

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**TATIANA LUCIA CAETANO**

**COLEGIADO AMPLIADO DE PESQUISA COMO  
DISPOSITIVO PARTICIPATIVO PARA A HUMANIZAÇÃO DA  
PESQUISA**

Florianópolis  
2014

Caetano, Tatiana Lucia  
COLEGIADO AMPLIADO DE PESQUISA COMO DISPOSITIVO  
PARTICIPATIVO PARA A HUMANIZAÇÃO DA PESQUISA / Tatiana  
Lucia Caetano ; orientadora, Marta Inez Machado Verdi -  
Florianópolis, SC, 2014.  
108 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Avaliação em saúde. 3. Metodologia  
qualitativa. 4. Participação. 5. Gestão do Conhecimento. I.  
Verdi, Marta Inez Machado. II. Universidade Federal de  
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.  
III. Título.

TATIANA LUCIA CAETANO

**COLEGIADO AMPLIADO DE PESQUISA COMO  
DISPOSITIVO PARTICIPATIVO PARA A HUMANIZAÇÃO DA  
PESQUISA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, área de Ciências Humanas e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis  
2014





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

“Colegiado ampliado de pesquisa como dispositivo participativo para a humanização da pesquisa”

TATIANA LUCIA CAETANO

Dissertação julgada adequada para a obtenção do título de: “MESTRA EM SAÚDE COLETIVA”. Área de concentração: **Ciências Humanas e Políticas Públicas**

Florianópolis (SC), 16 de Dezembro de 2014



---

PROF. DR. RODRIGO OTÁVIO MORETTI PIRES  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva

Banca



---

Prof. Dra. Marta Inez Machado Verdi (Presidenta)



---

Prof. Dra. Mirelle Finkler (Membro)



---

Prof. Dra. Taura Cavalcanti de Farias Brehmer (Membro)



---

Prof. Dra. Simone Mainieri Paulon (Membro Externo)



## AGRADECIMENTOS

Ainda nas primeiras aulas dessa trajetória do mestrado, um dos professores comentou que a página de agradecimento é a mais livre na escrita, é uma página muito pessoal. Então, me valendo dessa chancela, deixo aqui meus sentimentos de gratidão:

À Deus pela proteção;

Aos meus pais, que sempre me ensinaram a riqueza que vem do aprendizado e nunca se cansaram de oportunizar momentos de conhecimento para mim e meus irmãos. Meu agradecimento também aos meus irmãos pela cumplicidade e para meus familiares pelo carinho;

Ao meu marido e minha filha, que juntos formam meu porto seguro, onde volto para descansar depois das lidas nos mares, às vezes revoltos, da vida;

À professora Marta Verdi, pelo carinho com que me recebeu e me orientou. Desde a graduação tem sido um exemplo de profissional e pessoa que procuro seguir;

À professora Mirelle, que tive a felicidade de conhecer nessa trajetória, outro exemplo que levarei comigo. Obrigada pelas contribuições sempre valiosas;

À professora Simone, por aceitar fazer parte da banca de defesa e qualificar ainda mais esse estudo;

À querida Laura, que é minha amiga-irmã, pelo apoio e amizade de sempre. Mesmo do outro lado do oceano, me ajudou desde o processo de seleção para o mestrado;

Aos amigos do NUPEBISC, onde fui carinhosamente recebida, pelos momentos divididos;

Às queridas Cláudia e Patrícia, os “presentes” que ganhei da PNH. Obrigada pelo apoio, amizade e por tornarem o trecho Blumenau-Florianópolis muito mais “terapêutico”;

Aos colegas da turma de mestrado 2012 pela convivência e pelas ricas discussões que me fizeram ver o mundo com outros olhos;

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFSC por compartilharem conosco seus momentos e conhecimentos;

Aos colegas do Ambulatório Universitário – FURB pela compreensão da minha ausência e pelos incentivos no caminho;

À Universidade Regional de Blumenau pela liberação institucional.





*Meu Deus (...) faça com que eu tenha a coragem de me enfrentar. Faça com que eu saiba ficar com o nada e mesmo assim me sentir como se estivesse plena de tudo. Receba em teus braços meu pecado de pensar.*  
*Clarice Lispector, In: Um Sopro de Vida: pulsações*



## RESUMO

Historicamente a produção do conhecimento está centrada na figura do pesquisador acadêmico e das universidades. No mesmo caminho, o conhecimento científico vem sendo legitimado pela humanidade como a verdade a ser seguida e pouco questionada. Dessa forma, coloca-se o desafio de romper com esse paradigma, em especial, garantindo a participação social, de forma que a produção de novos conhecimentos esteja junto com a possibilidade de transformação da realidade. Nesse exercício de reunir novos atores ao espaço da pesquisa, deve-se buscar também formas compartilhadas de gestão dessa produção. Diante deste cenário este estudo teve como objetivo geral caracterizar e discutir a participação no processo de gestão de uma pesquisa na percepção dos membros de um Colegiado Ampliado de Pesquisa (CAP). Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo e exploratório realizado junto a pesquisa intitulada “FORMAÇÃO EM HUMANIZAÇÃO DO SUS: Avaliação dos efeitos dos processos de formação de apoiadores institucionais na produção de saúde nos territórios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo”. Foram entrevistados 10 participantes dos CAP’s dos três estados, sendo eles apoiadores da Política Nacional de Humanização, pesquisadores acadêmicos, formadores e representantes das Secretarias Estaduais de Saúde. As entrevistas foram posteriormente transcritas e organizadas através do *software* Atlas.ti 7.1. A análise dos dados revelou três categorias discutidas nesta dissertação: Iniciando a experiência, Apropriando-se do CAP e Sobre produtos e processos. Os resultados demonstram que a participação foi apontada como uma possibilidade de intervir no rumo da pesquisa, porém revelaram-se diferenças nos papéis dos participantes, constituindo dois grupos: os pesquisadores acadêmicos e os pesquisadores não acadêmicos. Ao longo do processo de gestão da pesquisa apontam-se diferenças no domínio metodológico e nos tempos de estar e acompanhar a pesquisa, predominando os tempos e o conhecimento dos participantes da academia. A composição heterogênea dos CAP’s foi vista, simultaneamente, como potencialidade e como desafio, pois trouxe a dificuldade de colocar lado a lado diferentes saberes. A experiência se mostrou válida, apesar das dificuldades, ao tentar romper com o paradigma atual da produção do conhecimento, apostando num modelo mais participativo e que buscou a gestão compartilhada.

**Palavras-chave:** Avaliação em saúde; Metodologia qualitativa; Participação; Gestão do Conhecimento



## ABSTRACT

Historically the production of knowledge is centered on the figure of the academic researcher and universities. In the same way, scientific knowledge has been legitimized by humanity as the truth to be followed and some questioned. Thus, place the challenge of breaking with this paradigm, in particular, ensuring social participation, so that the production of new knowledge is with the possibility of transformation of reality. In this exercise to gather new players in the space research, should also seek shared ways of managing this production. Against this background this study aimed to characterize and discuss participation in the management process of a survey on the perception of members of a Collegiate Expanded Search (CES). This is a qualitative study, descriptive and exploratory conducted with research entitled "FORMAÇÃO EM HUMANIZAÇÃO DO SUS: Avaliação dos efeitos dos processos de formação de apoiadores institucionais na produção de saúde nos territórios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo". We interviewed 10 participants of the CES's three states, and they supporters of the National Humanization Policy, academic researchers, trainers and representatives of state health departments. The interviews were transcribed and organized by Atlas.ti 7.1 software. Data analysis revealed three categories discussed in this dissertation: Starting the experience, Appropriating the CES and About products and processes. The results show that participation was identified as an opportunity to intervene in the course of research, but it proved to differences in the roles of participants in two groups: academic researchers and non-academic researchers. Throughout the research management process point to differences in the methodological domain and times of being and monitor the research, predominantly times and participants' knowledge of the academy. The heterogeneous composition of the CESs was seen as both potential and as a challenge, because it brought the difficulty of putting side by side different knowledge. The experience proved to be valid, despite the difficulties in trying to break away from the current paradigm of knowledge production, focusing on a more participatory model and sought the shared management.

**Key Words:** Health evaluation; Qualitative methodology; Participation; Knowledge management



## SUMÁRIO

<b>PARTE I – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO</b>	<b>17</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>19</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>25</b>
2.1 OBJETIVO GERAL	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
<b>3 MARCO CONTEXTUAL</b>	<b>27</b>
3.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS: DESAFIOS NOS ÂMBITOS DA GESTÃO E DA ATENÇÃO	27
3.2 COMUNIDADE AMPLIADA DE PESQUISA – CAP	32
<b>4 MARCO TEÓRICO</b>	<b>37</b>
4.1 MODELOS DE GESTÃO: DAS PRIMEIRAS TEORIAS DA ADMINISTRAÇÃO AOS MODELOS PARTICIPATIVOS	37
4.2 PARTICIPAÇÃO E SUA INTERFACE COM A SAÚDE E A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO	43
<b>5 METODOLOGIA</b>	<b>53</b>
5.1 CONTEXTO DA PESQUISA	53
5.2 PERCURSO METODOLÓGICO	56
5.2.1 Tipo de pesquisa	56
5.2.2 Os sujeitos de pesquisa	56
5.2.3 Colheita e registro dos dados	57
5.2.4 Análise dos dados	57
5.3 CUIDADOS ÉTICOS	58
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>67</b>

<b>APÊNDICE 1 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICE 2 – LISTA DE CÓDIGOS</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>71</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS CEPESH/UFSC</b>	<b>75</b>
<b>PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO</b>	<b>79</b>



## **PARTE I – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO**



## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS é uma conquista do povo brasileiro. É fruto da luta e da resistência da população frente a um regime autoritário e de um sistema de saúde discriminatório, que oferecia seus serviços apenas àqueles que contribuíam com o sistema previdenciário.

A Constituição brasileira, promulgada em 1988, traz a saúde como direito de todos os cidadãos e um dever do Estado. Regulamentado pelas leis nº 8.080/90 e 8.142/90, o SUS traz como diretrizes (filosóficas e organizacionais): universalidade e igualdade na assistência, respeitando a autonomia dos indivíduos; integralidade, prevendo tanto o trabalho preventivo, terapêutico e de reabilitação, quanto a atuação conjunta dos diversos atores e serviços de interesse público; descentralização político-administrativa, com repasse da responsabilidade aos gestores locais, organizando o sistema de forma regionalizada e hierarquizada, garantindo a distribuição e utilização dos recursos de forma racionalizada, coordenada e eficiente, bem como a utilização dos critérios epidemiológicos no planejamento; direito à participação e informação aos cidadãos (KLEBA, 2005).

Nestas duas décadas de existência do SUS, muitos avanços têm sido registrados, tais como reorganização da rede de atenção, ampliação do acesso e das equipes de saúde, fomento da pesquisa e desenvolvimento científico e criação de vários programas e políticas, reconhecidos como de excelência. Porém, apesar dos avanços, o SUS ainda enfrenta alguns desafios: hegemonia da cultura sanitária biomédica, que associa saúde a ação médica e acesso a remédios e hospital (cultura hospitalocêntrica); subfinanciamento; iniquidades no acesso; lacunas na assistência em muitos territórios; inexistência operacional de rede de atenção, o que dificulta a continuidade dos tratamentos; ineficiência da atenção básica, ainda entendida como ação direcionada para população pobre; forte presença dos interesses privados, corporativos e político-partidários na definição de políticas de saúde e na organização de serviços de saúde (privatização); competição por recursos e a baixa responsabilização sanitária entre municípios e destes com os estados; baixa capacidade de ordenamento dos processos de formação de trabalhadores às necessidades do sistema de saúde, sobretudo nos programas de graduação e residência das carreiras da

saúde; ausência de uma “carreira SUS” (*grifo do autor*) para trabalhadores da saúde, entre outros (PASCHE, 2009 p. 703).

É nesse cenário, de avanços e desafios, que o Ministério da Saúde, em 2003, lançou a Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção do SUS (PNH ou HumanizaSUS). Como política pública, nasce da necessidade do “reencantamento do concreto”<sup>1</sup> (*grifo dos autores*) (PEDROSO e VIEIRA, 2009 p. 695).

É necessário cuidado para não banalizar o que a proposição de uma Política de Humanização traz ao campo da saúde, já que as iniciativas se apresentam, em geral, de modo vago e associadas a atitudes humanitárias e de caráter filantrópico. Além de tudo, o sujeito para o qual essas ações são pensadas é, grande parte das vezes, o usuário do sistema, que, em razão desse olhar, permanece como um objeto de intervenção do saber do profissional. Raras vezes o trabalhador é incluído nessas ações. Humanizar é, no contexto da PNH, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Dessa forma, não pode ser vista como apenas um programa, mas como uma política que opera transversalmente em toda a rede do SUS (BRASIL, 2004).

A PNH acredita no SUS que dá certo. Para tanto, é necessário enfrentar os modos de produção de saúde que são afeitos à defesa da vida: a normalização inflexível dos processos de organização de serviços e do acesso; os modos de cuidar centrados na doença, na queixa, os modos de trabalhar que retiram a capacidade de decidir e possibilidades de participar, demarcando sua especificidade de se voltar para os processos e para os sujeitos que produzem saúde (PEDROSO e VIEIRA, 2009).

Das experiências do SUS que dá certo, a PNH tomou, então, uma trinca de princípios, articulados e indissociáveis:

- a inseparabilidade entre modos de gestão e de atenção, compreendendo que são mutuamente influenciados e determinados;
- a transversalização de saberes, poderes e afetos na ação cotidiana dos serviços e das práticas de saúde, incentivando deslocamentos subjetivos e a produção de planos de ação comum sem, contudo, negar especificidades;

---

<sup>1</sup> O termo “reencantamento do concreto” foi trabalhado por Francisco Varela no Capítulo Reencantamento do concreto, da obra “Cadernos de Subjetividade – O reencantamento do concreto” (HUCITEC, 2003).

- a aposta na autonomia e protagonismo dos sujeitos, que em relação e guiados por orientações éticas - também construções históricas - são capazes de acionar vontade e desejo de mudança, construindo redes de corresponsabilização (PASCHE, 2009).

Os princípios da humanização e seu método da tríplice inclusão estão providos de orientações éticas, clínicas e políticas, que indicam a direção da ação, da coprodução de sujeitos e de saúde. A PNH aponta para um conjunto de diretrizes, as quais sinalizam direção para as construções coletivas. São elas: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ampliação da clínica, fomento de redes de valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários, ambiência e construção de memória dos processos de mudança. O exercício destas diretrizes deve sempre questionar os modos de fazer, o que, na perspectiva da PNH, implica a inclusão dos sujeitos, de coletivos, de analisadores sociais e a produção de novas realidades (PASCHE, 2009).

Para o autor supracitado, o modo de fazer da PNH considera princípios e diretrizes orientações gerais para o processo de mudança os quais são experimentados por meio de arranjos de trabalho ou dispositivos, que são totalmente flexíveis e moldáveis às realidades locais.

Entre as diretrizes da PNH está a Cogestão. A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, evitando os excessos de diferentes categorias profissionais e também como forma de controlar Estado e governo. Coloca-se assim, como uma diretriz ética e política, que tem como objetivo educar e motivar os trabalhadores (BRASIL, 2008b).

Na gestão participativa acredita-se que é no exercício do próprio fazer da cogestão que os contratos e compromissos entre os sujeitos envolvidos com o sistema de saúde vão se construindo (BRASIL, 2008b). Para Campos (2007), a gestão democrática e participativa que se concretiza nos sistemas de cogestão, constitui-se numa nova lógica para a distribuição de poder. O autor coloca que um sistema de gestão depende da construção ampliada da capacidade de direção entre o conjunto das pessoas de um Coletivo e não somente entre sua cúpula.

A Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) é um dispositivo da PNH, que se propõe a ser um espaço de cogestão do trabalho. Um espaço de encontro do saber tradicional da academia com o saber informal dos trabalhadores de saúde. Espaço de produção de conhecimento, de troca e de participação.

