à ação. Suspeito, no estágio de leitura em que escrevo este prefácio, que se trata de mais uma provocação dos organizadores ao pensamento do leitor. Como numa citação de Nietzsche disponível logo adiante, penso que o que está em jogo é uma aposta no “gerente original”: não um iluminado pela técnica e pela teoria que tenha a capacidade de “ver antes dos demais”; mas um gerente implicado que, tomado pelo compromisso ético e político com a saúde, olhe o que todos já vimos e enxergue novas potências para fazer, no cotidiano do serviço que dirige, o SUS dar mais alguns passos em direção ao direito à saúde integral que temos todos.

Boa leitura!

*Alcindo Antônio Ferla*

(médico, doutor em educação na saúde, professor adjunto do Bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS, pesquisador em saúde coletiva).

---

<sup>i</sup> MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

<sup>ii</sup> DELEUZE, G. Os intelectuais e o poder: conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. Em: FOUCAULT, M. Microfísica do poder. 10ª Edição. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Linha de Cuidado Integral

Planejamento e Avaliação em Saúde

Gestão do Conhecimento

Recursos Físicos e Tecnológicos

Caixa de Ferramentas

A background of technical drawings and mechanical parts in a light green color, overlaid on a dark green gradient. The drawings include various components like gears, shafts, and housing parts, connected by thin lines.

"O conceito de **felicidade** tem que ser tirado do conceito da atividade humana em sua **perfeição**."

*Aristóteles*

# Gestão do Processo de Trabalho em Saúde

Mediar conflitos, gerenciar processos produtivos no campo da saúde, fazer a gestão do trabalho com foco na qualidade do atendimento ao usuário é um grande desafio para o gerente. O **Módulo 1** deste capítulo traz algumas ferramentas que poderão auxiliar na análise e na gestão dos processos de trabalho, a fim de perceber os nós críticos existentes na produção do cuidado e propor aos trabalhadores ações para resolvê-los. O **Módulo 2** apresenta ferramentas que podem auxiliar o gerente na mediação dos conflitos. Cabe lembrar que esta é uma primeira aproximação das ferramentas escolhidas pelos autores, entre tantas outras, para trabalhar questões relacionadas ao processo de trabalho em saúde. Toda ação de intervenção pontual ou (re)organização do processo de trabalho de uma instituição deve ser cuidadosamente planejada após um diagnóstico situacional,<sup>1</sup> uma vez que a análise da organização do trabalho é um elemento importante para perceber a produção do cuidado e avaliar o serviço de saúde.

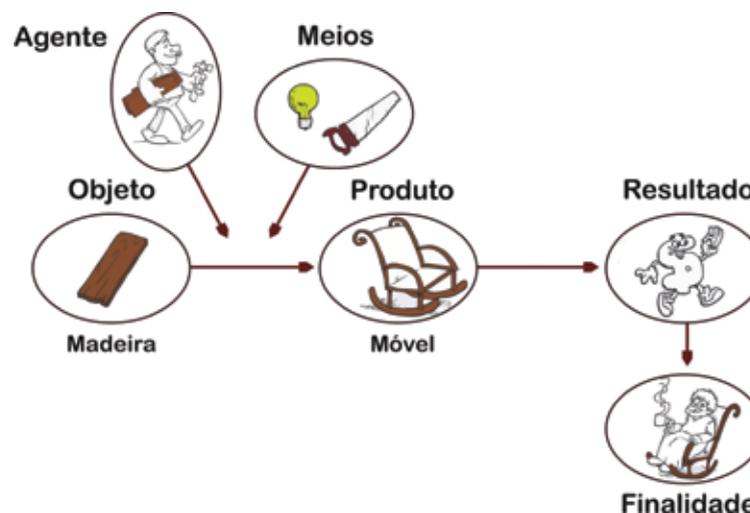
Para princípio de conversa, cabe esclarecer sobre como compreendemos o **Trabalho**.

Trabalho é qualquer ação do homem sobre a natureza na intenção de transformá-la, e tem uma finalidade social e uma intencionalidade. O trabalho do homem tem uma racionalidade, uma vez que o homem possui uma faculdade mental e uma capacidade de pensar o trabalho antes de executá-lo.

No exemplo a seguir temos o carpinteiro (agente), que pensa em suas ações a partir do conhecimento prévio (meios) sobre a madeira antes de executá-las com ferramentas (meios), a fim de transformar a madeira em cadeira (produto).

<sup>1</sup>O diagnóstico situacional é como uma fotografia no momento em que é tirada. Permite observar a realidade evidenciada e identificar as condições que devem ser mudadas. Ele pode surgir de uma análise muito profunda da situação, como da experiência e do conhecimento da equipe sobre a realidade em questão. O fundamental para que um diagnóstico resulte em um plano com estratégias para intervenção é que durante a sua elaboração, se busquem as causas ou fatores que condicionam a realidade observada. "O processo de diagnóstico é essencialmente um processo de avaliação." (CHORNY, 2010, p. 173).

## Processo de Trabalho



O trabalho tem três dimensões: política, que diz respeito à sua finalidade; organizacional, que diz respeito ao processo gerencial para organizá-lo; e técnica, que diz respeito ao trabalho propriamente dito.

## Processo de Trabalho da Gerência



E você? Já pensou sobre o seu processo de trabalho? Quais são os meios que utiliza? E os produto(s) que produz? Qual(is) resultado(s) espera alcançar? Qual a finalidade?

Merhy (1997) chama o trabalho no momento exato da ação de “trabalho vivo em ato”. Afirmo que o mesmo é composto pela dimensão da atividade como construtora de produtos, ligada à realização de uma finalidade para o produto, e outra dimensão que é relacional, pois vincula o produtor do ato, o trabalhador, aos produtos produzidos, bem como as relações estabelecidas com outros trabalhadores e com os usuários de seus produtos.

A criação de vínculos e o reconhecimento do produto como parte do seu processo de trabalho é fundamental no trabalho em saúde que visa à produção do cuidado. O vínculo pode ser um potente diferenciador entre o trabalho burocrático e o trabalho cuidador.