Para Furtado (2011), para que uma política social, como a política de saúde, produza mudanças reais, evitando degenerações e tecnocracias, é necessário que ela tenha sua vertente política fortalecida e comprometida com a efetiva participação e com a cogestão dos atores interessados. Participação aqui, entendida como um processo realizado por meio do estabelecimento de parcerias.

Porém, essa participação não deve ficar restrita aos espaços hoje já estabelecidos, tais como os conselhos e conferências de saúde, garantidos pelas leis 8.080/90 e 8.142/90. A participação social deve ser valorizada e incentivada no dia-a-dia das unidades de atenção do SUS (BRASIL, 2008b).

A participação na saúde é desejável, e regulamentada no âmbito de sua gestão. Para Furtado e Campos-Onocko (2008), se a participação popular numa política pública é vital, principalmente para garantir assistência e empoderamento, pode-se afirmar que a participação da comunidade e de grupos de interesse na produção de conhecimento em torno destas políticas seja igualmente desejável.

O presente estudo teve como campo a pesquisa intitulada “FORMAÇÃO EM HUMANIZAÇÃO DO SUS: Avaliação dos efeitos dos processos de formação de apoiadores institucionais na produção de saúde nos territórios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo”<sup>2</sup>.

O referido estudo é uma pesquisa multicêntrica e interinstitucional, com metodologia avaliativa, interventiva, formativa e participativa, sendo uma parceria entre o Ministério da Saúde e três universidades, nos estados do Rio Grande do Sul, São Paulo e Santa Catarina (PAULON *et al*, 2014)<sup>3</sup>. Para assegurar a participação na

---

2 Deste ponto em diante do texto, iremos utilizar o termo “pesquisa multicêntrica” quando nos referirmos à pesquisa intitulada “FORMAÇÃO EM HUMANIZAÇÃO DO SUS: Avaliação dos efeitos dos processos de formação de apoiadores institucionais na produção de saúde nos territórios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo”. Quando tratarmos desta dissertação, utilizaremos os termos estudo, trabalho ou pesquisa.

<sup>3</sup> As universidades são: UFRGS, UFSC e UNESP. A parceria com o Ministério da Saúde foi no âmbito do Projeto Desenvolvimento de Técnicas de Operação e Gestão de Serviços de Saúde em uma Região Intramunicipal de Porto Alegre – Distritos da Restinga e Extremo-Sul, de acordo com o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), firmado entre o Ministério da Saúde e a Associação Hospitalar Moinhos de Vento, por meio do termo de ajuste de número 05/2011, assinado em 31 de dezembro de 2011. Financiada também pelo Conselho Nacional de

pesquisa multicêntrica, foi criada, entre outros dispositivos, uma instância cogestora da pesquisa, composta por apoiadores formados no curso, seus formadores e pesquisadores acadêmicos das instituições de ensino responsáveis pela pesquisa multicêntrica.

Diante do exposto, surgiu a questão que este trabalho pretendeu responder: Como os membros do Colegiado Ampliado de Pesquisa percebem sua participação nesse espaço de cogestão de uma pesquisa?

Entendemos que a construção do conhecimento está tradicionalmente centrada nos centros universitários e na figura do pesquisador acadêmico, criando relações de saber-poder entre aqueles que detêm o método científico e aqueles que não o tem, e correndo-se o risco de se produzir uma ciência cada vez mais distante da realidade social.

O cenário atual do SUS impõe que busquemos práticas mais democratizantes não só na atenção e na gestão, como também no campo da produção do conhecimento. Assim, é preciso equiparar as metodologias de pesquisa com a diretriz inclusiva e participativa que garantam os direitos dos cidadãos não somente nos serviços de saúde. O saber dito científico e o saber produzido na experiência singular do cotidiano quando se entrecruzam permitem a ampliação da capacidade de análise dos dados de uma pesquisa. Experiências cogestivas em pesquisa podem aumentar o grau de autonomia e empoderar, além de permitir o exercício do protagonismo e da cidadania (PASSOS *et al.*, 2013).

O desafio que se coloca, portanto, é de que os participantes não sejam meros informantes, mas sim, que sejam incluídos, e que se incluam, na pesquisa, assumindo posição ao lado do pesquisador, alterando radicalmente a maneira de organizar os procedimentos, caracterizados, em geral, pela hierarquia dos diferentes e pelo corporativismo dos iguais. Busca-se transformar a pesquisa *sobre* em uma pesquisa *com* sujeitos (PASSOS *et al.*, 2013).

Essa pesquisa justifica-se por trazer um novo olhar para o fazer científico, hoje hegemonicamente gerido pelos pesquisadores acadêmicos, tradicionais. Trata-se de trazer para a produção do conhecimento, a comunidade e grupos de interesse, não separando o avaliador daquele que é avaliado. Podemos falar aqui em Humanização da pesquisa e dos processos de avaliação, pois o formato utilizado na

pesquisa participativa aproxima o saber da academia do saber dos trabalhadores, abrindo a possibilidade de uma nova lógica de redistribuição do poder.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Discutir a participação no processo de gestão de uma pesquisa avaliativa de 4ª geração, na percepção dos membros de um Colegiado Ampliado de Pesquisa (CAP).

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Entender a visão dos integrantes do CAP sobre o processo de participação vivenciado
- Caracterizar a prática da cogestão de uma pesquisa no espaço do CAP.
- Demonstrar as possíveis transformações no trabalho dos pesquisadores acadêmicos, apoiadores, formadores e gestores integrantes do CAP, oriundos de sua participação nesse coletivo;
- Verificar as potencialidades e fragilidades de vivenciar a experiência do CAP;



### 3 MARCO CONTEXTUAL

#### 3.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS: DESAFIOS NOS ÂMBITOS DA GESTÃO E DA ATENÇÃO

Em outubro de 1988, foi promulgada a nova Constituição Brasileira, cujo Artigo 196 estabelece a saúde como um direito de todos, delegando ao Estado o dever de garanti-la. Além disso, a Constituição traz diretrizes filosóficas e organizacionais que foram ampliadas e regulamentadas pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90. São elas: universalidade e igualdade na assistência, integralidade, descentralização político-administrativa, regionalização e hierarquização, direito à participação e informação aos cidadãos (KLEBA, 2005). Criou-se, então, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Muitos foram os avanços desde a criação do SUS, mas muitos também são os desafios enfrentados, especialmente num país com profundas desigualdades sociais e econômicas como o Brasil. Podemos citar a ampliação do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde e a ampliação do processo de corresponsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e cuidar como obstáculos a serem superados no contexto do SUS (BRASIL, 2008a). Além disso, há um processo de burocratização que leva, na maioria das vezes, ao endurecimento das relações interpessoais no SUS, seja entre trabalhadores ou entre esses e usuários (CAMPOS, 2005). Coloca-se assim um cenário que exige novos olhares e novas posturas para o enfrentamento desses desafios.

O tema Humanização vem sendo discutido desde a XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, cujo tema era “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Em seguida, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de criar comitês de humanização com foco na melhoria da qualidade da atenção ao usuário e, posteriormente, ao trabalhador. Porém, se por um lado usuários e alguns trabalhadores exigiam a humanização, esta era banalizada por gestores e pela maioria dos profissionais (BENEVIDES e PASSOS, 2005). Vale destacar que o PNHAH não foi o único programa lançado pelo Ministério da Saúde, onde o tema humanização se fazia presente. No entanto, segundo Benevides e Passos (2005), o termo humanização estava expresso de forma fragmentada, frágil e imprecisa, ligado

geralmente ao voluntarismo, ao assistencialismo e ao paternalismo. Para o conceito “humanização” ganhar força era necessário um redirecionamento. Conforme Pedroso e Vieira (2009), era preciso distanciar-se do humano idealizado e aproximar-se do humano autônomo e protagonista, problematizando a relação entre conhecimento e transformação.

Nesse contexto, nasce em 2003, a Política Nacional de Humanização – PNH ou HumanizaSUS. Essa política surge ligada ao compromisso da consolidação real do Sistema Único de Saúde, partindo do reconhecimento do SUS que dá certo (BRASIL, 2009a).

O conceito de Humanização fala diretamente sobre os seres humanos. Para Campos (2005), um grande problema da lógica dominante atual é o esquecimento das pessoas, uma vez que as políticas econômicas são avaliadas conforme sua capacidade de produzir crescimento e estabilidade monetária, sem levar em conta necessariamente a melhoria das condições de vida das pessoas. Na saúde, a redução das pessoas a objetos manipuláveis pela clínica ou pela saúde pública torna-se comum. Assim, para o autor, o humano diz respeito ao Sujeito e à centralidade da vida humana.

Há uma propensão de se considerar como desumanas as relações sociais em que existe um grande desequilíbrio de poder. O lado mais poderoso utiliza dessa vantagem para desconsiderar os interesses e desejos diferentes dos seus, reduzindo o outro a objeto manipulável em função dos objetivos do dominante. Partindo desse pressuposto, qualquer projeto relacionado a Humanização deve levar em consideração a democratização das relações interpessoais e das instituições (CAMPOS, 2005).

Humanizar, segundo a PNH, é valorizar os diferentes sujeitos envolvidos nos processos de produção de saúde e apostar em valores como autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilização, estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão (SANTOS-FILHO e BARROS, 2007).

A Humanização passa a ser vista então, como uma dimensão fundamental para a construção de uma Política de Qualificação do SUS, e dessa forma, não pode ser vista apenas como um programa a ser aplicado nos diversos serviços de saúde, mas como uma política transversal a toda rede do SUS. O risco de entendermos a Humanização como mais um programa seria o de enraizar relações verticais, onde são estabelecidas normas que devem ser aplicadas e operacionalizadas, reforçando a burocratização e a descontextualização das ações,

pautando-as em metas e objetivos a serem cumpridos, sem discussão da resolutividade e da qualidade (BRASIL, 2004).

Como política, a Humanização traduz princípios e modos de operar no conjunto das relações entre os diferentes profissionais, usuários, serviços e unidades de saúde e as diferentes instâncias que compõem o SUS. O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, os instrumentos de implementação e avaliação e, principalmente, os modos como esses processos ocorrem, devem convergir para a construção de trocas solidárias e comprometidas para a produção de saúde (BRASIL, 2004).

O mesmo documento citado traz que a Humanização se apresenta, então, como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelecendo a construção de atitudes ético-estético-políticas, voltadas para um projeto de corresponsabilização e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque se voltam para os processos de criação do homem. Políticas porque se entende que é na pólis, na relação entre os homens, que as relações sociais e de poder opera.

Como já colocado anteriormente, a PNH nasce do entendimento do SUS que dá certo, porém, sem negar a existência de obstáculos a serem enfrentados.

Os princípios, métodos, diretrizes, instrumentos de ação e dispositivos da PNH se produziram a partir da verificação, escuta, análise e síntese de diversas experimentações e construções existentes na política pública de saúde, nos mais diversos planos, âmbitos e cenários. Assim, pode-se dizer que a Política de Humanização parte do acúmulo de experiências dos mais diversos sujeitos coletivos nos mais variados espaços do país (PASCHÉ, 2009).

O autor coloca que a escolha desta metodologia tem efeito de positivação sobre o SUS, uma vez que, considerando a existência de problemas e desafios, não parte deles, e sim das experiências que permitiram superá-los, propondo modos de fazer e direcionamento aos processos de mudança na saúde. Essa opção de não partir do negativo potencializa a ação de sujeitos e coletivos sociais, contagiando para a mudança.

Esta definição apresenta-se como uma sensível e radical diferença, mudando a forma de enfrentamento das contradições do SUS, pois onde se anunciavam os desafios nos modos de gerir e de cuidar, as

dificuldades mais radicais (ação autônoma dos sujeitos) e a impossibilidade da construção de planos de ação comum (relação entre sujeitos com interesses e necessidades não coincidentes) é que emerge a força e a possibilidade da produção da mudança (PASCHE, 2009).

Das experiências concretas nos serviços e práticas do SUS, da análise de sua construção, é que a PNH extrai, então, suas construções discursivas e práticas. Seu arcabouço organizativo articula, de forma orgânica, princípios, método, diretrizes e dispositivos (PASCHE, 2009).

A PNH possui três princípios, entendidos como o que causa a ação ou dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. São eles (BRASIL, 2008a):

- Transversalidade: refere-se ao aumento do grau de comunicação intra e intergrupos. Indica também transformação dos modos de relação e comunicação entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, tendo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos das relações de trabalho.

- Indissociabilidade entre a atenção e a gestão: implica em não separar a alteração dos modos de cuidar da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho. Não separa a clínica da política, a produção de saúde da produção de sujeitos. Afirma a integralidade do cuidado e a integração dos processos de trabalho.

- Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos: para a PNH, o trabalho implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais (econômicas, políticas, institucionais e culturais). A afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gestão e atenção, produz maior efetividade nas mudanças nos modos de gerir e de cuidar.

O mesmo documento traz ainda o entendimento de método como a condução de um processo ou o seu modo de caminhar (meta=fim; hodos=caminho). Na PNH, podemos falar de um “método de tríplice inclusão”, já que a política caminha no sentido de incluir, nos processos de produção de saúde, os diferentes agentes implicados no processo:

- inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários), produzindo autonomia, protagonismo e corresponsabilidade.

- inclusão dos analisadores sociais ou dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança.

- inclusão dos coletivos, seja como movimento social organizado ou como experiência singular sensível (mudança dos perceptos e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal.

Já as diretrizes são definidas como orientações gerais de uma política. Na PNH, suas diretrizes expressam o método da inclusão no sentido da: clínica ampliada, cogestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos do usuário, fomento das grupalidades, coletivos e redes e construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2008a).

Ao atualizarmos as diretrizes de uma política em arranjos de processos de trabalho temos os dispositivos. Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são colocados a funcionar nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modos de atenção e gestão (BRASIL, 2008a). Pasche (2009), salienta que os dispositivos não devem ser tomados como uma prescrição, mas sim como formas de organização dos processos de trabalho que podem e devem ser experimentadas e moldadas pelos sujeitos e seus contextos políticos institucionais. São dispositivos da PNH (BRASIL, 2008a):

- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH);
- Colegiado Gestor;
- Contrato de Gestão;
- Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência “porta aberta”, ouvidoria, etc;
- Visita Aberta e Direito à Acompanhante;
- Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP);
- Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial;
- Projetos Cogeados de Ambiência;
- Acolhimento com Classificação de Riscos;
- Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva;
- Projeto Memória do SUS que dá certo.

A PNH também levou seus pressupostos ético-políticos para o campo da formação. As diretrizes dos processos de formação da PNH se assentam no princípio de que a formação é inseparável dos processos de mudanças, entendendo que formar é, necessariamente, intervir, e intervir é experimentar em ato as mudanças nas práticas de gestão e de cuidado, na direção da afirmação do SUS como política inclusiva, equitativa,

democrática, solidária e capaz de promover e qualificar a vida do povo brasileiro (PASCHE e PASSOS, 2010).

A formação então é entendida como estratégia de intervenção coletiva para a produção de alterações nas condições de trabalho. Esse entendimento impõe que se utilizem estratégias pedagógicas que superem a mera transmissão de conhecimentos, pois não haveria um modo correto de fazer, senão modos que, orientados por premissas éticas, políticas e clínicas, devem ser recriados considerando especificidades de cada realidade, instituição e equipe de saúde (PASCHE e PASSOS, 2010).

Neste trabalho, destacaremos a diretriz Cogestão, no capítulo 4. Já entre os dispositivos, daremos ênfase à Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP), a seguir.

### 3.2 COMUNIDADE AMPLIADA DE PESQUISA – CAP

A Política Nacional de Humanização utiliza uma série de dispositivos e ferramentas para operacionalizar seu princípio de transversalidade, colocar em prática redes, corresponsabilização e criar vínculos solidários entre trabalhadores, gestores e usuários. Com essa oferta, o HumanizaSUS aponta para o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis, fomentando a participação efetiva nas práticas de cuidado e gestão. Propõe-se, assim, a atuar na autonomia administrativa da gestão da rede de serviços, articulando processos de trabalho e as relações entre os diferentes profissionais e a população atendida (BRASIL, 2009b).