“Trabalho morto” (MERHY) são todos os produtos-meios envolvidos no processo de trabalho e que são resultados de um trabalho anteriormente realizado. Assim, o trabalho morto é a cristalização do trabalho vivo, diferenciando-se do trabalho vivo no momento em que o mesmo é produzido. No cotidiano do trabalhador em saúde, quanto mais pautadas forem suas ações no trabalho vivo, maior a liberdade e a criatividade nas suas ações, e possibilidades de criação de vínculos. Enquanto pautado no trabalho morto, irá produzir um certo grau de aprisionamento no seu processo produtivo, dificultando a realização do encontro com os usuários.

O papel da gerência é organizar os meios e os processos de trabalho para que a organização cumpra os seus fins.

No caso da saúde, os fins são: cuidar da saúde da população, ajudando as pessoas a mudar seus estados de consciência (autonomia), levando-as a cuidar de sua própria saúde, ou seja, suas vidas. Outra finalidade é levar os trabalhadores também a mudar seu estado de consciência, tendo mais autonomia na organização de

seus processos de trabalho. O trabalho deve ser um fator importante na formação e crescimento destes trabalhadores do ponto de vista político, cognitivo e afetivo. Para tanto, todos têm que ser corresponsáveis e cogestores do trabalho da equipe.

Desta forma, para organizar os processos e os meios, a principal função da gerência é o planejamento. Dentre as várias definições de planejamento, podemos entendê-lo como a mediação entre o conhecimento e a ação. Todo planejamento visa pensar uma ação que seja transformadora, para isto deve ser precedida por uma decisão baseada num conhecimento. Por isso, como parte do planejamento, temos um diagnóstico, que significa: dia = através; e gnosis = conhecimento. Portanto, planejamos por meio de um conhecimento.



Este assunto será melhor abordado nos capítulos sobre Gestão do Conhecimento e Planejamento e Avaliação.

## Módulo 1 - Algumas Ferramentas Analisadoras para a Organização do Processo de Trabalho em Saúde

Segundo Peduzzi e Schraiber (2009, p. 323) o conceito de processo de trabalho em saúde refere-se à “dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde”. É característica específica do processo de trabalho em saúde, o fato de que seus produtos são consumidos no exato momento de produção. Por exemplo: um curativo, uma consulta, um procedimento qualquer é consumido pelo usuário, na relação com o trabalhador e no momento em que este realiza este procedimento. Isto se dá pelo fato de que, o trabalho em saúde, salvo algumas exceções como no setor de laboratórios, é sempre relacional. Por outro lado, o usuário se apresenta vulnerável na busca de uma resposta para sua necessidade de saúde.

Cecílio (2001) apresenta uma taxonomia constituída em quatro conjuntos de necessidades de saúde. São elas:

- **Boas condições de vida:** a maneira como a pessoa vive se “traduz” em diferentes necessidades de saúde. Aqui, agregam-se o sentido funcionalista, os fatores externos (ambiente) determinam o processo saúde-doença (exemplo, o mosquito *Aedes aegypti*/vetor e o homem/hospedeiro) e o sentido de concepção marxista, o qual considera que o lugar ocupado pelos homens e mulheres no processo produtivo capitalista explicaria os modos de adoecer e morrer (exemplo, ambiente e tipo de trabalho, acesso à água tratada, condições de moradia e hábitos pessoais).
- **Acesso e consumo da tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida.** Tendo em consideração os conceitos de tecnologias leves, leve-duras e duras soma-se o valor de uso (CAMPOS, 1992), que traz no seu bojo a ideia de que cada tecnologia de saúde é sempre definida a partir da necessidade de cada pessoa, portanto, a importância do consumo das tecnologias não é estabelecida apenas pelos técnicos, mas também pelas pessoas com suas necessidades reais.
- **Criação de vínculos** (referência e relação de confiança) afetivos e efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional de saúde.
- **Cada pessoa possui graus crescentes de autonomia no seu modo de viver.** Esta autonomia implica mais do que informação e educação em saúde, mas também a reconstrução dos sentidos de sua vida.

Portanto, torna-se importante a pergunta: Como cada pessoa percebe seu processo de adoecer? Isto, tendo em consideração o conjunto das necessidades a partir da realidade do território uma vez que cada território terá uma realidade única e, sendo assim, a necessidade da estruturação e organização das redes deverá partir sempre das necessidades de saúde da população local. E como a equipe está preparada para lidar com as necessidades de saúde da população?

Saber disto é fundamental para a organização do processo de trabalho. Problematizar isto, a partir de relações dialógicas que

busquem o empoderamento do usuário na construção coletiva do projeto terapêutico singular é um desafio!

O arsenal tecnológico para trabalho em saúde classificado por Merhy (1997) pode ser pautado nas tecnologias leves, que referem-se às relações, às interações entre os sujeitos; tecnologias leve-duras que são os diversos saberes e conhecimento técnico estruturado; e as tecnologias duras, que referem-se aos instrumentos propriamente ditos.

Os trabalhadores utilizam as três tecnologias nos seus diferentes fazeres, compondo arranjos diferentes de uma com a outra, entretanto, devemos buscar com que o processo de trabalho esteja tecnologicamente centrado nas tecnologias leves e leve-duras, possibilitando maior grau de liberdade e criatividade do coletivo de trabalhadores.

Com isto o uso das tecnologias duras seria realizado na exata medida da sua necessidade, ao contrário do que acontece hoje, onde seu uso se dá de forma exacerbada, tornando os serviços de saúde muito caros e pouco resolutivos. É o processo de trabalho que marca o perfil da assistência que se oferece, ou seja, o tipo de cuidado prestado ao usuário. Isto é definido pelo modo como o trabalho está organizado e a forma como são utilizadas as tecnologias na produção do cuidado em saúde.

Quando iniciamos a avaliação de um serviço de saúde, centrado no processo de trabalho, devemos observar acima de tudo os elementos que dizem respeito às relações entre os trabalhadores, e destes com os usuários, à micropolítica<sup>2</sup> da organização dos serviços.

Para análise situacional dos serviços de saúde, iremos considerar os seguintes aspectos (FRANCO, 2004):

1. Localizar no contexto geral, situacional, onde está o serviço em questão;

<sup>2</sup>Franco (2006) esclarece que a micropolítica pode ser entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação ente si e no cenário em que ele se encontra.

2. Identificar a rede de relações existente;
3. Esclarecer, na rede de relações, os compromissos existentes entre os atores que operam e tomam decisão;
4. Escutar os ruídos que existem no processo de trabalho e na assistência ao usuário;
5. Perceber os não ditos, os não revelados, os não sabidos, os subentendidos que existem no serviço e que determinam o cotidiano do trabalho;
6. Analisar a micropolítica da organização do processo de trabalho e o manejo das “tecnologias leves”, como possibilidades de criação de novos fazeres.

Em seguida iremos pontuar algumas ferramentas que poderão auxiliar na análise e gestão dos processos de trabalho em saúde. Ressaltamos que a ferramenta está para nos servir e não ao contrário. São possibilidades e não obrigatoriedades.

## FERRAMENTA 1 - Gestão Compartilhada

Os processos de trabalho foram organizados tradicionalmente tomando por base as categorias profissionais e não a produção de objetivos comuns. O que se observa é que este modelo de organização tem resultado em um processo de trabalho fragmentado e tarefas excessivamente divididas. Amaral e Campos (2011) apontam que a política de pessoal para o SUS ainda é frágil, com um padrão de gestão que não favorece o trabalho em equipe. Inclusive, as avaliações de desempenho têm se apresentado, na sua maioria, restritas à produtividade de ações e serviços.

Os autores discutem que ainda é dominante o conceito “recursos humanos” na elaboração de metodologias de gestão em saúde, o qual sugere uma concepção de que as pessoas são consideradas um recurso supostamente administrável conforme a racionalidade administrativa. Neste aspecto se deduz que os gestores/gerentes têm no seu imaginário que os trabalhadores de saúde “são os “recursos” que “devem” *a priori* viabilizar as ações por eles traçadas” (p. 3),

e os trabalhadores não se reconhecem como autores do trabalho executado, existindo assim a ambiguidade na qual exercem o papel de meros recursos e em outros momentos, o papel de trabalhadores com direitos, gerando desresponsabilização pelo trabalho e cuidado do usuário. Assim observa-se as relações complementares, nas quais os gestores pensam e planejam e os trabalhadores executam.

Somando-se as limitações políticas, legislativas e administrativas obtém-se um cenário difícil para a gestão das unidades de saúde em geral. Os gerentes de saúde têm dificuldade em encontrar metodologias alternativas que combinem a construção de responsabilidade sanitária com o grau de autonomia para a gestão do coletivo de trabalhadores.

## Política Nacional de Humanização (PNH)



Veja a vinheta do 2º Seminário Nacional de Humanização, no link: <http://www.redehumanizausus.net/node/7508>

A Política Nacional de Humanização (PNH) traz em seus eixos conceitos importantes como ambiência e valorização do trabalhador, além de apresentar um modelo gestão participativa e cogestão. Com o texto Gestão participativa e cogestão, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) reafirma a sua “aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade” (BRASIL, 2009, p. 4). Neste sentido, a gestão compartilhada envolve nas práticas de saúde as relações entre usuários, sua família e rede social com os trabalhadores e equipes de saúde, o que por sua vez provoca a necessidade de alterações nos processos de definição das tarefas, responsabilidades e encargos assumidos pelos trabalhadores do SUS. Onde os colegiados se destacam como espaços coletivos para a discussão e tomada de decisões de acordo com as diretrizes e contratos definidos.

### São apontadas como tarefas:

- Analisar a instituição e produzir analisadores sociais;

- Formular projetos;
- Constituir-se como espaço de tomada de decisão;
- Ser um espaço pedagógico.

#### A PNH aponta dois grupos de dispositivos de cogestão:

- Organização do espaço coletivo de gestão:
  - Grupos de Trabalho de Humanização (GTH);
  - Colegiados Gestores de Hospital, Distritos Sanitários e Secretarias de Saúde;
  - Colegiado Gestor da Unidade de Saúde;
  - Mesa de Negociação Permanente;
  - Contratos de Gestão;
  - Contratos Internos de Gestão;
  - Câmara Técnica de Humanização.
- Mecanismos que garantam a participação ativa de usuários e familiares no dia a dia das unidades de saúde:
  - Equipe de Referência;
  - Direito a acompanhante nas consultas, realização de exames e internações;
  - Visita aberta;
  - Gerência com agenda aberta;
  - Ouvidoria;
  - Projeto Terapêutico Singular (PTS);
  - Família Participante, Grupo de Pais, Grupo Focal.

## Método Paideia ou Método da Roda

O método Paideia, desenvolvido por Campos (2000; CUNHA & CAMPOS, 2010), é uma proposta de cogestão que agrega uma dimensão crítica (análise do mundo do trabalho e instituições) e uma dimensão propositiva (método de apoio e cogestão). Portanto, o objetivo do método é produzir-se no processo de trabalho. Neste ponto, vale também ressaltar que o conceito coprodução como instrumento de cogestão possibilita a composição e construção do conhecimento singular transdisciplinar nas equipes multiprofissionais (CUNHA & CAMPOS, 2010).

O mapa da coprodução de sujeitos mostra bem a tensão de diversas forças e o movimento e transformação, o que sintoniza o método Paideia (ou método da roda) com outras tradições libertárias da educação e política na afirmação que: ninguém sai da roda (de cogestão) da mesma forma que entrou (CUNHA & CAMPOS, 2000, p. 36 e 37):

Mapa Coprodução de Sujeitos



O método Paideia apresenta núcleos temáticos de análise que são divididos didaticamente em dois polos: produção de valor (resultados: produtos e serviços) e produção de sujeitos. Reforça-se que não há uma ordem rígida, assim como a escolha não deve seguir uma só direção e nem partir de um único interlocutor. São eles (idem, p. 38 e 39):

#### **Campo da produção de valor de uso:**

1. Objeto de trabalho;
2. Equipes práticas e meios de trabalho (organização dos recursos, processos de trabalho), campo e núcleo dos profissionais;
3. Resultados;
4. Objetivos.