No processo de trabalho em saúde, ressalta-se que as organizações de saúde devem ser, além de espaços de produção de bens e serviços para os usuários, também espaços de valorização do potencial inventivo dos diversos sujeitos envolvidos nesses serviços: gestores, trabalhadores e usuários. O trabalho não é, apenas, o que está definido previamente para ser executado, mas também o que realmente acontece nas mais diversas situações do cotidiano do trabalho. Inclui, assim, o esforço que se dispense no dia a dia do profissional, os acordos e pactos realizados e até mesmo o que se pensou em fazer, mas não foi possível (BRASIL, 2009b).

O cenário da saúde, quando da origem da PNH, apresentava problemas que indicavam a necessidade de mudanças. Entre os desafios que se mostravam podemos citar: a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho, o enfraquecimento das relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários, fragilidade



do trabalho em equipe, e do preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, e distanciamento entre o modelo de formação dos profissionais de saúde e o debate e formulação das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004).

Para Santos-Filho e Barros (2007), a gestão do trabalho se propõe a promover ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo o saber que constroem no cotidiano do trabalho.

Uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização é a Valorização do Trabalho e do Trabalhador. Ao desdobrarmos essa diretriz em dispositivos, encontramos o Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) e a Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP).

O PFST tem como objetivo promover um espaço de formação fundado no diálogo permanente entre os diferentes trabalhadores e no diálogo entre os distintos saberes, o que pode potencializar um trabalho mais saudável nos serviços do SUS, produzindo momentos de aprendizagem coletiva e permitindo a construção de ferramentas de análise das condições geradoras de sofrimento e adoecimento (BRASIL, 2011). Constitui-se, assim, em uma ferramenta de pesquisa e formação dos trabalhadores em defesa da vida e da saúde no trabalho (SANTOS-FILHO e BARROS, 2007).

Para Santos-Filho e Barros (2007), o PFST foi concebido como uma estratégia de compreensão e transformação das relações de trabalho nos serviços de saúde, baseado no diálogo-confrontação entre os saberes científicos e a experiência dos trabalhadores. A essa confrontação de saberes, denominaram Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP).

O modelo da CAP remonta a década de 1970 e a história de luta dos trabalhadores italianos por melhores condições de trabalho. No bojo da efervescência dos movimentos pelos direitos humanos, surge o Modelo Operário Italiano de Luta pela Saúde (MOI). Era um período de contradições, marcado pelo crescimento sócioeconômico, da oferta de emprego e da produção aliado ao aumento da desqualificação, baixos salários e desgaste dos trabalhadores. Esses grupos de trabalhadores solicitaram a um grupo de profissionais da área da saúde maiores informações sobre os riscos que suas condições de trabalho poderiam representar para a saúde. A partir de uma iniciativa de grupos de operários, constituiu-se então um coletivo formado por “técnicos”,

operários e sindicalistas que colocavam juntos em análise a organização do trabalho e a nocividade da fábrica, com o objetivo de que essas informações pudessem se transformar em instrumento de luta pelas mudanças nas condições de trabalho consideradas nocivas (BRASIL, 2011).

Surge assim um novo modelo de produção de conhecimento, uma nova forma de fazer pesquisa no ambiente de trabalho e de interpretar o processo saúde e doença. Denominado de Comunidade Científica Ampliada (CCA), o saber científico dialoga com o saber operário, não mais o ignorando ou desqualificando-o e tendo, como ponto de partida, a pesquisa sobre o local de trabalho. O objetivo era compreender as condições e as dinâmicas que podem gerar o sofrimento e conduzir ao adoecimento, bem como as estratégias que esses trabalhadores criam no seu dia-a-dia de afirmação de saúde e de vida (MORI; SILVA; BECK, 2009).

No Brasil, sob influência da experiência italiana, um grupo de pesquisadores inicia um projeto de pesquisas sobre a problemática da saúde dos(as) trabalhadores(as) das escolas públicas, tendo como objetivo compreender a relação entre o trabalho e os processos de saúde-doença, numa perspectiva de transformar as situações consideradas nocivas (BRASIL, 2011). Ainda sob a influência do movimento italiano e inspirados na expressão Comunidade Científica Ampliada, estes pesquisadores preferiram denominar o espaço no qual poderia se constituir essa rede de informações, a troca de experiências e construção de outras estratégias coletivas, por outra expressão: Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) (MORI; SILVA; BECK, 2009).

Segundo os autores, nos aspectos relativos à diretriz “Valorização do trabalho e do trabalhador de saúde” na PNH, a CAP, formada por consultores e apoiadores da PNH, pesquisadores e trabalhadores da saúde, tem sido um dispositivo de intervenção que permite uma maior compreensão das relações existentes entre saúde e trabalho, considerados indissociáveis.

Para a PNH, a saúde é entendida também como a capacidade do ser humano de ser normativo frente à diversidade dos mundos do trabalho. No fazer-aprender, os próprios trabalhadores vão se percebendo como produtores de conhecimento. Aprende-se a fazer criando, num processo contínuo de construção e desconstrução de saberes, valores e concepções. Trata-se de criar, pela prática do tateio, da experimentação, de pôr em xeque as formas já dadas (BRASIL, 2009b).

Deseja-se que o encontro e o diálogo crítico entre os diferentes saberes e práticas que o espaço da CAP permite, subsidiem e orientem o trabalho em equipes multiprofissionais atentas à análise da relação dinâmica entre o fazer e o pensar sobre o cotidiano do trabalho e a produção de saúde (MORI; SILVA; BECK, 2009).

Este processo de diálogo crítico permanente propiciado pelo PFST/CAP não se limita a ser um simples momento de transmissão de informações e conhecimentos, mas, antes, um momento de escuta e de abertura para o outro, no diálogo. Essa abordagem tenta enfatizar as diferentes vozes que compõem qualquer diálogo, convidando os participantes a aceitar o outro, legitimando e reconhecendo a validade do saber do outro, explicitando a riqueza das experiências de vida e estratégias inventadas. Esses espaços que permitem o diálogo são instrumentos essencialmente cogерidos (MORI; SILVA; BECK, 2009).

Percebe-se, então, que o instrumento da Comunidade Ampliada de Pesquisa é, fundamentalmente, participativo. O trabalhador estabelece parcerias constituindo-se como ator ativo no processo de investigação sobre a questão da saúde (BRASIL, 2011).

Para Mori *et al.* (2009), a CAP é uma estratégia de compartilhamento de experiências e trocas de afetos na qual a própria humanização torna-se a atualização de ações éticas, e não a afirmação de identidades fixas. Pensar um modo de permitir esse encontro, essa construção coletiva nos serviços é o que direciona a CAP.

Assim, as autoras acreditam que a CAP se coloca como uma potência para a transformação da realidade, possibilitando a ampliação da escuta e da visão do outro como alguém capaz de colaborar na compreensão da realidade. É um novo modo de perceber o cotidiano vivido, dando novos sentidos ao que antes era considerado natural, simples, fácil. Nesse espaço, a cogestão ganha contornos claros, mas não endurecidos e, desta forma, temos outra valorização dos processos de trabalho.

Apona-se, assim, um imperativo ético: a criação de métodos de acolhimento e de inclusão do outro. Inclusão entendida como a abertura de espaço para a conversa e para a democratização das instituições, do processo de trabalho e das organizações de saúde. O trabalhador ainda tem poucos espaços para discutir sobre seu trabalho. Cogestão significa colocar em discussão o tema da democracia e da ética (MORI; SILVA; BECK, 2009).

Os princípios do SUS – universalidade, integralidade e igualdade – convocam a cogestão pela inclusão da diferença: sujeitos,

saberes, movimentos sociais e analisadores. O conceito de humanização, segundo os princípios e as diretrizes da PNH, e a adoção do dispositivo PFST/CAP levam em conta que os trabalhadores são sujeitos sociais engajados em práticas locais e que, se mobilizados, são capazes de transformar o cotidiano do trabalho, transformando a si próprios neste mesmo processo (MORI; SILVA; BECK, 2009).

A aposta da CAP e do PFST é de que o trabalho é fator de transformação social. O Ministério da Saúde vem apoiando esses movimentos de mudança e empoderamento, oferecendo suporte e fomentando a criação desses espaços, contemplando pesquisas, estudos e análises dos processos de trabalho (BRASIL, 2009b).

Na pesquisa multicêntrica, o modelo da CAP foi utilizado como instância gestora da pesquisa.

## 4 MARCO TEÓRICO

### 4.1 MODELOS DE GESTÃO: DAS PRIMEIRAS TEORIAS DA ADMINISTRAÇÃO AOS MODELOS PARTICIPATIVOS

Vivemos em uma sociedade estruturada em torno de organizações: empresas, escolas, hospitais. E para garantir o bom funcionamento das instituições, muitos tem sido o esforço na busca de modelos de gestão adequados às necessidades das organizações e da sociedade como um todo.’

Ferreira e cols (2006) referem que as primeiras teorias da administração surgiram durante a Revolução Industrial, a partir do século XVIII. Contudo, é correto afirmar também que existem registros mais antigos, cerca de 5.000 a.C, indicando a atividade comercial e governamental dos povos da antiguidade. Registros históricos mostram que ao longo do tempo sempre se necessitou de algum esquema administrativo para governar países, empreendimentos e negócios (CHIAVENATO, 1999).

Os primeiros estudiosos da administração não eram cientistas sociais ou filósofos. Eram, em geral, pessoas que procuravam solucionar os problemas enfrentados nas organizações que dirigiam (FERREIRA *et al.*, 2006). Foi, em 1903, que Taylor escreveu o primeiro livro sobre administração, inaugurando a chamada teoria administrativa. O desenvolvimento dessa teoria pode ser explicado através de três etapas distintas: era industrial clássica (da revolução industrial até o início da década de 1950), era industrial neoclássica (ocorreu no período de 1950 até 1990) e a era da informação (de 1990 até os tempos atuais). Essa divisão está baseada pelas etapas distintas pelas quais o mundo organizacional passou no decorrer do século XX (CHIAVENATO, 1999).

As primeiras teorias da administração surgiram no período denominado era industrial clássica, sendo que a pioneira foi chamada de escola da administração científica. Esta teoria está baseada na divisão do trabalho em tarefas elementares e praticamente indivisíveis, focando a especialização das pessoas na execução dessas tarefas. O objetivo é a obtenção de ganhos de produtividade (LACOMBE e HEILBORN, 2003). Foi iniciada por Frederick W. Taylor (1856-1915), engenheiro americano, com o intuito de atacar o desperdício e a improvisação que assolavam as indústrias americanas (CHIAVENATO, 1999).

A solução encontrada por Taylor foi estudar o trabalho de cada operário, analisando, decompondo e racionalizando este trabalho através do estudo dos tempos e movimentos, estabelecendo um método que constituísse a melhor maneira de execução da atividade. A esse conjunto de princípios, Taylor denominou Administração Científica (CHIAVENATO, 1999).

Henry Gantt, Franck e Lilian Gilbreth e vários outros seguiram na mesma linha de Taylor. Baseavam-se no princípio que os operários deveriam fazer sempre a mesma coisa e com pouca instrução, de forma a viabilizar seu treinamento na execução de tarefas simples, produzindo assim, de maneira melhor e mais depressa. O taylorismo caracteriza-se por uma alta desumanização do trabalho, baseando sua lógica no trabalho rápido, rotineiro e monótono (LACOMBE e HEILBORN, 2003). Trata-se de um modelo de gestão com inspiração mecânica, que teve ainda contribuições de Henry Ford, não tanto por ter publicado teorias, mas pelos resultados obtidos em suas aplicações práticas a frente da Ford Motors Company (FERREIRA *et al.*, 2006).

Enquanto Taylor buscava a ênfase nas tarefas, preocupando-se com o trabalho dos operários das fábricas, na Europa iniciava-se outro movimento, que enfatizava os aspectos gerais da administração e da composição estrutural das empresas, ou seja, o enfoque passa a ser na estrutura, refletindo uma preocupação com a formação de uma rede interna de relações entre os órgãos que compõem a organização e com a definição de princípios universais para o seu bom funcionamento. Essa nova ênfase foi desenvolvida por duas abordagens distintas: a Teoria Clássica e a Teoria da Burocracia (CHIAVENATO, 1999).

O personagem mais importante que sistematizou e divulgou as ideias da Teoria Clássica da Administração foi o engenheiro francês Henry Fayol (1841-1925) (MAXIMIANO, 2007).

Cabe ressaltar que, tanto a Teoria Científica, quanto a Teoria Clássica, tinham como objetivo a busca da eficiência das organizações (CHIAVENATO, 2001).

Na abordagem de Fayol, o olhar partia da estrutura geral da organização, para garantir eficiência a todas as partes envolvidas, fossem elas órgãos ou pessoas. Nessa teoria, são previstas cinco funções para o ato de administrar: prever (visualizar o futuro e traçar a ação), organizar (constituir o duplo organismo material e social da empresa), comandar (dirigir e orientar o pessoal), coordenar (unir todos os atos e esforços coletivos) e controlar (verificar que tudo ocorra de acordo com as regras estabelecidas e ordens dadas) (CHIAVENATO, 2001).

Além dessas funções, Fayol também defendeu alguns princípios considerados básicos para a organização. São eles: divisão do trabalho, autoridade e responsabilidade, disciplina, unidade de comando, unidade de direção, subordinação aos interesses gerais, remuneração do pessoal, centralização, hierarquia, ordem, equidade, estabilidade do pessoal, iniciativa e espírito de equipe (FERREIRA *et al.*, 2006).

Para Chiavenato (2001), apesar de receber várias críticas, a Teoria Clássica é ainda a abordagem mais utilizada para os iniciantes em administração. Ferreira *et al.* (2006), apontam como críticas a esse modelo a visão mecanicista, a superespecialização dos operários, a visão limitada do ser humano, a abordagem limitada das organizações e as propostas prescritivas e generalizantes.

Igualmente visto como ultrapassado, porém ainda usado amplamente pelas organizações é o modelo burocrático, que também pode ser incluído na abordagem estrutural. A burocracia representa o modelo de organização social que esteve mais presente no mundo a partir do século XIX, sendo interpretada e popularizada por Max Weber (FERREIRA *et al.*, 2006).

O advento da burocracia ocorreu com base na evolução da sociedade, com o esgotamento da forma tradicional de autoridade, no qual predominavam o patriarcado e o patrimonialismo. A esfera governamental, como reflexo do crescimento das nações e complexidade adquirida pela gestão pública, foi a primeira a apresentar sinais da necessidade de adoção de modelos mais complexos de gestão. A criação de quadros de funcionários públicos profissionalizados e designados para cargos com um escopo de autoridade bem definido esteve na base da construção da sociedade burocrática. Na sociedade burocrática, passaram a predominar as normas impessoais e a racionalidade nos processos decisórios (FERREIRA *et al.*, 2006).

A partir da década de 1930, observa-se uma revolução conceitual na Teoria Administrativa. Atribuída ao desenvolvimento das ciências sociais, em especial da Psicologia, aliada às profundas modificações sociais e econômicas relacionadas a crise de 1929, a Abordagem Humanística transfere a ênfase para as pessoas que trabalham ou participam nas organizações (CHIAVENATO, 2001).

A Abordagem Humanística ocorre com a Teoria das Relações Humanas. Porém, cabe ressaltar que em meio à Teoria Clássica e antecipando-se, de certo modo, à Teoria das Relações Humanas, surgiram autores que iniciaram um trabalho de revisão e crítica das bases da teoria da Administração. Podemos citar Ordway Tead, Mary

Parker Follett, Chester Barnard e Oliver Sheldon (CHIAVENATO, 2001).