#### **Campo do meio:**

5. Saberes;
6. Diretrizes e valores, política e poder.

#### **Campo da produção de sujeitos (individuais e coletivos):**

7. Oferecimentos;
8. Texto e capacidade de análise;
9. Objeto de investimento, ideal e grupo;
10. Espaços coletivos;
11. Capacidade de intervenção.

Os autores chamam a atenção que os temas produzem mais sentido na medida em que se relacionam: estaria o objetivo declarado de uma organização ou de uma equipe em sintonia com os meios e práticas utilizados? Com os resultados? Ou com o objeto de investimento da equipe?

Outra proposta dentro do método Paideia é a de equipe de referência e apoio matricial. Esta proposta visa à mudança no arranjo organizacional e das responsabilidades profissionais e gerenciais, favorecendo a cogestão em locais onde é necessário o trabalho de equipe.

A equipe de referência vai além do fato de ter uma clientela adscrita, por exemplo, esta equipe define-se por outra distribuição de poder na organização: coordenação interdisciplinar. Assim, uma das funções importantes dessa coordenação interdisciplinar é a construção de uma interação entre os profissionais, construindo objetivos e objetos comuns.

E o apoio matricial tem por objetivo assegurar uma retaguarda especializada às equipes e profissionais de referência. Portanto, existem aqui duas dimensões: suporte assistencial (ação clínica direta com o usuário) e técnico-pedagógico (apoio educativo com e para a equipe).

O Projeto Terapêutico/Pedagógico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, sendo este conjunto um produto da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, caso necessário. Costuma ser utilizado em situações mais complexas, contudo, eventualmente, também pode ser usado em qualquer equipe para discussão e responsabilização de problemas complexos.

#### **O PTS possui quatro movimentos:**

1. Definir hipóteses diagnósticas (podendo também ser substituída por problemas: levantamento de hipóteses de problemas);
2. Definição de metas;
3. Definição de responsabilidades;
4. Reavaliação.

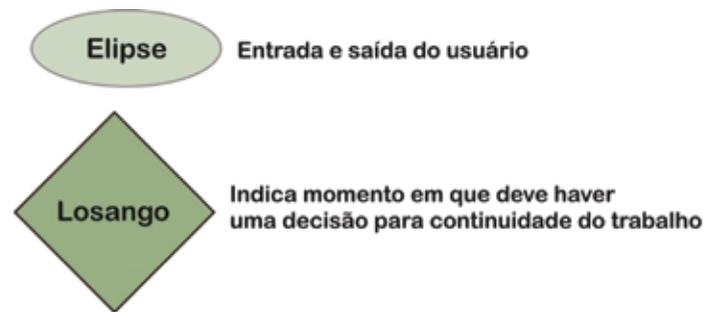
#### **Os autores recomendam que alguns aspectos sejam considerados:**

- Escolha dos casos para reuniões de PTS: na AB a proposta é que sejam escolhidos usuários ou famílias em situações mais graves do ponto de vista de qualquer dos membros da equipe. Em atenção hospitalar e centros de especialidade, talvez tenha que ser considerados que todos os pacientes necessitem de um PTS.

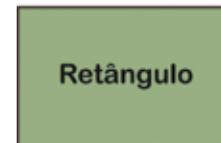
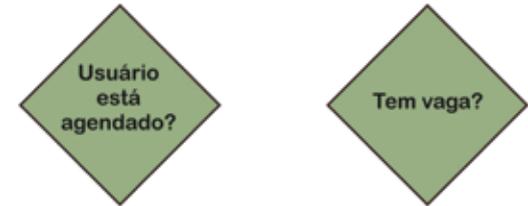
- Duração do PTS: dependerá da característica de cada serviço, por exemplo, a APS e centros de especialidades com pacientes crônicos têm um seguimento longo e também a necessidade da Clínica Ampliada.

## FERRAMENTA 2 - Fluxograma Descritor

Segundo Franco e Merhy (2003), o Fluxograma Descritor é uma representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho. É uma forma de olhar a organização das práticas assistenciais em saúde, no trabalho cotidiano da equipe. Como se dá isso? Se pudéssemos seguir um usuário no seu percurso em busca de uma resposta para sua necessidade de saúde, anotando todos os lugares por onde ele passou e as ações que foram realizadas pelos trabalhadores de saúde, dentro da unidade ou na rede de saúde, tais como: perguntas, orientações, procedimentos, cadastros etc... com o objetivo de atendê-lo, teremos ao final uma descrição do seu percurso terapêutico. O Fluxograma é a representação gráfica desse percurso, que interroga o processo de trabalho, isto é, busca compreender como o trabalho está organizado no serviço de saúde, ao mesmo tempo que aponta os problemas verificados no processo de cuidado ao usuário.



Exemplo:



Indica momento de intervenção, ação, sobre o proces

Assistencial

Exemplo:



Franco e Merhy (2003) propõem algumas orientações que ajudam a aplicar o Fluxograma Descritor em uma Equipe de Saúde ou Unidade de Saúde:

1. Reunir a equipe. É importante que o fluxograma descritor do processo de trabalho seja elaborado coletivamente.
2. Colocar, em lugar visível, folhas de papel pardo sobre os quais vai ser desenhado o fluxograma. É importante que todos estejam visualizando sua construção para facilitar a compreensão do processo de trabalho e participação. Podem ser utilizadas tarjetas de cartolina (tamanho 12 x 22 cm aproximadamente) com o desenho gráfico do fluxograma coladas sobre o papel pardo. Desaconselhamos o uso de quadro branco, pois é necessário guardar o registro no papel para futuras consultas e sistematização do fluxograma.
3. O Fluxograma Descritor pode ser diferente para os diversos problemas de saúde que chegam até a Unidade ou a Equipe, portanto é importante eleger uma determinada linha de cuidado,

ou problema de saúde, para expressar o fluxo do processo de trabalho. Por exemplo: linha de cuidado materno-infantil (desde a suspeita da gravidez até a primeira consulta de puerpério), hipertensão (suspeita, diagnóstico, busca ativa, consultas de rotina, grupos...).

4. Lembre que o Fluxograma Descritor é elaborado centrado no usuário. Para iniciar a conversa com a equipe, deve-se perguntar sobre o acesso do usuário ao serviço. Anote no papel a expressão gráfica deste acesso.

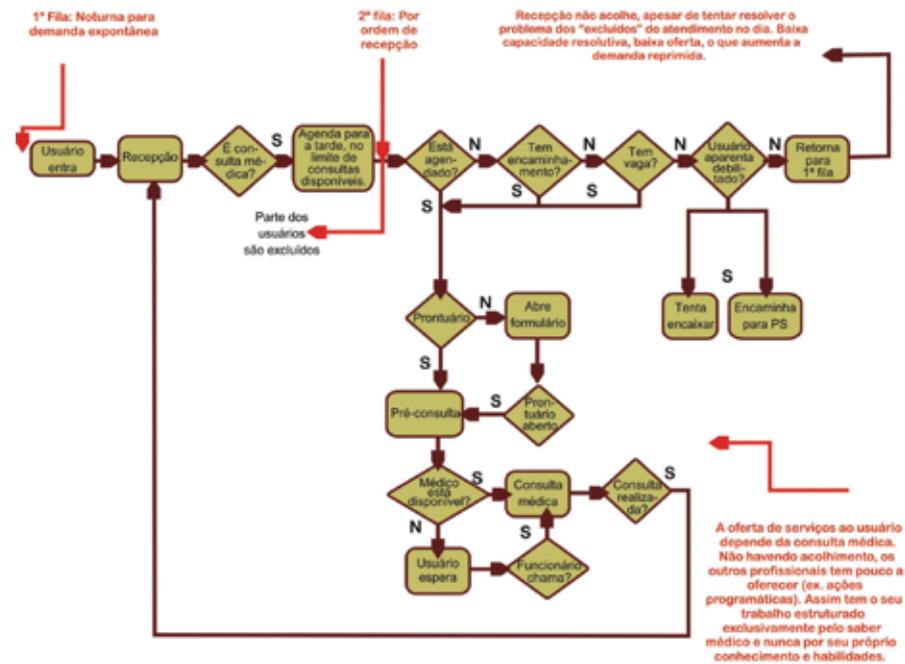
5. Em seguida, interrogue o pessoal que trabalha na recepção e assim por diante. Solicite à equipe que relate o processo de trabalho, segundo os itinerários que são feitos pelo usuário, em determinado serviço de saúde, quando busca assistência.

6. Ao final, é importante fazer uma revisão desse caminho, retomando o processo de trabalho novamente. Há sempre alguma coisa para mudar, ou que foi esquecida. A revisão ajuda a aperfeiçoar o fluxograma.

7. Cabe lembrar que uma vez que o processo de trabalho é dinâmico e pode ser sempre reinventado, o fluxograma descritor também é mutável, e deve ser reelaborado pela equipe em qualquer momento que julgar necessário rever a linha de cuidado ou o problema de saúde escolhido.

A seguir, reproduzimos como exemplo,<sup>4</sup> um fluxograma resumo do processo de trabalho de uma Unidade Básica de Saúde (UBS):

Este fluxograma retrata a entrada de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), do tipo tradicional. Se pensarmos que em cada local por onde o usuário passa dentro da UBS é uma Unidade de Produção de Serviço, temos nesta etapa representados os fluxos da Unidade de Recepção, Unidade de Consulta Médica e a Unidade de Prontuários.



Após a elaboração coletiva do Fluxograma Descritor, devemos fazer em conjunto com a equipe a **descrição** desse produto, pontuando e problematizando os nós críticos encontrados. Por isso, o ideal é que a condução da elaboração do fluxograma seja feita em dupla, para que possam observar como a equipe se comporta, e todos os problemas que foram evidenciados. Procure aplicar o fluxograma conversando normalmente com a equipe, tentando perceber sempre, e tendo como centro o caminho que o usuário percorre na Unidade para ter sua necessidade atendida. O usuário é o eixo condutor do processo de trabalho e, portanto, deve ser do fluxograma.

Para análise do Fluxograma Descritor é preciso conhecer o processo de trabalho. Quanto mais detalhado e debatido for o fluxo, mais a realidade vai sendo esclarecida para a equipe de saúde.

Vale ressaltar que o itinerário do usuário na Unidade de Saúde, ou na Equipe de Saúde da Família vai demonstrar quais são as diretrizes do modelo assistencial que estão presentes na linha de cuidado, e como está organizado o processo de trabalho naquele local.

<sup>4</sup>Retirado de Franco, T.B.: Fluxograma Descritor e Projeto Terapêutico para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao planejamento: O caso de Luz (MG). In: Merhy, E.E. et al: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 166-168.

## FERRAMENTA 3 - Mapas analíticos

Os Mapas Analíticos foram propostos originalmente por Franco e Merhy (2009) a partir da experiência do seu uso no contexto de um curso de especialização em gestão em saúde. São consideradas ferramentas cartográficas, que quando utilizadas para desenhar os processos de trabalho são capazes de captar os movimentos contínuos e descontínuos na dinâmica do Trabalho em Saúde, possibilitando identificar e analisar o processo de trabalho e a produção do cuidado na sua micropolítica.

Os mapas analíticos são apresentados como ferramentas para análise da dinâmica do processo de trabalho, a partir da dificuldade encontrada pelos gestores na construção de um método que o auxilie a perceber a realidade vivenciada pelos trabalhadores de saúde na ação do Trabalho Vivo,<sup>5</sup> ou seja, as práticas instituintes e criativas que são colocadas no cotidiano do trabalho, assim como as resistências, as mudanças, as inovações dentro da organização.

Devemos refletir que o método para conduzir uma avaliação do processo de trabalho, seja ele qual for, deve colocar os trabalhadores, sujeitos e atores desse processo em cena. Trazê-los para uma reflexão crítica acerca dos seus saberes e fazeres, e isso não é tarefa simples para quem coordena o processo de elaboração e análise dos mapas analíticos.

O coordenador da oficina de elaboração dos mapas deve, antes de tudo, ser um observador atento. É quem faz aparecer aquilo que não está visível, mas que de certa forma é percebido por ele em relação ao grupo. É o sujeito que diz aquilo que não é explicitado pelo grupo.