Segundo o autor, a Teoria das Relações Humanas surgiu nos Estados Unidos como um movimento de oposição à Abordagem Clássica da Administração, como necessidade de corrigir a forte tendência de desumanização do trabalho com a aplicação de métodos rigorosos, científicos e precisos, aos quais os trabalhadores tinham de se submeter.

Preocupada com o esmagamento do homem pelo impetuoso desenvolvimento da industrialização, a Teoria das Relações Humanas identifica que a capacidade humana para o trabalho coletivo não manteve o mesmo ritmo de crescimento que a eficiência material, provocando um desgaste no sentimento espontâneo de cooperação (CHIAVENATO, 2001).

Para Ferreira *et al.* (2006), a maioria dos estudiosos da administração considera a Abordagem Humanística um grande avanço frente às teorias anteriores, marcadas por uma visão restrita e pessimista em relação aos trabalhadores. As críticas apontam para as fragilidades, como a visão ingênua das relações humanas no trabalho e a orientação exclusiva para os aspectos comportamentais em detrimento das questões estruturais.

As abordagens descritas até aqui fazem parte de um rol que os estudiosos denominam como Abordagem Clássica da Administração.

No início da década de 1950, a teoria administrativa passou por um período de intensa remodelação, influenciada, principalmente, pelas mudanças geradas pelo fim da Segunda Guerra Mundial (CHIAVENATO, 2001).

O surgimento de novos sistemas globais de comunicação e a consolidação da sociedade de consumo em massa contribuíram para a expansão dos sistemas de produção de bens e serviços, abrangendo tanto organizações privadas, quanto o setor governamental (FERREIRA *et al.*, 2006).

Nesse contexto surge a Teoria da Contigência, onde se estabelece que não existem modelos organizacionais que sejam adequados a todas as situações, e que cada situação (ou contingência), vai necessitar de uma abordagem específica (FERREIRA *et al.*, 2006).

Os modelos e teorias administrativas continuam evoluindo. Porém, para Chiavenato (2001), as teorias clássicas continuam sendo a base dos novos modelos que surgem, seja sendo o ponto de partida ou como crítica.



Para Campos (2007), a obra de Taylor é fundadora de um estilo de governar que ainda não foi superada em seus princípios gerais. Embora o campo da gestão tenha se ampliado no último século, a disciplina e o controle continuam sendo o eixo central dos métodos de gestão.

A racionalidade gerencial, que é hegemônica, produz sistemas de direção que se baseiam no aprisionamento da vontade e na retirada das possibilidades de governar da maioria. Esses sistemas exigem que os trabalhadores abram mão dos seus desejos e interesses, substituindo-os pelos objetivos, normas e objetos de trabalhos estranhos a eles (CAMPOS, 2007).

Na área da saúde, esse panorama não é diferente. Para Campos (2006), as técnicas de gestão neste estão pouco desenvolvidas. O autor coloca que a gestão dos serviços de saúde ocupa uma posição subordinada à política hegemônica de um dado período.

Desenvolver uma maneira adequada de administração dos serviços de saúde vai além de adaptar procedimentos de organização e método para o campo sanitário. Para que a gestão tenha um papel estratégico na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), deve-se cuidar daquelas características consideradas negativas aos seus objetivos, em especial, a questão da privatização. Há que se romper com a estrutura tradicional do Sistema, ainda baseada na escola da Administração Científica, cuidando de se assegurar uma produtividade e uma eficácia razoáveis (CAMPOS, 2006).

Um método que se pretenda anti-Taylor deve ter como objetivos o fortalecimento dos Sujeitos e a construção da democracia institucional. Não há democracia sem a intervenção deliberada de Sujeitos concretos. Depende da correlação de forças, do confronto entre movimentos sociais e poderes instituídos e da construção de espaços de poder compartilhado: rodas. A democracia é, portanto, a possibilidade de exercício do Poder, com acesso a informações, tomando parte em discussões e na tomada de decisão (CAMPOS, 2007).

O Método da Roda se propõe a essa mudança. Esse método aposta na democracia institucional não apenas como uma forma de alavancar mudanças sociais, mas como um fim em si mesmo. Busca a superação da visão instrumental que as escolas de administração têm sobre os chamados “recursos humanos” (*grifo do autor*). O Método da Roda pensa novos modos de analisar e operar Coletivos Organizados

para a Produção<sup>4</sup>, reconstruindo os arranjos estruturais, as linhas de produção de subjetividade e os métodos de gestão (CAMPOS, 2007).

Para o autor, a Gestão Democrática e participativa, que se concretiza por meio da construção de sistemas de cogestão, é um dos eixos de conformação do Método da Roda. É uma nova lógica de distribuição do poder.

O conceito de cogestão deve ser entendido aqui como todos decidindo, porém decidindo tendo em vista outras instâncias, deliberar entre interesses conflituosos, em negociação permanente. Diferente da Autogestão, o conceito de cogestão partiria do princípio de que não haveria poder nem dominação absolutos, mas sempre relativos e em relação com outros graus de poder e de dominação (CAMPOS, 1998).

A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, evitando os possíveis excessos por parte dos diferentes corporativismos. É uma diretriz ética e política que visa educar os trabalhadores (BRASIL, 2008b).

O SUS busca uma maior democracia na gestão da saúde, trazendo como um dos seus princípios a participação social. A operacionalização dessa participação é dada pela Lei nº 8.142/1990, que orienta sobre a formação dos conselhos de saúde nas esferas Federal, Estaduais e Municipais. Esses espaços são compostos por trabalhadores, gestores da saúde e usuários de forma paritária (BRASIL, 2008b).

Contudo, a participação social não pode ficar restrita a essas instâncias formalizadas para o controle social, devendo ser valorizada e incentivada no cotidiano das unidades de atenção do SUS, onde a participação ainda é pequena, incluindo a dos trabalhadores, que se envolvem pouco com as decisões sobre os rumos das unidades em que trabalham (BRASIL, 2008b).

O modelo de gestão proposto pela PNH é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva e em colegiados que garantem que o poder de fato seja compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente (BRASIL, 2008b).

Para Campos (2007), o desenvolvimento dessa capacidade de cogovernar é considerado um objetivo do Método da Roda, tão relevante quanto a produção de bens e serviços, já que é a base para a construção

---

<sup>4</sup> Coletivo Organizado designa aqueles agrupamentos que têm como objetivo e como tarefa a produção de algum bem ou serviço. Coletivos Organizados para a Produção são todos os agrupamentos humanos articulados com alguma finalidade produtiva, com objetivos a serem cumpridos e com tarefas mais ou menos explícitas (CAMPOS, 2007).

de sistemas de cogestão e de democracia institucional. Para o autor, a socialização dessa habilidade diminui a distância entre governantes e governados, além de garantir a formação de um compromisso entre o interesse público e o privado.

O sistema de cogestão procura articular o novo formato de atendimento em saúde, com a participação dos envolvidos no trabalho em equipe. Dessa forma, acredita-se que a implementação das diretrizes do SUS estará garantida e será possível, garantindo, ao mesmo tempo, estímulo à reflexão e aumento da autoestima dos profissionais, fortalecendo seu empenho no trabalho, a criatividade na busca de soluções e o aumento da responsabilidade social. Pressupõe ainda, a troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais, usuários e gestores (BRASIL, 2008b).

Assim, a cogestão convoca a pensar novos valores e uma nova ética, assumindo um compromisso com os Sujeitos e sua autonomia numa relação dialética e indissociável do modo como se opera a relação entre democracia e instituição (CAMPOS, 2007).

Para promover a gestão participativa, buscando maior democratização nos processos de decisão, vários caminhos podem ser adotados. A PNH propõe alguns dispositivos, como por exemplo: conselhos de gestão participativa, colegiado gestor, mesa de negociação permanente e contratos de gestão (BRASIL, 2008b). Podemos citar ainda a Comunidade Ampliada de Pesquisa como espaço de cogestão do trabalho.

A cogestão é um sistema baseado na participação. Assim, faz-se necessário entender um pouco mais sobre o ato de participar e sua interface com a saúde.

## 4.2 PARTICIPAÇÃO E SUA INTERFACE COM A SAÚDE E A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO

Segundo o dicionário Michaelis, participar significa “ter ou tomar parte em” ou “associar-se pelo pensamento ou pelo sentimento; solidarizar-se” (Michaelis, 2013).

Já para Côrtes (2009), a noção de participação não apresenta um significado único. A palavra adquiriu significados diversos, o que tem provocado debates na literatura, em especial em ciências políticas, movimentos sociais, em desenvolvimento e em políticas de saúde.

A ambiguidade do conceito de participação reflete as múltiplas realidades em que ele está inserido, tendo tantos significados quanto os contextos específicos em que se desenvolve (MOTTA, 1984).

O conceito de participação foi amplamente utilizado no período pós-guerra, principalmente no campo das teorias sociológicas e políticas, trazendo implicitamente a ideia de modernização e democracia e tendo como objetivos a adesão aos programas de desenvolvimento em diferentes níveis; a mudança dos padrões socioculturais considerados arcaicos; a construção de interesses corporativos e como instrumento de mediação de conflitos entre grupos de interesses (SIMIONATTO e NOGUEIRA, 2001).

No campo do trabalho, a preocupação surge com a impossibilidade cada vez maior de administrar conflitos com uso de coação física. A década de 1930, em especial, é um marco em termos da preocupação com a diminuição das tensões e com a participação dos trabalhadores com as decisões que afetassem seu trabalho (MOTTA, 1984).

Passados mais de oitenta anos, o tema da participação parece estar mais incorporado ao cotidiano das políticas. Para Furtado (2011), o assunto não se constitui mais em algo inusitado ou desconhecido, havendo inclusive razoável consenso em torno da importância da participação pelo menos no campo da avaliação. Para o autor, a ideia de participação parece estar colocada no rol das coisas “politicamente corretas”, sendo que isso acaba se tornando perigoso, uma vez de que tão consensual e “correta”, passa a ser automático, o que não é verdade (*grifos do autor*).

Participar significa inevitavelmente trazer para bem perto a presença do outro. É estabelecer pontes para o diálogo, a circulação de palavras e afetos por mais diferentes que sejam suas formas e conteúdos. Ao buscarmos os valores éticos que justificam e sustentam essa noção de participação como convívio dos diferentes, podemos citar a declaração universal de direitos humanos, nascida num período de especial intolerância. Assim, a participação se firma nas ideias de liberdade, de possuir direitos independentemente das singularidades que um ser humano possua com relação a todos os demais (FURTADO, 2011).

Ao seguirmos essa lógica, podemos, então, afirmar que a participação nasce da constatação de que existem diferenças e que elas podem interagir, se influenciar e conviverem em certa harmonia. Porém, deve-se fugir da ideia de que participação equivale a estabelecer uma homogeneização. A igualdade está no direito, visto que somos cidadãos,

e não em tornar uniforme grupos ou pessoas essencialmente diferentes (FURTADO, 2011).

Para o autor, é preciso que a participação e a inclusão não sejam idealizadas, mas que sejam pano de fundo para muitas das ações cotidianas. Deve-se ter em mente que participar é estabelecer contato com a alteridade, convivendo com as diferenças e, com essa experiência, enriquecer os sujeitos envolvidos.

A participação tem sido considerada fator característico das políticas sociais e condição essencial para atingir a autopromoção e o empoderamento. Essas políticas representam, da parte do Estado, um esforço planejado de reduzir as desigualdades sociais (FURTADO e ONOCKO-CAMPOS, 2008).

Para Furtado (2011), políticas públicas são constituídas de três componentes: o assistencial, voltado para o cuidado de pessoas ou grupos que não o fariam sem apoio; socioeconômico que permite ou amplia a capacidade do sistema em gerar renda; e político, relacionado ao modo de conceber, focalizar e conduzir essas políticas. Nessa última faceta é que está a definição do grau de participação dos atores envolvidos e da autonomia da clientela frente à política social. Para o autor, a participação é o componente mais frequentemente negligenciado.

Como política pública, a saúde também prevê a participação em seu funcionamento. Para Côrtes (2009), a relação da saúde com a democracia está nas raízes do movimento que denominamos Reforma Sanitária. A autora ressalta que o movimento tinha clareza de que a oferta universal de serviços de saúde concretizava o direito de todos, mas trazia a ideia de que também a sociedade se responsabilizasse e participasse das decisões, garantindo dessa forma a preservação dos interesses coletivos. Havia assim, o vislumbre de que a sociedade se politizasse gradativamente, atingindo ampla consciência sanitária, ou seja, sobre o direito à saúde e sobre a cidadania.

A participação social na saúde é um dos princípios do Sistema Único de Saúde, definidos na Constituição Federal promulgada em 1988, resultando em maior democracia no espaço da gestão da saúde. Esta gestão é realizada pelos estados e municípios, já que o SUS adota a descentralização como estratégia organizativa (BRASIL, 2008b). A legislação regulamenta os princípios constitucionais, definindo que a participação da sociedade na dinâmica do SUS seja institucionalizada nos conselhos e nas conferências de saúde (CÔRTEZ, 2009). A Lei 8.142/90 orienta sobre a formação dos conselhos nas três esferas de

governo (federal, estadual e municipal) e sobre a composição destes espaços, sendo que os usuários do sistema ocupam 50% das vagas dos conselhos de saúde (BRASIL, 2008b). A mesma lei criava também as conferências de saúde, nos três níveis da administração pública, as quais devem ter a mesma composição dos conselhos e ocorrer a cada quatro anos. As conferências tem como objetivo avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Embora tenham sido realizadas oito conferências nacionais de saúde anteriormente a 1990, apenas a última delas – a 8ª Conferência Nacional de Saúde – teve participação popular marcante, possivelmente por ter sido realizada em 1986, no contexto da democratização política (CÔRTEZ, 2002).

A participação na saúde é desejável, e regulamentada, no âmbito de sua gestão. Para Furtado e Campos-Onocko (2008), se a participação popular numa política pública é vital, principalmente para garantir assistência e empoderamento, pode-se afirmar que a participação da comunidade e de grupos de interesse na produção de conhecimento em torno destas políticas seja igualmente desejável.

A inclusão de representantes de diferentes segmentos envolvidos em um programa ou serviço, seja na qualidade de seus trabalhadores ou de seus beneficiários, vem sendo defendida por diversos autores para aumentar a possibilidade de utilização dos resultados da pesquisa, estimular a participação, a capacitação e o desenvolvimento dos envolvidos, levar em consideração os diferentes interesses e reivindicações existentes, para revelar as aprendizagens silenciosas do cotidiano e propiciar espaço para negociações e trocas simbólicas entre os envolvidos (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006).

Uma forma de pensarmos a participação na produção do conhecimento, colocando lado a lado pesquisador e pesquisado, é o método da tríplice inclusão. A primeira é a que coloca lado a lado os diferentes sujeitos implicados nessa produção do conhecimento. Porém, isso faz aparecer tensões geradas pela não hierarquização da diferença entre os grupos de interesse da pesquisa, além de por em análise, frequentemente, as crenças e os pressupostos do pesquisador. Afirmer o protagonismo do objeto força, portanto, a inclusão dos analisadores da pesquisa que surgem a partir da colocação, lado a lado, do pesquisador e dos participantes, caracterizando o segundo nível da inclusão. Por fim, o terceiro nível nos indica que, um estudo se efetiva como participativo na medida em que produz uma experiência coletiva ao contrair os diferentes sujeitos em sua diferença em uma experiência de grupalidade

com autonomia coletiva. A tríplice inclusão se realiza, finalmente, com a valorização dos movimentos do coletivo que são ativados e legitimados a partir da lateralidade e da inclusão dos analisadores da pesquisa. Assim, caracterizam-se os três níveis de inclusão – a dos diferentes sujeitos; a dos analisadores da pesquisa; e a dos movimentos do coletivo – e isso corresponde a três procedimentos: lateralização; análise dos pressupostos e crenças da pesquisa; contração do coletivo autônomo. É importante ressaltar que a tríplice inclusão não pressupõe homogeneização dos participantes, pois esses se tornam pesquisadores ao lado dos pesquisadores universitários, mas se mantém a diferença de inserção de cada um no contexto da investigação (PASSOS *et al.*, 2013).