Assim, dependendo de onde partimos, e onde queremos chegar no processo de análise, pode ser interessante ter como observador-analista um sujeito de fora do cenário, que possa interrogar a instituição e de

<sup>5</sup>Trabalho Vivo (MERHY, 1997, 2002) refere-se ao trabalho no momento exato da produção, o trabalho em ato.

certa forma fazê-la falar o que pode e o que não pode, o que deve e o que não deve ser dito.

Antes de qualquer coisa, é necessário problematizar junto ao coletivo de trabalhadores que o ambiente de trabalho é um lugar de multiplicidade, diversidades, de disputas de projetos, de tensões e de conflitos. Esse mix possibilita a riqueza de práticas, de produção. É nesse contexto de diversidades que será analisada a atuação de cada um e do coletivo. No próximo módulo abordaremos melhor as possibilidades para mediação dos conflitos na organização dos processos de trabalho.

Reproduziremos as estratégias para o momento analítico, tal como foi experimentada na oficina (FRANCO & MERHY, 2009) que deu origem a esse método de avaliação do processo de trabalho. Sugerimos que os mapas analíticos sejam construídos num momento de maior amadurecimento da equipe, que já deve estar em processo de análise. Assim, propomos a elaboração de três mapas da produção do cuidado:

1. “Mapas dos Conflitos” – expressa as narrativas dos trabalhadores quanto aos conflitos vivenciados. Sua potência analisadora está na percepção das subjetividades que operam o cotidiano, na capacidade instituinte de cada membro da equipe e em como ele se coloca diante das situações adversas.

Questões disparadoras: Quais são os atos conflituos? Quais são as pessoas que estão envolvidas? Qual o posicionamento de cada um?

2. “Mapas dos atos inusitados” – revela o inesperado pela equipe, aquilo que não foi pactuado ou estabelecido. Sua potência analisadora está justamente na capacidade de criação e inovação, que pode causar reações de estranhamento ou assimilação na equipe. Pode produzir desvios, ou não, na forma de produzir o cuidado em saúde.

Questões disparadoras: Quem está envolvido na sua construção? A quem esse ato se dirige?

3. “Mapas dos atos inúteis” – levantam, na atividade diária da equipe de saúde os atos produzidos que são considerados inúteis, muitas vezes para responder às demandas normativas instituídas.

Questões disparadoras: No seu trabalho, esta semana, o que vocês fizeram que considerassem ações inúteis? Por que são inúteis? Quem está envolvido com a sua construção? A quem este ato se dirige e para quê?

A análise dos “mapas analíticos” deverá ser feita em ato, com toda a equipe de saúde, a fim de envolver a equipe em processo de autoanálise, para que os trabalhadores possam perceber, conhecer e refletir o seu processo de trabalho individual e em equipe.

Todo este processo deve possibilitar à equipe cumprir com o que é, de fato, a sua missão: o cuidado.

A clareza dessa missão, que diz aonde se quer chegar, é fundamental para que a equipe possa fazer uma reflexão sobre a sua prática e permitir mudanças nessa prática, novos fazeres e novos saberes que possam promover novas realidades.

## Módulo 2 - Mediação de Conflitos

Os conflitos fazem parte das interações sociais. A palavra conflito geralmente é vista como uma discordância, desentendimento, ou mesmo luta. Contudo, é possível entender um conflito de um modo mais construtivo, como parte da evolução e transformação social, assim como do desenvolvimento organizacional. Como refere Lancetti (2001, p.84):

O conflito é democrático, é esclarecedor, é necessário. Uma das desgraças da herança cultural brasileira é essa mania das pessoas dizerem que querem chegar a um acordo. Que acordo coisa nenhuma! Temos que radicalizar as ideias para as pessoas compreenderem. Então, o conflito é necessário.

O conflito pode ser ignorado, negado ou ser usado como fonte de transformação e desenvolvimento individual ou do grupo. É com ênfase neste último aspecto que trabalharemos. Mediar conflitos é saber identificá-los, escolher e implementar as estratégias adequadas para lidar com as situações.



Possíveis causas de conflitos

- Experiência de frustração de uma ou ambas as partes;
- Diferenças atribuídas à personalidade;
- Objetivos diferentes;
- Diferenças de percepções;
- Insegurança na tomada de decisões;
- Expectativa de desempenho diante da exigência de altas metas.

Observa-se que as diferenças de percepções e objetivos são a base para a origem dos conflitos. Portanto, os conflitos são, geralmente, resultado da complexidade das relações das organizações. Neste ponto, **o papel da liderança é importante na resolução de conflitos**. Liderança é um processo de influência com grande impacto nas atitudes e desempenho dos funcionários.



**DICA:** No módulo Gestão do Conhecimento, você saberá mais sobre os diferentes tipos de líderes.

Dependendo da importância dada ao conflito este poderá crescer e se agravar ou, se reconhecido e devidamente trabalhado, poderá ser resolvido, transformando-se em força produtiva para mudar e estimular buscas por novas soluções.

É importante identificar todas as causas do conflito para que possam ser trabalhadas e resolvidas, evitando que aquele conflito retorne. Para isso deve-se realizar um bom diagnóstico do conflito. Algumas vezes, poderá ser necessário solicitar a intervenção de um profissional mais experiente e capacitado em gestão de conflitos. E independentemente da técnica utilizada, é necessário definir o conflito de forma clara e bem objetiva. Sugerimos duas técnicas muito utilizadas neste processo.

## FERRAMENTA 1 - Chuva de ideias ou Brainstorming

A técnica tempestade de ideias, também conhecida como brainstorming, foi desenvolvida por Alex Osborn, especialista em publicidade e criatividade. O principal objetivo da técnica é gerar ideias. No caso, as causas dos conflitos.

Há apenas uma única regra para a sua aplicação: é proibido criticar. A sua aplicação pode ser dividida em quatro etapas:

1. Aquecimento: o grupo discute sobre um determinado assunto;
2. Geração de ideias: o grupo escreve em cartões (ou tarjetas) as causas identificadas;
3. Aprimoramento das ideias: as causas devem ser melhoradas tornando-se claras e objetivas e assim, melhor definidas, também deverão ser descartadas quando repetidas;
4. Agrupamento por classes ou categorias: após a avaliação das causas (etapa 3), estas deverão ser agrupadas considerando-se as categorias estrutura, processo e resultado a que se referem.