Dessa forma, abre-se um caminho para uma interface a mais entre a academia e os serviços, buscando-se a produção de conhecimento em saúde.

#### 4.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO MODELO DE AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO

O surgimento da avaliação, de uma forma geral, não se deu de forma rápida ou instantânea. Foi consequência de um processo de evolução que envolveu várias influências atuando entre si (GUBA e LINCOLN, 2011).

Para Santos Filho (2009), a avaliação é uma atividade relacionada à história da humanidade, sendo inerente ao processo de aprendizagem, assumindo nos dias de hoje, diversos significados conceituais, agregando múltiplas realidades e referenciais de análise.

Wetzel e Kantorski (2004), autores do campo da saúde mental, entendem avaliação como um instrumento para pensar e transformar a prática cotidiana, potencializando o seu campo de possibilidade.

As experiências de monitoramento e avaliação no SUS ainda são incipientes. Mesmo as ferramentas indutoras do uso da informação existentes ainda se percebem, no cotidiano, ações onde não são previstas etapas e critérios de análises de desempenho e resultado, além de não serem incentivados processos cogestivos que levem à apropriação da informação pelo coletivo de trabalhadores (SANTOS FILHO, 2009).

A influência mais importante no campo da avaliação foi a mensuração de diferentes atributos de crianças em idade escolar, sendo os exames escolares o instrumento utilizado para avaliar se os alunos dominam o conteúdo nos quais foram iniciados (GUBA e LINCOLN,

2011). Portanto, essa primeira geração de avaliação é denominada mensuração.

A função do avaliador na geração da mensuração era técnica; ele devia conhecer o arsenal de instrumentos disponíveis para que, desse modo, qualquer variável que se desejasse investigar pudesse ser mensurada. Se não houvesse nenhum instrumento adequado, pressupunha-se que o avaliador tivesse o conhecimento necessário para criá-lo. Cabe aqui ressaltar que essa primeira geração de avaliação persiste ainda hoje, como se pode comprovar pela prática frequente de exigir que os alunos passem nos testes (GUBA e LINCOLN, 2011).

Guba e Lincoln (2011), denominam a segunda geração de avaliação como descrição ou objetivos. Essa ganhou existência em virtude de algumas lacunas apresentadas pela primeira geração, isto é, escolher como sujeitos da avaliação os alunos. Após a Segunda Guerra Mundial, ganhou evidência a necessidade de reformulação dos currículos escolares, e a avaliação de primeira geração, que fornecia apenas dados, tornou-se insuficiente para o que se desejava naquele momento.

Com o objetivo de demonstrar que alunos capacitados de acordo com currículos não convencionais seriam capazes de ter um bom desempenho na faculdade foi criado um estudo (denominado Eight-Year Study) que previa testes de avaliação dos alunos quanto a apreensão daquilo que os professores pretendiam que fosse aprendido. Ralph W. Tyler, da Universidade Estadual de Ohio (campus onde o Eight-Year Study foi implementado), elaborou os testes e denominou os resultados desejados de objetivos. Assim surgiu a segunda geração da avaliação, uma abordagem caracterizada pela descrição de padrões de pontos fortes e fracos com respeito a determinados objetivos estabelecidos. O avaliador cumpria o papel de descritor (GUBA e LINCOLN, 2011).

A terceira geração da avaliação é denominada juízo de valor. No período pós-Sputnik (1957)<sup>5</sup>, a abordagem descritiva se provou inadequada à missão de avaliar a resposta do governo federal estadunidense às supostas deficiências da educação americana que haviam permitido que os russos ganhassem vantagem na exploração do espaço: os avaliadores dos programas de aperfeiçoamento científico insistiram que não podiam iniciar seu trabalho sem ter os objetivos em mãos, porém, os desenvolvedores dos programas não queriam se comprometer com objetivos. Além disso, eles não podiam aceitar que os

---

<sup>5</sup> Termo referente ao período pós-lançamento do programa espacial soviético na década de 1950.



resultados fossem posteriores ao fim do programa, não permitindo ajustes durante o processo (GUBA e LINCOLN, 2011).

Outra crítica à avaliação de segunda geração foi o fato de ela desprezar o que Robert Stake chamou de juízo de valor. O apelo pela inclusão do juízo de valor no procedimento de avaliação foi o marco do surgimento da avaliação de terceira geração, caracterizada por iniciativas que visavam alcançar juízos de valor e na qual o avaliador assumiu o papel de julgador, mantendo igualmente as funções técnicas e descritivas nas gerações anteriores (GUBA e LINCOLN, 2011).

Para Guba e Lincoln (2011), as três gerações representaram alguns avanços no campo da avaliação, pois a coleta de dados em indivíduos não era sistematicamente possível até o desenvolvimento de instrumentos apropriados (característica da primeira geração). Mas haveria uma estagnação neste ponto se a segunda geração não mostrasse formas de avaliar aspectos não humanos, tais como o programa, materiais, estratégias de ensino, padrões organizacionais, e tratamentos em geral. A terceira geração exigiu que a avaliação julgasse, tanto o mérito do objeto de avaliação (seu valor interno ou intrínseco) como a sua importância (seu valor extrínseco ou contextual).

Todas as três gerações, enquanto grupo, apresentaram, e ainda apresentam, pelo menos três graves imperfeições: tendência ao gerencialismo, incapacidade de acomodar o pluralismo de valores e comprometimento exagerado com o paradigma científico de investigação (GUBA e LINCOLN, 2011).

Diante desse quadro, os autores propõem uma alternativa à avaliação, uma quarta geração. Para Meirelles, Hypolito e Kantorski (2012) essa geração se caracterizaria por um processo de negociação entre avaliado e avaliador, de forma participativa e inclusiva.

Essa quarta geração é designada avaliação construtivista responsiva ou respondente. O termo responsivo é usado para designar uma forma diferente de escolher os parâmetros e limites da avaliação, sendo que nas três primeiras gerações eles eram escolhidos *a priori* e na avaliação responsiva essa escolha se dá por um processo interativo e negociado que envolve grupos de interesse.

Já o termo construtivista é usado para designar a metodologia de fato empregada para conduzir uma avaliação. Suas raízes encontram-se no paradigma de investigação, que é uma alternativa ao paradigma científico (GUBA e LINCOLN, 2011).

Fazendo uma aproximação com a saúde e a PNH, entende-se que as avaliações devem ser precedidas de amplas discussões para

definição de objetivos e situações desejadas. Os momentos de seleção, validação e interpretação dos indicadores e resultados da avaliação devem ser conduzidos com a participação ativa de todos os envolvidos, indicando que são ferramentas para balizar o cotidiano dos serviços (SANTOS FILHO, 2009).

A avaliação responsiva tem como organizador avançado, ou seja, elementos de focalização, as reivindicações, preocupações e questões com relação ao objeto de avaliação que são identificados pelos interessados. Reivindicação é qualquer alegação apresentada por um interessado (*stakeholder*) que seja favorável ao objeto da avaliação. Preocupação é qualquer afirmação desfavorável ao objeto. Questão diz respeito a qualquer situação sobre a qual as pessoas discordam. Diferentes grupos de interesse podem acolher diferentes reivindicações, preocupações ou questões; cabe ao avaliador a responsabilidade de deslindá-las e abordá-las na avaliação, conduzindo-a de forma que cada grupo confronte e lide com as construções de todos os outros, num processo chamado hermenêutico-dialético (GUBA e LINCOLN, 2011).

Kantorski *et al.* (2011) definem *stakeholders*, ou grupos de interesse, como organizações, grupos ou indivíduos potencialmente vítimas ou beneficiários do processo avaliativo. Esses grupos são formados por pessoas com características comuns, que tem algum interesse ou desempenho, no produto ou no impacto da avaliação.

Guba e Lincoln (2011) identificam três classes onde podem ser agrupados os *stakeholders*:

- representantes: pessoas envolvidas na produção, utilização e implementação do objeto da avaliação;
- beneficiários: pessoas que de alguma maneira tiram proveito do uso do objeto de avaliação;
- vítimas: pessoas que são afetadas negativamente pelo uso do objeto da avaliação.

A avaliação responsiva tem quatro fases, que podem ser reiteradas e sobrepor-se. Na primeira fase ocorre a identificação dos grupos de interesse e solicita-se que esses apresentem suas reivindicações, preocupações e questões. Na segunda fase, as reivindicações, questões e preocupações levantadas são apresentadas para que todos os grupos comentem, refutem, concordem ou reajam. Na terceira fase, as questões, reivindicações e preocupações que não foram resolvidas cumprem a função de organizadores avançados para a coleta de informações por parte do avaliador. O método de coleta vai depender se o organizador é uma reivindicação (o objetivo pode ser confirmá-la),

uma preocupação (pode-se averiguar até que ponto ela se justifica) ou uma questão (que se pode apoiar ou refutar). Na quarta fase, ocorre a negociação entre os grupos interessados, sob a orientação do avaliador e por meio das informações avaliatórias que foram coletadas, com a finalidade de alcançar um consenso sobre o ponto de discórdia (GUBA e LINCOLN, 2011).

Para Guba e Lincoln (2011), a avaliação construtivista responsiva pressupõe uma renúncia ao controle sobre o processo, supondo que os grupos de interesse desempenhem funções igualmente definitivas em todos os estágios com o avaliador e o cliente. Acrescentam, ainda, que essa perda de controle tem consequências metodológicas e políticas, já que indivíduos que não são especialistas em questões metodológicas passam a tomar decisões, e esse poder de decisão dá também controle político. Assim a metodologia torna-se objeto de uma disputa entre grupos políticos dissidentes. Santos Filho (2009), pontua que esse é um desafio político-metodológico de grande relevância, pois os coletivos assumem efetivamente a autoria, compartilhada e corresponsável, do processo avaliativo, desconcentrando a avaliação da mão do “especialista” (*grifo nosso*) e diluindo esse processo nas mãos dos coletivos.

Assim, substituir a certeza pela relatividade, o controle pela concessão de poder (*empowerment*), a explicação generalizada pela compreensão local e a arrogância pela humildade parece ser uma série de benefícios evidentes para o avaliador da quarta geração (GUBA e LINCOLN, 2011).

A Política Nacional de Humanização encontra correspondentes nos fundamentos da avaliação participativa, pois seu pressuposto principal é a da participação ativa de todos os atores envolvidos no estudo, onde os sujeitos apropriam-se reflexivamente da situação, tornando-se críticos, compartilhando decisões e análises, fazendo parte da produção do conhecimento (SANTOS FILHO, 2009).



## 5 METODOLOGIA

### 5.1 CONTEXTO DA PESQUISA

Este estudo foi realizado junto aos Colegiados Ampliados de Pesquisa (CAP) dos Comitês Catarina, Gaudério e Paulista. Estes comitês foram definidos como a instância gestora participativa da pesquisa intitulada “FORMAÇÃO EM HUMANIZAÇÃO DO SUS: Avaliação dos efeitos dos processos de formação de apoiadores institucionais na produção de saúde nos territórios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo”, realizada entre os anos de 2012 e 2014.

A pesquisa citada se propôs avaliar os cursos de formação de apoiadores promovidos pela Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção do SUS em três estados brasileiros – São Paulo, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, entre os anos de 2008 e 2009.

Embora com desenhos metodológicos distintos, os cursos de formação nos três estados propunham-se a formar apoiadores institucionais capazes de intervir sobre problemas de gestão e processos de trabalho em saúde tomando por referência os aportes teóricos e metodológicos da PNH. Enquanto no RS a modalidade do curso era de pós-graduação lato-sensu, com uma carga horária elevada, nos dois outros estados a modalidade foi de aperfeiçoamento (MATIAS *et al.*, 2014).

Os cursos de apoiadores contaram com consultores da PNH na coordenação e tiveram como públicos-alvo trabalhadores do SUS inseridos em alguma unidade de saúde nas quais pudessem exercitar o que estariam estudando e discutindo ao longo do processo formativo (MATIAS *et al.*, 2014).

Para orientar tais mudanças, os trabalhadores em formação eram distribuídos por regiões em Unidades de Produção<sup>6</sup> e nelas deveriam, ao longo do curso, elaborar seus Planos de Intervenção (PIs)<sup>7</sup>. Estas foram estratégias político-pedagógicas de que os três cursos se

---

<sup>6</sup> Grupos compostos pelos alunos do curso organizados em coletivos macrorregionais de saúde e coordenados por um formador/tutor (MATIAS *et al.*, 2014).

<sup>7</sup> Documento no qual constaria o mapeamento das demandas do sistema ou serviço onde o apoiador atuaria; a escolha de diretriz e dispositivos da PNH, através dos quais o profissional direcionaria sua intervenção e por fim, o modo como se deu a pactuação e a execução de suas ações (MATIAS *et al.*, 2014).

valeram e que garantiram, de algum modo, o caráter interventivo dos mesmos como apareceu mais tarde avaliado entre os resultados da pesquisa. Outro ponto em comum entre os três cursos diz respeito aos modos de sua gestão, sempre incluindo atores locais e os próprios alunos-apoiadores. A aposta cogestiva se traduzia em colegiados coordenadores que assumiam funções efetivamente decisórias não apenas sobre as atividades finalísticas dos cursos (produtos, avaliações, resultados dos planos), como também sobre todo o processo formativo, opinando sobre a adequação dos orçamentos, das metodologias de ensino e das formas de divulgação dos resultados (MATIAS *et al.*, 2014).

A pesquisa multicêntrica foi também interinstitucional, envolvendo o Ministério da Saúde e três instituições acadêmicas parceiras nos respectivos Estados - Universidade Estadual Paulista, em Assis/SP, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade Federal de Santa Catarina. Essa pesquisa multicêntrica teve como problema de pesquisa os processos e efeitos dos cursos de formação em humanização das práticas de gestão e de atenção no SUS realizados nos três estados entre os anos de 2008 e 2009, lançando um olhar sobre um tema fundamental para o desenvolvimento de novas estratégias de trabalho e formação no âmbito das políticas públicas de saúde no país (PAULON *et al.*, 2014).

A metodologia utilizada foi a da pesquisa qualitativa, avaliativa de 4ª geração, ou seja, com ênfase na intervenção-formação e na participação. Compreendida como práxis avaliativa que atravessa os processos de trabalho/ação, uma avaliação formativa produz informação para retroalimentar todo o processo de intervenção desencadeado, tornando o planejar-fazer um ato indissociável. Representa, nessa medida, uma aposta na superação da lógica que separa aquele que avalia daquele que é avaliado, incorporando pontos de vista dos diferentes atores envolvidos no processo de formação. As etapas da pesquisa multicêntrica foram divididas em três momentos: produção de dados; sistematização, análise e validação das informações produzidas e, por fim, divulgação dos resultados. A sistematização e análise dos dados ocorreram à medida que os dados iam sendo produzidos, ou seja, de modo transversal à etapa de colheita de dados, assim como a divulgação dos resultados também foi iniciada durante a etapa de validação das análises realizadas. A colheita de dados também foi subdividida em três etapas. Inicialmente foi realizada uma análise documental com auxílio do software “The Qualitative Data Analysis & Research Software®” (Atlas ti®), sendo analisados 184 PIs de um total de 343. Foi aplicado um

questionário eletrônico (respondido por 144 apoiadores do universo de 343) e realizados 21 grupos focais e 5 entrevistas (PAULON et al., 2014).

Alguns produtos desta pesquisa estão publicados no periódico *Saúde & Transformação Social* (vol 5, nº2, 2014)<sup>8</sup>. Também está prevista a publicação de um livro, para maior socialização dos resultados.

Os CAP's foram criados para exercer a função gestora a partir das questões que emergem durante o desenvolvimento da pesquisa. Surgiram a partir da discussão do grupo de pesquisadores sobre a instância participativa da pesquisa. Até aquele momento, a participação se dava através dos chamados Comitês Gestores e Comitês de Pesquisadores. Porém, essa configuração não contemplava adequadamente a participação do grupo de apoiadores. A preocupação era de criar espaços de formação que permitisse uma equivalente apropriação da pesquisa por parte daqueles que não estavam no grupo operacional colhendo ou analisando dados semanalmente.

Durante a busca de uma solução, levantou-se a hipótese de criação de uma instância análoga à associação de familiares e usuários de saúde mental de Campinas/SP que se mostrou essencial na garantia desse espaço do diferente naquela pesquisa<sup>9</sup>. Entretanto, por tratar-se de uma pesquisa multicêntrica e com caráter interventivo, participativo, formativo e avaliativo verificou-se uma dificuldade operacional de inclusão dos usuários dispersos em três estados e não organizados em uma associação como ocorria em Campinas/SP.

A partir da leitura do texto “Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa – a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental” (Onocko e Furtado, 2008), definiu-se criar uma nova instância gestora com o propósito de abrir um maior espaço e interlocução com os grupos de interesse da pesquisa.

---

<sup>8</sup> O periódico apresenta três diferentes seções: a seção Pesquisa Qualitativa, Teoria e Metodologia, composta de três artigos; a seção Artigos Originais, que apresenta oito artigos originados na pesquisa multicêntrica sobre a formação de apoiadores institucionais da Humanização e, por fim, uma seção de Resenhas que traz de modo resumido quatro dissertações de mestrado produzidas no âmbito do processo dessa pesquisa.

<sup>9</sup> Conforme consta no Boletim Informativo nº 00, disponível através de e-mail e pasta de compartilhamento *on-line*, para o grupo de pesquisadores da pesquisa multicêntrica.

Os CAP's foram então compostos por pesquisadores, apoiadores da PNH, formadores e coordenadores de curso (PNH/SES), sendo que cada comitê estadual um CAP. Os componentes aceitaram fazer parte da pesquisa, exercendo a função de gestão do estudo, sendo que as reuniões dos CAP's ocorriam conforme convite do grupo de pesquisadores acadêmicos.

## 5.2 PERCURSO METODOLÓGICO

### 5.2.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, realizado junto aos membros dos CAP's da pesquisa multicêntrica.

### 5.2.2 Os sujeitos de pesquisa

Os sujeitos de pesquisa foram os membros participantes dos CAP's dos comitês Catarina, Gaudério e Paulista da pesquisa supracitada. Esses espaços eram formados por pesquisadores acadêmicos, apoiadores da PNH, formadores e coordenadores dos cursos de formação de apoiadores em questão (PNH/SES).

Havia, nos CAP's, um predomínio de membros representantes do segmento acadêmico, sendo que os apoiadores estavam em menor número, em especial, no comitê Catarina.

Visando contemplar todos os segmentos que compunham os CAP's, optou-se por selecionar um representante de cada área, ou seja, um pesquisador acadêmico, um apoiador da PNH, um formador e um coordenador do curso (PNH/SES), totalizando quatro representantes em cada comitê e o total de doze participantes neste estudo.

Os critérios de inclusão e de escolha dos participantes foram:

- ser membro de um dos CAP's da pesquisa multicêntrica Formação em Humanização do SUS;

- ter participado pelo menos por 6 meses da pesquisa multicêntrica e de, ao menos, duas reuniões do CAP em seu estado.

Caso existissem mais de um participante que cumprissem esses critérios, seria convidado primeiramente aquele que participava a mais tempo da pesquisa.

Para acesso a essas informações, foram consultados os arquivos com os registros das reuniões dos CAP's (denominados memórias), disponíveis para seus membros através de pastas compartilhadas *on-line*.



Também foi realizado contato com os coordenadores estaduais da pesquisa, para anuência e liberação da coleta de dados, processo esse solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC.

### **5.2.3 Colheita<sup>10</sup> e registro dos dados**

O processo de colheita de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada, desenvolvida através de um roteiro com questões previamente elaboradas. A entrevista teve como objetivo entender o processo de participação dos sujeitos de pesquisa. O roteiro da entrevista consta no APÊNDICE 1.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas posteriormente pela pesquisadora. Foram realizadas um total de 10 entrevistas, distribuídas nos três estados, das 12 previstas, uma vez que dois participantes não atenderam aos critérios de inclusão e não haviam possíveis substitutos.

### **5.2.4 Análise dos dados**

Os dados foram armazenados e organizados através do programa Atlas.ti®, versão 7.1, que é um software específico para a análise de dados qualitativos.

A análise foi realizada por meio do método da Análise de Conteúdo proposto por Laurence Bardin. Conforme Bardin (2010), a análise de conteúdo é organizada através de três polos cronológicos, a saber:

- a pré-análise: é a fase da organização propriamente dita. É nessa etapa que os documentos a serem submetidos a análise são escolhidos, onde formula-se hipóteses e objetivos e elabora-se indicadores que fundamentem a interpretação final.

- a exploração do material: consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. Desse modo, a partir de exaustivas leituras das respostas dos entrevistados, foram identificadas as expressões-chave de cada resposta contida nas falas, e os pontos semelhantes e divergentes.

---

<sup>10</sup> Utilizamos o termo “colheita” em substituição a “coleta” de dados, com o intuito de diferenciar da tradicional etapa de pesquisas que se resume a levantar informações já prontas, por considerar que há uma dimensão de produção em qualquer ato que entre em contato com o campo (VERDI, 2011).

Foram criados 45 códigos, sendo que 9 eram apenas organizadores dos demais, não havendo citações relacionados a eles. A lista de códigos consta no APÊNDICE 2.

- o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação: os resultados são tratados de modo a se tornarem significativos e válidos, onde o analista pode propor inferências e interpretações de acordo com os objetivos previstos. Emergiram três categorias, ou momentos, que compõem o *corpus* de discussão deste estudo, a saber: “Iniciando a experiência: inserções e motivações” – onde são demonstradas como se deram as inserções nos CAP’s, “Vivências no CAP: experimentações, tensões e desafios” – são indicados os compartilhamentos, as pactuações e as tensões que aconteceram nesses espaços, e “Sobre produtos e processos” – aponta-se os sentidos atribuídos a participação e as possíveis reverberações desse processo.

### 5.3 CUIDADOS ÉTICOS

Para a realização dessa pesquisa, foram adotadas as recomendações da Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), uma vez que a pesquisa envolve a participação de seres humanos.

Esta pesquisa previu o sigilo e confidencialidade das informações, a garantia do anonimato dos participantes, a devolução do resultado da pesquisa aos sujeitos e à sociedade, e a garantia dos pesquisados ao acesso aos resultados da pesquisa. Os pesquisadores declararam a não existência de interesses relacionados aos resultados da pesquisa. O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina para ser submetido à avaliação e foi aprovado sob o número 717. 656 (ANEXO 1). Os dados colhidos serão guardados por cinco anos e após serão descartados.

Entendendo que, conforme Resolução CNS 466/12, toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, esta pesquisa previu riscos mínimos, sobretudo os relacionados à possível exposição de opiniões as quais podem ser motivos de algum constrangimento pelos pares; visando a minimização de riscos como este descrito, é que foram tomados cuidados para manter o sigilo da identidade. Assim, os nomes dos entrevistados foram substituídos por siglas, sendo PA para pesquisadores acadêmicos, FO para formadores, AP para apoiadores e SES para representantes das secretarias de saúde, seguidos de numeração conforme ordem de

realização da entrevista. Ainda no sentido de preservar o sigilo da identidade, toda indicação de localização foi substituída por nomes de planetas e indicações à outras pessoas foram trocadas pelos codinomes “Sr. N” e “Sr<sup>a</sup> X”.

Em termos de benefícios, essa pesquisa justifica-se por trazer um novo olhar para o fazer da pesquisa, hoje hegemonicamente gerida pelos pesquisadores acadêmicos, com metodologias tradicionais. No mais, os resultados do estudo serão disponibilizados aos participantes, por e-mail indicado ou da forma que o participante decidiu ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para atentar ao devido respeito à dignidade humana, este estudo previu que o processo de consentimento fosse livre e esclarecido. Para tanto, os participantes foram contatados pela pesquisadora, pessoalmente, via telefone ou por e-mail, para fazer o convite da participação da pesquisa, onde foi identificado o melhor momento, condição e local adequado, segundo a opinião do participante do estudo, para garantir sua privacidade. O tempo para leitura, compreensão e reflexão foi garantido.

Os TCLE foram elaborados de maneira a prestar todas as informações necessárias, em linguagem acessível aos participantes, o qual foi lido e compreendido antes da concessão do seu consentimento livre e esclarecido. Somente após assinatura do TCLE é que foram iniciadas as entrevistas. A gravação foi transcrita posteriormente pela pesquisadora, ficando, tanto o áudio quanto a transcrição sob seus cuidados, sendo que somente tem acesso ao material a pesquisadora e sua orientadora.

Todas as recomendações da Resolução CNS 466/12 foram acatadas na elaboração do termo (APÊNDICE 3). O mesmo foi elaborado em duas vias, todas assinadas pelos pesquisadores e participantes, ficando com o participante a 2<sup>a</sup> via com o número de protocolo respectivo. No TCLE consta ainda os contatos dos pesquisadores e do CEP/UFSC.



## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Respeitando o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, os resultados e a discussão da dissertação de mestrado serão apresentados na forma de um artigo científico intitulado “Colegiado ampliado de pesquisa como dispositivo participativo para a humanização da pesquisa”. Esse artigo constitui a segunda parte desta dissertação.

Com a finalidade de socializar de maneira mais ampla os resultados e discussão do presente estudo, o artigo será submetido à apreciação para fins de publicação no periódico “Saúde e Sociedade”.



## REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 5ª Ed. Lisboa: Editora 70, 2010.

BENEVIDES, Regina. PASSOS, Eduardo. Humanização: um novo modismo? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.9, n.17, p. 389-94, 2005.

BRASIL. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Série B. textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

\_\_\_\_\_. **HumanizaSUS**: gestão participativa e co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

\_\_\_\_\_. **O HumanizaSUS na Atenção Básica**. Série B. textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. **Trabalho e Redes de Saúde**. Série B. textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. **Programa de Formação em Saúde do Trabalhador**. Série B. textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 863-870, 1998.

\_\_\_\_\_. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.9, n.17, p. 389-94, 2005.

\_\_\_\_\_. **A saúde pública e a defesa da vida**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

CAMPOS-ONOCKO, Rosana. FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração nos novos tempos**. 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

\_\_\_\_\_. **Teoria Geral da Administração**. 6 ed. V. 1. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

CÔRTEZ, Soraya Vargas. **Construindo a possibilidade da participação dos usuários**: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias* [online]. n.7, pp. 18-49, 2002.

\_\_\_\_\_. (org). **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

FERREIRA, Victor Claudio P e cols. **Modelos de gestão**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

FURTADO, Juarez P. Avaliação e participação. In: BRANDÃO, D. MARTINA, R.O (orgs). **Avaliação de Programas e Projetos: temas brasileiros**. São Paulo: Instituto Flores e Fundação Itaú Social, 2011 (no prelo).

FURTADO, Juarez P. CAMPOS-ONOCKO, Rosana. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, v.24, n. 11, p. 2671-2680, 2008.

GUBA, Egon G. LINCOLN, Yvonna S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

KANTORSKI, Luciane P *et al.*. Avaliação qualitativa de quarta geração: Aplicação no campo da saúde mental. In: CAMPOS-ONOCKO, Rosana. FURTADO, Juarez Pereira. **Desafios da avaliação de**



**programas e serviços em saúde.** Campinas: Editora da UNICAMP, 2011.

KLEBA, Maria Elisabeth. **Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil.** Limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó: Argos, 2005.

LACOMBE, Francisco José M. HEILBORN, Gilberto Luiz J. **Administração: princípios e tendências.** São Paulo: Saraiva, 2003.

MAXIMIANO, Antonio Cesar A. **Teoria Geral da Administração: da revolução urbana à revolução digital.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MEIRELLES, Maria Carolina Pinheiro. HYPOLITO, Álvaro Moreira. KANTORSKI, Luciane Prado. Avaliação de quarta geração: reciclagem de dados. **Journal of Nursing Health.** Pelotas, vol 2, n. 1, p. 63-74, 2012

MATIAS, Maria Cláudia Souza *et al.* Lançar-se no Olho do Furacão: Estratégias Pedagógicas e Sentidos de um curso para a formação do Apoio Institucional. **Saúde & Transformação Social,** Florianópolis, v.5, n.2, p.100-111, 2014.

MICHAELIS. **Dicionário de Português on-line.** Disponível em <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=participar>>. Acesso em: 07 de abril de 2013.

MORI, Maria Elisabeth; SILVA, Fábio Hebert da; BECK, Fernanda Luz. Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) como dispositivo de cogestão: uma aposta no plano coletivo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.** São Paulo, v.13, supl.I, p. 719-727, 2009.

MOTTA, Fernando C. P. **Participação e co-gestão.** Novas formas de administração. São Paulo: Brasiliense, 1984.

PASCHE, Dário Frederico. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.** São Paulo, v.13, supl.I, p. 701-8, 2009.

PASCHE, Dário Frederico. PASSOS, Eduardo. Cadernos Temáticos PNH: formação em humanização (apresentação). In: BRASIL. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1)

PASSOS, Eduardo *et al.*. O Comitê Cidadão como estratégia congestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, p. 2919-2928, 2013.

PAULON, Simone Mainieri *et al.* Errâncias e itinerâncias de uma pesquisa avaliativa em saúde: a construção de uma metodologia participativa. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.5, n.2, p.20-28, 2014.

PEDROSO, Raquel Turci. VIEIRA, Maria Edna Moura. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.13, supl.I, p. 695-700, 2009.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. **Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas**. Ijuí: Unijuí, 2009.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007.

SIMIONATTO, Ivete. NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Pobreza e participação: o jogo das aparências e as armadilhas do discurso das agências multilaterais**. Disponível em <[http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/7066\\_Cached.pdf](http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/7066_Cached.pdf)> . Acesso em: 06 de abril de 2013.

VERDI, Marta. **FORMAÇÃO EM HUMANIZAÇÃO DO SUS: avaliação dos processos de formação de apoiadores institucionais na produção de saúde nos territórios de Santa Catarina**. Projeto de pesquisa submetido ao Edital Universal CNPq Nº 14/2011. UFSC, 2011.

WETZEL, Christine. KANTORSKI, Luciane P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, vol. 13, nº 4, p. 593-598, 2004.

**APÊNDICES**  
**APÊNDICE 1 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA**  
**SEMIESTRUTURADA**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**  
**LINHA DE PESQUISA: BIOÉTICA E SAÚDE COLETIVA**

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

- 1 – Qual dos segmentos que você representa: formador, apoiador, pesquisador? Qual instituição?
- 2 – Como se deu sua inserção no CAP?
- 3 – Você já conhecia essa forma de gestão de pesquisa antes?
- 4 – Qual seu objetivo em participar do CAP?
- 5 – O que você entende por participação num espaço de gestão de uma pesquisa?
- 6 – Como você caracterizaria seu papel no CAP?
- 7 – Como está sendo sua participação no processo de gestão dessa pesquisa?
- 8 – Como você vê a participação dos demais membros no processo de gestão desta pesquisa?
- 9 – Fale um pouco de como as reuniões acontecem e como as informações chegam até os membros do CAP.
- 10 – O que você apontaria como facilidades para sua participação no CAP?
- 11 – O que você apontaria como dificuldades para sua participação no CAP?
- 12 – Você percebe que sua participação reflete de alguma forma no seu trabalho no SUS/no seu cotidiano de pesquisador?
- 13 – Como você vê a sua participação e dos demais membros no produto final desta pesquisa?