Após a identificação das causas, a mediação poderá ser realizada através da abordagem que for considerada adequada: uma grande discussão em busca da melhor solução, por exemplo. Ou a solicitação de um profissional externo. Mas a sugestão é que, sempre que possível, haja uma discussão coletiva para a busca pela melhor solução. Excetuando-se, claro, situações que poderá expor negativamente um ou todos os envolvidos.



Ver capítulo de Planejamento e Avaliação

## FERRAMENTA 2 - Matriz de análise de conflitos

Outro instrumento útil é a matriz de análise de conflitos, apresentada por Luiz Carlos Cecílio (2005). Esta matriz visa facilitar a análise, iniciando com a identificação e enunciação dos conflitos mais frequentes e, posteriormente, priorizar os conflitos que serão analisados. A matriz poderá ter o formato que considerar o mais adequado. Aqui apresentamos uma possibilidade de formatação:

### 1 - Conflito em análise

Descrição do conflito

### 2 - Tensões constitutivas do conflito

- a) Atores envolvidos
- b) Percepção que os atores fazem do conflito e seus objetivos
- c) Atitudes diante do conflito (agressivos, defensivos, buscam aliados etc.)
- d) Quais recursos os atores controlam e quais são importantes para a situação conflituosa? Percepção do coletivo sobre como o conflito tem sido trabalhado: ignorado, dissimulado ou explícito? São pensadas com em conjunto as possibilidades de resolução do conflito, de forma pública e acordada.

### 3 - Como se lida com o conflito atualmente

Percepção do coletivo sobre como o conflito tem sido trabalhado: ignorado, dissimulado ou explícito?

### 4 - Novas possibilidades de lidar-se com o conflito

São pensadas com em conjunto as possibilidades de resolução do conflito, de forma pública e acordada.

Como ilustração, usaremos o exemplo fornecido pelo Cecílio, com pequenas modificações. Para cenário, utilizaremos um centro municipal de saúde, mas a matriz pode ser usada nos mais diversos contextos. O conflito: médicos com reclamações frequentes devido ao excesso de atendimentos, má vontade e atitude hostil com a equipe de enfermagem que pedem que eles atendam “só” mais um paciente “de última hora”.

#### 1- Conflito em análise

Médicos com reclamações frequentes devido ao excesso de atendimentos, má vontade e atitude hostil com a equipe de enfermagem que pede que eles atendam “só” mais um paciente “de última hora”

#### 2- Tensões constitutivas do conflito

a) Médicos, técnicos de enfermagem, gerente da unidade, pessoal da recepção, pacientes

b) Os médicos se sentem explorados pelos pedidos extras, geralmente precisam sair rápido, pois têm outro(s) emprego(s); os técnicos de enfermagem se sentem pressionados pelos pacientes que estão precisando de ajuda e pelos médicos, que consideram estar fazendo um favor aos técnicos e não aos pacientes; o pessoal da recepção se sente angustiado com a demanda “extra”, por saber a reação dos médicos e a pressão sobre os técnicos de enfermagem; o gerente se sente irritado (a) com a rotina do conflito e não consegue negociação ou impor outra postura ao médico; o paciente que precisa do

atendimento e vivencia a má vontade do técnico e do pessoal da recepção que sempre colocam alguma dificuldade, e ele, o usuário, terá que buscar atendimento em outra unidade, passando por humilhação e filas.

c) Os médicos fazem ameaças veladas ou abertas, dificultam o acesso e procuram não “acostumar mal o pessoal”; os técnicos são duros com os pacientes e tentam “seduzir” os médicos para o atendimento, mas não usam o enfrentamento, apesar de o considerarem justo; o pessoal da recepção igualmente é duro com os pacientes e tenta “seduzir” os técnicos para que estes solicitem o atendimento extra aos médicos; o gerente é geralmente omissivo e às vezes interfere, sendo brigão; o usuário faz pressão sobre o pessoal da recepção, mas raramente expõe a sua insatisfação diretamente ao médico.

d) Os médicos controlam o recurso estratégico que é o poder nuclear que resulta no atendimento. Este poder está inserido na espessura<sup>6</sup> do conflito. Os técnicos e o pessoal da recepção controlam o fluxo do paciente, realizando a intermediação entre paciente e médico. O gerente controla o recurso de autoridade (legal) para negociar novas rotinas e fluxos com os funcionários, como para impor, por exemplo, o cumprimento do horário pelos profissionais. E, finalmente, os usuários que controlam o recurso de pressão direta sobre o serviço (presença física, tensionamento da equipe) e também podem exercer pressão indireta através das instâncias formais como Conselho Municipal de Saúde e outros.

### 3- Como se lida com o conflito atualmente

O autor argumenta que não há espaço formal de gestão para lidar com este tipo de conflito na sua agenda de análise e decisão. Assim, os conflitos são “resolvidos” caso a caso, tensionando o cotidiano das equipes. A falta do conhecimento

<sup>6</sup>Busca-se, aqui, a caracterização das tensões constitutivas do conflito. É importante ter claro que muitas vezes as tensões constitutivas do conflito não podem ser entendidas apenas pela identificação recurso estratégico, no nosso exemplo, o poder do médico. Muitas vezes, haverá a necessidade de ampliar a compreensão dessas tensões para entender como elas ocorrem.

sobre as mediações que formam as tensões constitutivas que se inscrevem na espessura, tornam os atores “escravos das circunstâncias”, impotentes para tentar construir, juntos, estratégias que melhorem o seu cotidiano.

#### 4- Novas possibilidades de lidar-se com o conflito

O autor propõe duas possibilidades para trabalhar este tipo de conflito:

1) O gerente conduziria, a partir do seu lugar legal, um enfrentamento aos médicos, sendo, se necessário, apoiado por outros atores com autoridade legal (Secretaria Municipal de Saúde, coordenação da área de Planejamento em Saúde ou outros), podendo resultar em novas formas de agendamento, cumprimento da carga horária contratada etc.

2) Esta estratégia estaria mais próxima da negociação. Como exemplo, a construção de um espaço público e compartilhado de gestão pela equipe, com reunião periódica, na qual a pauta incluiria temas de discussão pelos atores envolvidos. Desse modo, há a criação de uma nova contratualidade que deixaria as regras do jogo mais claras e definidas, evitando assim, a tensão gerada pela “negociação” de cada situação conflituosa tendo por base as relações interpessoais.