## APÊNDICE 2 – LISTA DE CÓDIGOS

Code neighbors list

Code-Filter: All

HU: 25-07-2014

File:

[C:\Users\Pesquisa\Desktop\Tati\TATI\Dropbox\Mestrado\Atlasti\25-07-2014.hpr7]

Edited by: Tatiana

Date/Time: 2014-11-16 21:10:37

**CAP {0-0}**

**CAP, cogestão {18-0}**

**CAP, divisão de tarefas {12-0}**

**CAP, estranhamento {8-0}**

**CAP, experimentação {18-0}**

**CAP, ferramentas {10-0}**

**CAP, funcionamento do {20-0}**

**CAP, função do {8-0}**

**CAP, função do pesquisador acadêmico {16-0}**

**CAP, função do pesquisador não acadêmico {25-0}**

**CAP, inserção no {19-0}**

**CAP, motivação para estar {8-0}**

**CAP, objetivo para entrar {21-0}**

**CAP, peculiaridades {11-0}**

**CAP, tensionamentos {11-0}**

**CORRESPONSABILIZAÇÃO {0-0}**

**corresponsabilização, postura de {6-0}**

**GESTÃO {0-0}**

**gestão, modos de {8-0}**

**gestão, tomada de decisão {3-0}**

**gestão, tradicional {2-0}**

**INFORMAÇÃO {0-0}**

**informação, acesso a {11-0}**

**informação, compartilhamento de {14-0}**

**MUDANÇA {0-0}**

**mudança, modo de pesquisa {5-0}**

**mudança, processo de trabalho {11-0}**

**PARTICIPAÇÃO {0-0}**

**participação, concepções {29-0}**

participação, dimensão ética {12-0}  
participação, emponderamento {8-0}  
participação, fragilidades {47-0}  
participação, momentos da {16-0}  
participação, motivação para {6-0}  
participação, potencialidades {22-0}  
participação, produção de si {11-0}  
participação, reflexos da {27-0}  
participação, valorização {8-0}  
**PESQUISA {0-0}**  
pesquisa participativa, conhecimento da {17-0}  
**PODER {0-0}**  
poder, compartilhamento do {6-0}  
poder, relação de {6-0}  
**SABERES {0-0}**  
saberes, compartilhamento de {22-0}

## **APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA LINHA DE PESQUISA: BIOÉTICA E SAÚDE COLETIVA**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar do estudo **“COLEGIADO AMPLIADO DE PESQUISA (CAP) COMO DISPOSITIVO PARTICIPATIVO PARA A HUMANIZAÇÃO DA PESQUISA”**, desenvolvido pela aluna Tatiana Lucia Caetano, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, nível mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da Professora Doutora Marta Inez Machado Verdi.

O objetivo geral desta pesquisa é discutir a participação no processo de gestão de uma pesquisa avaliativa de 4ª geração, na percepção dos membros de um Colegiado Ampliado de Pesquisa (CAP).

Como objetivos específicos: Entender a visão dos integrantes do CAP sobre o processo de participação vivenciado; Caracterizar a prática da cogestão de uma pesquisa no espaço do CAP; Demonstrar as possíveis transformações no trabalho dos pesquisadores acadêmicos, apoiadores, formadores e gestores integrantes do CAP, oriundos de sua participação nesse coletivo; Verificar as potencialidades e fragilidades de vivenciar a experiência do CAP.

Essa pesquisa justifica-se por trazer um novo olhar para o fazer da pesquisa, hoje hegemonicamente gerida pelos pesquisadores acadêmicos, tradicionais

Os dados dessa pesquisa serão coletados através de entrevista, que serão gravadas e transcritas posteriormente. Como pesquisadora responsável por esse estudo, asseguro privacidade e que sua identidade será protegida e mantida em sigilo em todas as fases da pesquisa. As informações relacionadas ao estudo são confidenciais e qualquer

informação que seja divulgada em relatório ou publicação, será feita sob forma codificada.

A pesquisa prevê riscos mínimos, sobretudo os relacionados a possível exposição de opiniões as quais podem ser motivos de possível constrangimento por outros profissionais; visando a minimização de riscos como este descrito, é que serão tomados todos cuidados necessários para manter o sigilo e anonimato. Embora os pesquisadores não consigam identificar outros riscos, caso identificável, estes serão controlado. Como benefícios, podemos citar o aumento do conhecimento para uma nova possibilidade de se fazer pesquisa, que permite a participação de membros da comunidade externa aos centros universitários.

Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo. E se aceitar participar, também pode retirar seu consentimento a qualquer momento sem que isso lhe traga qualquer tipo de prejuízo. Você não receberá valor em dinheiro pela participação no estudo, contudo, explicitamos a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Você poderá me contatar para prestar-lhe todas as informações que desejar acerca deste estudo, antes, durante e depois do mesmo ou para retirar o seu consentimento. Poderão, ainda, tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa a partir de agosto de 2014 (período correspondente a conclusão da pesquisa), via pedido de e-mail (citado ao final deste documento).

Caso você concorde em participar do estudo, você deverá assinar este documento e rubricar todas as páginas, juntamente comigo e com minha orientadora. Este documento será mantido por mim em confidência estrita. Caso você assine este documento em concordância com todo o seu conteúdo, receberá uma cópia do mesmo.

Eu, \_\_\_\_\_  
CPF/RG \_\_\_\_\_, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo, respondendo o questionário.

Eu, Tatiana Lucia Caetano, pesquisadora responsável, em conjunto com minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marta Inez Machado Verdi, declaro a veracidade das informações contidas nesses documento, bem como expresso que cumprirei fielmente todas informações contidas



nesse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e da Resolução CNS 466/2012.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Assinatura do(a) participante

---

Assinatura da pesquisadora  
Tatiana Lucia Caetano

---

Assinatura da orientadora  
Marta Inez Machado Verdi

Endereços:

- **Tatiana Lucia Caetano (pesquisadora):** Rua Órion, 39 – Apto 504 – Escola Agrícola – Blumenau/SC CEP: 89.037-512 – Tel: (47) 99446360 / (48) 84697257 - E-mail: taticaetano@hotmail.com

- **Marta Inez Machado Verdi (orientadora):** Rua Laurindo Januario da Silveira, 5125 – casa 06 – Lagoa da Conceição – Florianópolis/SC – CEP: 88.062-201 – Tel: (48)3232-6662 – E-mail: marverdi@hotmail.com

- **Comitê de Ética em Pesquisa/UFSC:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima – Trindade – Florianópolis/SC – CEP: 88.040-900 – Tel: (48) 3721-9696 - Fax: (48)3721-9696 - E-mail: cep@reitoria.ufsc.br



## ANEXOS

## ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS CEP/SH/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** COLEGIADO AMPLIADO DE PESQUISA (CAP) COMO DISPOSITIVO PARTICIPATIVO PARA A HUMANIZAÇÃO DA PESQUISA

**Pesquisador:** Marta Inez Machado Verdi

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 25945813.7.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 717.656

**Data da Relatoria:** 14/07/2014

## Apresentação do Projeto:

"COLEGIADO AMPLIADO DE PESQUISA (CAP) COMO DISPOSITIVO PARTICIPATIVO PARA A HUMANIZAÇÃO DA PESQUISA". Uma pesquisa com abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, sendo realizada junto aos membros dos CAPs da pesquisa intitulada - Formação em Humanização do SUS: avaliação dos processos de formação de apoiadores Institucionais na produção de saúde nos territórios de Santa Catarina que visa analisar a participação no processo de gestão de uma pesquisa, na percepção dos membros de um Colegiado Ampliado de Pesquisa (CAP).

## Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário é analisar a participação no processo de gestão de uma pesquisa na percepção dos membros de um Colegiado Ampliado de Pesquisa (CAP). Secundariamente: 1) compreender as visões de participação dos integrantes do CAP; 2) caracterizar as facilidades e dificuldades de vivenciar a experiência do CAP; 3) conhecer as possíveis transformações no trabalho dos pesquisadores acadêmicos integrantes do CAP quanto ao modo de fazer pesquisa, comparada ao modelo hegemônico; 4) verificar possíveis mudanças no trabalho no SUS dos apoiadores, formadores e gestores integrantes do CAP, oriundos de sua

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.045-900  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3721-6206 Fax: (48)3721-8698 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 717.090

participação nesse coletivo; 5) reconhecer a prática da cogestão de uma pesquisa no espaço da CAP.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo as pesquisadoras não estão previstos nenhum tipo de risco nessa pesquisa, visto que o único possível prejuízo seria a perda do anonimato, porém ele está assegurado pela pesquisadora. Como benefícios, podemos citar o aumento do conhecimento para uma nova possibilidade de se fazer pesquisa, que permite a participação de membros da comunidade externa aos centros universitários

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata o presente de um projeto de Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC, um estudo com abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, sendo realizada junto aos membros do CAP da pesquisa intitulada "Formação em Humanização do SUS: avaliação dos processos de formação de apoiadores institucionais na produção de saúde nos territórios de Santa Catarina". Os participantes de pesquisa serão os membros dos CAPs, comitês Catarina, Gaudério e Paulista. Com este estudo pretende-se analisar a participação no processo de gestão de uma pesquisa na percepção dos membros de um Colegiado Ampliado de Pesquisa (CAP). O projeto tem relevância científica, a documentação está completa e TCLE atende na íntegra a Resolução CNS nº466/12 e normas complementares.

Desta forma, recomendamos a sua aprovação.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentação completa.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram detectadas pendências ou inadequações neste projeto.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3721-3208 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 717.690

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FLORIANOPOLIS, 14 de Julho de 2014

---

Assinado por:  
Washington Portela de Souza  
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Rector João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br



## **PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO**





**Colegiado ampliado de pesquisa como dispositivo participativo para a humanização da pesquisa**  
**Collegiate expanded search how participatory device for search humanization**

Tatiana Lucia Caetano<sup>11</sup>  
Marta Verdi<sup>12</sup>

**Resumos:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, caráter exploratório-descritivo, realizado junto aos participantes dos Colegiados Ampliados de Pesquisa (CAP) de um estudo avaliativo de 4ª geração, multicêntrico e interinstitucional, realizado de 2012 a 2014, sobre a formação em Humanização do SUS. Com o objetivo de discutir a participação no processo de gestão dessa pesquisa, foram entrevistados dez participantes dos CAP's dos três estados. As entrevistas foram analisadas segundo a Análise de Conteúdo. Nessa trajetória analítica, percebeu-se que a participação se revelou como uma possibilidade de intervir no rumo da pesquisa, embora tenham sido percebidas também diferenças nas atuações dos participantes, constituindo dois grupos: os pesquisadores acadêmicos e os pesquisadores não acadêmicos. Na vivência do processo de gestão da pesquisa ficaram evidentes diferenças no domínio metodológico e nos tempos de estar e acompanhar a pesquisa, prevalecendo os tempos e o conhecimento dos participantes da academia. A composição heterogênea dos CAP's foi vista, simultaneamente, como potencialidade e como desafio, pois trouxe a dificuldade de colocar lado a lado diferentes saberes. A experiência se mostrou válida, apesar das dificuldades, ao tentar uma nova forma produção do conhecimento, com um caráter participativo e de gestão compartilhada, incluindo novos atores e conhecimentos, fomentando a ética no processo de construção do conhecimento.

**Palavras-chave:** Participação Cidadã, Gestão do Conhecimento para a Pesquisa em Saúde, Avaliação em Saúde

**Abstract:** This is a qualitative study, exploratory, descriptive, conducted among participants of Collegiate Expanded Search (CAP) of a 4th generation evaluation, multicenter and interinstitutional, held from 2012 to 2014, on training in Humanization SUS. In order to discuss

---

<sup>11</sup> Enfermeira Especialista em Gestão em Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Rua Órion, 39 Apto 504 – Escola Agrícola – Blumenau/SC – Brasil. CEP: 89.037-512. E-mail: taticcaetano@hotmail.com

<sup>12</sup> Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

participation in this research management process, we interviewed ten participants of the CAP's three states. The interviews were analyzed using content analysis. This analytical path, it was noted that participation was revealed as a possibility to intervene in the course of research, although they were also perceived differences in the performances of the participants in two groups: academic researchers and non-academic researchers. In the experience of the research management process were evident differences in the methodological domain and times of being and monitor the research, prevailing time and participants' knowledge of the academy. The heterogeneous composition of the CAPs was seen as both potential and as a challenge, because it brought the difficulty of putting side by side different knowledge. The experience proved to be valid, despite the difficulties, to try a new form of knowledge production, with a participatory character and shared management, including new actors and knowledge, promoting ethics in the knowledge construction process.

**Key Words:** Citizen Participation, Knowledge Management for Health Research, Health Evaluation

## 1. INTRODUÇÃO

Muitas são as organizações que estruturam nossa sociedade atualmente, tais como universidades, escolas, indústrias e empresas. Nesse sentido, há um esforço na busca de modelos de gestão que respondam às necessidades das organizações e da sociedade de um modo geral. Entende-se aqui a gestão, conforme Campos (2007), como a possibilidade de produzir compromissos solidários com o interesse público, capacidade reflexiva e autonomia entre os sujeitos, através da democratização institucional.

A produção do conhecimento também passa por processos de gestão. Historicamente, a gestão da pesquisa esteve centrada na figura dos pesquisadores acadêmicos. Passos, Palombini e Campos (2013) apontam como um importante desafio para a ciência atual, a inserção social no processo de produção do conhecimento ligado aos processos de transformação da realidade.

Para Campos e Furtado (2008), a participação tem sido considerada fator constitutivo das políticas sociais, além de condição *sine qua non* para atingir autopromoção e empoderamento. Assim, os autores afirmam que, se a participação popular é elemento essencial para que as políticas públicas atinjam seus objetivos de assistir e empoderar,

essa participação também deve ser desejável na produção de conhecimentos em torno destas mesmas políticas.

Weaver e Cousins (2004) identificaram três objetivos associados à pesquisa social participativa, derivadas de Levin (1993)<sup>13</sup>. O primeiro é pragmático, e está relacionado a efetiva utilização do conhecimento produzido na resolução de problemas práticos identificáveis. A segunda justificativa é política e ideologicamente enraizada em concepções normativas da justiça social e do processo democrático. O principal interesse aqui é promover a justiça. Através do envolvimento direto e da participação no processo de pesquisa, pessoas de grupos oprimidos ou setores marginalizados, que normalmente não têm voz na política ou na tomada de decisão, têm tal oportunidade. Portanto, o foco é emancipatório ou preocupado com a diminuição das desigualdades sociais inerentes às estruturas sociais. A terceira e última justificativa para a pesquisa colaborativa é epistemológica: o objetivo primário é a produção de conhecimento ou representações de fenômenos sociais.

No intuito de investigar o modo de fazer a gestão de uma pesquisa avaliativa de 4ª geração, caracterizada como participativa, interventiva e formativa, esta pesquisa<sup>14</sup> foi realizado junto à outra pesquisa intitulada “Formação em Humanização do SUS: avaliação dos efeitos dos processos de formação de apoiadores institucionais na produção de saúde nos territórios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo”.

A Política Nacional de Humanização (PNH), foi criada em 2003, e opera através de princípios e diretrizes, que são orientações gerais para o processo de mudança os quais são experimentados por meio de arranjos de trabalho ou dispositivos, que são totalmente flexíveis e moldáveis às realidades locais (PASCHE, 2009).

Entre as diretrizes da PNH está a Cogestão. A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, evitando os excessos de diferentes categorias profissionais e também como forma de controlar Estado e governo. Coloca-se assim, como uma diretriz ética e

---

<sup>13</sup> Referência ao texto “Collaborative research in and with organizations” de B. Levin.

<sup>14</sup> Deste ponto do texto, sempre que nos referirmos à pesquisa intitulada “Formação em Humanização do SUS: avaliação dos efeitos dos processos de formação de apoiadores institucionais na produção de saúde nos territórios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo”, utilizaremos o termo “pesquisa multicêntrica”.

política, que tem como objetivo educar e motivar os trabalhadores (BRASIL, 2008).