A análise dos conflitos deverá ser realizada levando em conta algumas considerações:

- Identificação dos conflitos em cada setor ou departamento;
- Causas dos conflitos (objetivos, percepções, crenças etc.);
- Os atores envolvidos (chefe, clientes, grupos, pessoa etc.);
- O tipo de relacionamento entre as partes conflitantes;
- Situação atual do conflito e sua amplitude;
- Oportunidades de resolução e possíveis resultados.

A análise também pode ser dividida em três grupos facilitando o planejamento das estratégias de intervenção:

- Pessoas: Quem está diretamente envolvido? Qual é o tipo de relação entre eles? Qual o tipo de liderança? Etc.
- Processos: Qual a origem do conflito? Como ocorre e qual o tipo de comunicação? Quais fatos permitem visualizar o futuro?
- Problemas: Quais os pontos comuns? Quais os pontos incompatíveis? Quais resultados podem satisfazer as partes envolvidas? Quais recursos se poderão utilizar para resolver o conflito?

## Possíveis estratégias para resolução de conflitos

Algumas ações podem permitir ou não a resolução de conflitos:

Evidenciar o conflito



Quanto melhor forem identificadas e discutidas as causas dos conflitos, maior a possibilidade de programar as estratégias adequadas ao caso.

Algumas estratégias podem ser empregadas:

- **Previsão:** busca-se identificar possíveis origens de conflitos antecipadamente. Seriam fatores organizacionais (processos, ambiente, líderes, grupos, pessoas etc.) que possam originar conflitos.
- **Mediação:** um profissional neutro e capacitado atuará como facilitador na negociação para resolução do conflito.
- **Arbitragem:** um ator com autoridade para decidir um acordo razoável e justo entre as partes envolvidas.
- **Negociação:** processo que busca um acordo entre as partes envolvidas.

Os autores Cunha e Santos (2010) descreveram uma nova proposta de trabalho para apoio gerencial a partir do grupo Balint. Michaël Balint, psicanalista inglês, na década de 1950, criou o método Balint que consiste em reuniões regulares de discussão em grupo sob a orientação de um analista, sendo este qualificado para tal exercício. Incorporando conceitos do método Paideia de Cogestão, ampliaram os temas para além dos casos individuais, também aumentaram as ofertas teóricas e o número de participantes.

**CUIDANDO DOS CUIDADORES:** Assim, os Grupos Balint-Paideia têm sido implantados com o objetivo de contribuir com a qualificação da gestão da clínica ampliada no SUS.



Para conhecer mais, acessem o material no site [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf)

Alguns aspectos devem ser considerados para o sucesso na resolução de conflitos. São eles:

- Estabelecimento de uma comunicação eficaz;
- Criação de um ambiente confiável e seguro;
- Abertura de espaço para que os profissionais expressem o que pensam e sentem, permitindo a identificação de possíveis fontes de conflitos antes de sua instalação;
- Busca de criar e manter um ambiente participativo;
- Criação de mecanismos de avaliação das estratégias utilizadas e de previsão de futuros possíveis conflitos.

Concluimos ressaltando a importância de se evidenciar os conflitos, de escolher o momento oportuno para intervir e, principalmente, buscar uma solução coletiva. A construção coletiva é o melhor mecanismo para se encontrar soluções justas e adequadas aos conflitos, compartilhando as decisões. O espaço para análise do conflito além de ser protegido, também deve ser um espaço pedagógico, que oportunize o encontro.

O conflito não é algo a ser resolvido pelo gerente, mas pelo coletivo envolvido. Neste contexto, o papel do gerente é incentivar e oportunizar esta ação coletiva.

**Referências:**

- AMARAL, MA, Campos GWS (2011) Organização do trabalho e do cuidado em saúde: uma metodologia de cogestão. Disponível em: <http://www.gastaowagner.com.br/index.php/publicacoes/capitulos-de-livros.html>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (2009) Gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde. 56 p.
- CAMPOS, GWS (2000) Um método para análise e cogestão de coletivos. São Paulo: Editora Hucitec. 236 p.
- CECÍLIO, L.C.O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21 (2): 508-516, mar-abr, 2005.
- CUNHA, GT, Campos, GWS (2010) Método Paideia para cogestão de coletivos organizados para o trabalho. *Org & Demo*, Marília, 11 (1): 31-46, jan/jun.
- FRANCO, C.M. **A concepção problematizadora: uma didática para a educação permanente em saúde**. Orientador: Lílian Koifman. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal Fluminense, 2010.
- FRANCO, T. B. Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E.E et al (Orgs.). **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 161-198.
- FRANCO, T.B, Merhy E. Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. [Mapas analíticos: uma visão sobre a organização e seus processos de trabalho]. **Salud Colectiva** (Buenos Aires, Argentina) 2009 maio-agosto; 5(2):181-194.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E.E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do hospital das clínicas da UNICAMP (Campinas, SP). In: MERHY, E.E et al (Orgs.). **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 135-160.

LANCETTI, A. Radicalizar a desinstitucionalização. In: BRASIL. III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não. Brasília, 2001. P. 84-100 (Caderno de textos).

MANUAL para avaliação da atenção básica no município/**Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família**, Lote 1 Sudeste, Minas Gerais e Espírito Santo. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. 80 p.

MERHY, E.E; ONOCKO, R. (Orgs.); **Agir em Saúde, um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

NASCIMENTO, EM; El Sayed, KM. Administração de Conflitos. **Coleção Gestão Empresarial**. Disponível em: [http://someeducacional.com.br/apz/gestao\\_conflitos/4.pdf](http://someeducacional.com.br/apz/gestao_conflitos/4.pdf)

PEREIRA, Isabel Brasil. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**/ Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima – Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, 2ª ed. p. 320-328.

CHORNY, Adolfo Horácio. Texto de Aprofundamento – Planejamento, programação e Avaliação. In: PESSÔA, Luisa Regina (Org.). **Unidades de Aprendizagem: contextualizando e planejando**. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2010. P. 165-181.