O Colegiado Ampliado de Pesquisa (CAP) foi criado para exercer a função gestora a partir das questões que emergem durante o desenvolvimento da pesquisa multicêntrica, Surgindo a partir da discussão do grupo de pesquisadores sobre as instâncias participativas da pesquisa multicêntrica. Até aquele momento, a participação se dava através dos chamados Comitês Gestores e Comitês de Pesquisadores. Porém, essa configuração mostrou-se insuficiente, pois não contemplava adequadamente a participação do grupo de apoiadores formados nos cursos em análise. A preocupação era de criar espaços de formação que permitissem uma “equivalente apropriação” da pesquisa por parte daqueles que não estavam no grupo operacional colhendo e analisando dados sistematicamente.

A partir da leitura de Campos e Furtado (2008), definiu-se por criar uma nova instância com o propósito de abrir maior espaço aos apoiadores. Desse modo, o CAP foi se constituindo com pesquisadores acadêmicos, apoiadores formados, formadores e coordenadores de cursos de formação em análise. A partir dessa pactuação, cada território buscou constituir seu CAP. Os diferentes participantes integraram-se à pesquisa, exercendo a função de gestão do estudo, sendo considerados a partir de então pesquisadores. O CAP reunia-se periodicamente, sempre à convite dos pesquisadores acadêmicos.

Para Campos e Furtado (2008) a participação na gestão da pesquisa como um processo inclusivo e permeado de desafios, em especial, a superação de modelos de controle que impõem graus de participação. Busca-se a gestão compartilhada, com a efetiva inserção dos pontos de vista dos participantes em ações complexas e propositivas, fugindo-se da lógica da mera “identificação dos pontos de vista” (*grifo dos autores*). Esse processo exige flexibilização no processo de investigação, não só por parte dos pesquisadores, mas também das agências financiadoras, a fim de garantir a efetiva inclusão dos grupos de interesse nas diversas etapas dos estudos (CAMPOS e FURTADO, 2008).

O objetivo deste estudo é discutir a participação no processo de gestão de uma pesquisa avaliativa de 4ª geração, na percepção dos membros de um Colegiado Ampliado de Pesquisa (CAP).

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa, com *design* exploratório-descritivo, realizada junto aos membros do CAP da pesquisa intitulada “FORMAÇÃO EM HUMANIZAÇÃO DO SUS”, realizada entre os anos de 2012 e 2014.

A pesquisa citada se propôs avaliar os cursos de formação de apoiadores promovidos pela Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção do SUS em três estados brasileiros – São Paulo, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, entre os anos de 2008 e 2009.

Embora com desenhos metodológicos distintos, os cursos de formação nos três estados propunham-se a formar apoiadores institucionais capazes de intervir sobre problemas de gestão e processos de trabalho em saúde tomando por referência os aportes teóricos e metodológicos da PNH. Enquanto no RS a modalidade do curso era de pós-graduação lato-sensu, com uma carga horária elevada, nos dois outros estados a modalidade foi de aperfeiçoamento. Os cursos de apoiadores contaram com consultores da PNH na coordenação e tiveram como públicos-alvo trabalhadores do SUS inseridos em alguma unidade de saúde nas quais pudessem exercitar o que estariam estudando e discutindo ao longo do processo formativo (MATIAS *et al.*, 2014).

Nos três estados, os trabalhadores em formação eram distribuídos por regiões em Unidades de Produção e nelas deveriam, ao longo do curso, elaborar seus Planos de Intervenção (PIs), garantindo, de algum modo, o caráter interventivo dos mesmos como apareceu mais tarde avaliado entre os resultados da pesquisa. Outro ponto em comum entre os três cursos diz respeito aos modos de sua gestão, sempre incluindo atores locais e os próprios alunos-apoiadores, através de colegiados coordenadores (MATIAS *et al.*, 2014).

A pesquisa multicêntrica foi realizada de forma interinstitucional, envolvendo o Ministério da Saúde e três instituições acadêmicas parceiras nos respectivos Estados - Universidade Estadual Paulista, em Assis/SP, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade Federal de Santa Catarina<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> A parceria com o Ministério da Saúde foi no âmbito do Projeto Desenvolvimento de Técnicas de Operação e Gestão de Serviços de Saúde em uma Região Intramunicipal de Porto Alegre – Distritos da Restinga e Extremo-Sul, de acordo com o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), firmado entre o Ministério da Saúde e a Associação Hospitalar Moinhos de Vento, por meio do termo de ajuste de

Essa pesquisa multicêntrica teve como problema de pesquisa os processos e efeitos dos cursos de formação em humanização das práticas de gestão e de atenção no SUS realizados nos três estados entre os anos de 2008 e 2009 (PAULON *et al.*, 2014).

A metodologia utilizada pela pesquisa multicêntrica foi a da pesquisa qualitativa, avaliativa de 4ª geração, ou seja, com ênfase na intervenção-formação e na participação. As etapas da pesquisa multicêntrica foram divididas em três momentos: produção de dados; sistematização, análise e validação das informações produzidas e, por fim, divulgação dos resultados. A sistematização e análise dos dados ocorreram à medida que os dados iam sendo produzidos, ou seja, de modo transversal à etapa de colheita de dados, assim como a divulgação dos resultados também foi iniciada durante a etapa de validação das análises realizadas. A colheita de dados também foi subdividida em três etapas. Inicialmente foi realizada uma análise documental com auxílio do software “The Qualitative Data Analysis & Research Software®” (Atlas ti®), sendo analisados 184 Planos de Intervenção (PIs)<sup>16</sup> de um total de 343. Foi aplicado um questionário eletrônico (respondido por 144 apoiadores do universo de 343) e realizados 21 grupos focais e 5 entrevistas (PAULON *et al.*, 2014).

Para a colheita<sup>17</sup> de dados deste artigo, selecionou-se um representante de cada segmento que formava os CAP's da pesquisa multicêntrica, ou seja, um pesquisador acadêmico, um apoiador da PNH, um formador e um coordenador do curso (PNH/SES), sendo, portanto, quatro representantes em cada comitê, totalizando doze participantes.

Os critérios de inclusão e de escolha dos participantes foram: ser membro de CAP da pesquisa multicêntrica Formação em Humanização do SUS; ter participado pelo menos por 6 meses da pesquisa multicêntrica e de, ao menos, duas reuniões de CAP. Foram selecionados 12 participantes que, *a priori*, cumpriam o critério de

---

número 05/2011, assinado em 31 de dezembro de 2011. Financiada também pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (processos nº454758/2012-0 e 476289/2013-0).

<sup>16</sup> Documento no qual constaria o mapeamento das demandas do sistema ou serviço onde o apoiador atuaria; a escolha de diretriz e dispositivos da PNH, através dos quais o profissional direcionaria sua intervenção e por fim, o modo como se deu a pactuação e a execução de suas ações (MATIAS *et al.*, 2014).

<sup>17</sup> Optou-se por utilizar termo “colheita”, em substituição a “coleta” de dados, com o intuito de diferenciar da tradicional etapa de pesquisas que se resume a levantar informações já prontas, por considerar que há uma dimensão de produção em qualquer ato que entre em contato com o campo (VERDI, 2011).

participação no CAP. Porém, dois deles não tinham disponibilidade para conceder a entrevista, resultando em 10 participantes, sendo 3 pesquisadores acadêmicos, 3 apoiadores da PNH, 2 formadores e 2 representantes das SES.

A colheita dos dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas, desenvolvidas através de um roteiro com questões previamente elaboradas. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas posteriormente pela pesquisadora. Os dados foram armazenados e organizados através do programa Atlas.ti®, versão 7.1, que é um software específico para a análise de dados qualitativos.

O processo analítico ancorou-se no método da Análise de Conteúdo proposto por Laurence Bardin (2010), sendo organizado em três momentos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação. Desse modo, a partir de exaustivas leituras das entrevistas, foram identificadas as expressões-chave e os pontos semelhantes e divergentes. Emergiram três categorias, ou momentos, que compuseram o *corpus* de discussão desse estudo, a saber: “Iniciando a experiência: inserções e motivações”, “Vivências no CAP: experimentações, tensões e desafios” e “Sobre produtos e processos”.

Para a realização dessa pesquisa, foram adotadas as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a fim de assegurar aos participantes, as informações e esclarecimentos prévios a sua decisão de participar do estudo.

Para garantir o sigilo da identidade dos participantes, os mesmos foram identificados por siglas, sendo PA para pesquisadores acadêmicos, FO para formadores, AP para apoiadores e SES para representantes das secretarias de saúde, seguidos de numeração conforme ordem de realização da entrevista.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo parecer favorável, sob o número 717.656.

### **3. INICIANDO A EXPERIÊNCIA: INSERÇÕES E MOTIVAÇÕES**

A participação nos Colegiados Ampliados de Pesquisa (CAP) se deu em diferentes momentos, sendo o primeiro deles a entrada dos participantes nesses espaços. As inserções nos CAP's dos três estados

aconteceram de forma muito similares. No geral, os pesquisadores acadêmicos iniciaram sua participação junto com o início da pesquisa multicêntrica, acompanhando a mesma desde sua concepção. Já os demais membros entraram em momentos distintos, mas também em sua maioria no começo da pesquisa multicêntrica. Todos os segmentos receberam convites via *e-mail* ou pessoalmente, através de pessoas relacionadas à PNH ou dos coordenadores estaduais da pesquisa multicêntrica, para participarem das oficinas iniciais e assim optarem ou não por continuarem na pesquisa multicêntrica.

*Eu tive contato com o projeto, ainda em 2011, algumas pessoas lá da ESP foram convidadas para compor o grupo de pesquisa (...) e fiquei pensando “como eu faço pra participar dessa pesquisa?” (AP4).*

Guba e Lincoln (2011) definem como *stakeholders* (grupos de interesse) as pessoas ou grupos que de alguma forma são colocadas em risco pelos processos de avaliação, ou seja, pessoas ou grupos que têm algum interesse com os resultados da pesquisa. Os *stakeholders* são divididos em representantes (pessoas envolvidas na produção, utilização ou implementação do sujeito-objeto da avaliação), beneficiários (aqueles que de algum modo obtêm benefício com o sujeito-objeto) e as vítimas (pessoas afetadas negativamente pelo sujeito-objeto da avaliação).

Adotando este referencial, o grupo de pesquisadores da pesquisa multicêntrica em análise neste estudo identificaram pessoas com algum interesse nesse processo avaliativo, por terem experienciado o curso de formação em humanização em diferentes papéis e posições ou por estarem ligados aos espaços de gestão da Política Nacional de Humanização. Identificados os *stakeholders*, iniciou-se o processo de inclusão dos mesmos na pesquisa multicêntrica. A pesquisa avaliativa deve possibilitar, entre outras coisas, a inclusão de diferentes pontos de vista e valores envolvidos e emponderar os grupos envolvidos com os serviços possibilitando que se apropriem dos conhecimentos ligados à realização de um processo avaliativo (CAMPOS-ONOCKO; FURTADO, 2006).

Percebeu-se que várias foram as motivações que conduziram os *stakeholders* a participar e se engajar no processo da pesquisa multicêntrica. Tais motivações variaram de acordo com o segmento de origem do participante, ressaltando-se aquelas relacionadas ao interesse de conhecer as práticas de apoio institucional da Política Nacional de



Humanização. Através de princípios, métodos, diretrizes, dispositivos, a PNH busca definir novos modos de atuação na área da saúde, em especial no âmbito do SUS, que mudem a lógica de fragmentação do trabalho, já bastante naturalizada hoje. Além dessa questão, a gestão participativa e lutas de poder nos serviços também estão sendo analisadas. O objetivo é promover uma mudança radical no modelo burocrático e verticalizado que caracteriza, muitas vezes, a prática no campo da saúde (GUEDES *et al.*, 2012).

O apoio institucional vem sendo utilizado na PNH como método/dispositivo de intervenção em práticas de produção de saúde, propondo um “modo de fazer” mudanças necessárias para que o SUS se torne cada vez mais um exercício do comum, do público (GUEDES *et al.*, 2012).

*E principalmente porque seria a oportunidade de conhecer um pouco de como estão se dando as práticas dos trabalhadores a partir então da proposta da pesquisa que é verificar a partir do curso né (PA1).*

*Olha, eu acho que assim, eu fiquei muito curiosa pra saber o que que os apoiadores pensaram né ou como que eles veem o resultado dessa formação já que eu participei desde o projeto né. Eu fiquei bem curiosa mesmo (FO3).*

Um participante aponta outra motivação para participar da pesquisa multicêntrica, garantir a discussão da PNH passando pelos espaços de gestão da saúde. Cabe lembrar que a PNH entende a atenção e a gestão como duas dimensões indissociáveis, sendo essa premissa, inclusive, um dos princípios da Política de Humanização.

*É uma forma de garantir a discussão da humanização passando pela Escola de Saúde Pública é tá presente, participando dessa pesquisa (SES4)*

Além da defesa da PNH, adquirir conhecimentos sobre essa política também foi apontado como motivação para a participação na pesquisa multicêntrica. Assim, estar na pesquisa foi entendido também como um momento de aprendizado em relação à Política de Humanização. Para Furtado (2001), as abordagens participativas têm como objetivo engajar os atores no processo de avaliação visando a sua

capacitação e desenvolvimento, além de evitar ou minimizar eventuais efeitos negativos de uma avaliação sobre um dado grupo de envolvidos.

*Então, inicialmente foi o conhecimento, assim ó, dentro da minha atividade como docente eu trabalhava com Psicologia Organizacional e do Trabalho, e a gente tinha um conceito de humanização, tinha até, eram dois dias né que eram dados a humanização, que se falava quando trabalhar em equipe, se falava sobre humanização (PA5).*

Outro objetivo apontado para participar da pesquisa multicêntrica foi a reaproximação com as pessoas que fizeram parte do curso de formação de apoiadores, processo que estava em avaliação na pesquisa multicêntrica.

*E aí me interessou né, porque já fazia algum tempo que a gente tinha sido formado e nunca mais tinha tido nenhum contato com aquele pessoal da formação e aí eu me interessei e aceitei participar da pesquisa (AP5).*

Constituídos os CAP's, os participantes começaram a adaptar-se a esse novo modo de gestão de pesquisa. Esse processo foi permeado por várias pactuações, tensões e compartilhamentos intensamente vivenciados pelo grupo.

#### **4. VIVÊNCIAS NO CAP: EXPERIMENTAÇÕES, TENSÕES E DESAFIOS**

Ao longo da pesquisa multicêntrica e, portanto, do seu processo de gestão, várias pactuações ocorreram nos CAP's e em outras instâncias. Entendemos aqui as pactuações como os acordos realizados entre o grupo que formava a instância gestora da pesquisa multicêntrica. Essas pactuações poderiam vir permeadas por algumas tensões entre esses participantes, resolvidas ou não nos espaços dos CAP's. Além disso, muitas dessas pactuações puderam ser revistas e repactuadas ao longo do processo, mostrando a dinamicidade dessa experiência.

#### 4.1 A CONCEPÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

A própria participação na gestão de uma pesquisa e a função do CAP passou por um processo de pactuação no grupo. Embora a dimensão participativa estivesse prevista no projeto da pesquisa multicêntrica, os modos de participar geraram dúvidas entre os pesquisadores.

*Teve um momento que essa participação da CAP não tava tão clara né, mas que o grupo foi questionado e respondeu a altura assim, e depois houve uma integração. Até porque era uma coisa nova pra todos que estavam ali. Então, mas isso teve essa abertura, esse aspecto aí de reestruturar o que a gente entendia como CAP e ao mesmo tempo o próprio grupo de pesquisadores né (FO3).*

O entendimento do que era participação nesse espaço de gestão esteve muito relacionado à possibilidade de interferir no rumo da pesquisa multicêntrica, sendo propositor e tendo a possibilidade de tomar decisões referidas aos passos do estudo. Independente do segmento do entrevistado, a noção de que participar era ter a possibilidade de mudança de rumo e/ou tomar decisões quanto ao futuro da pesquisa foi comum nas falas. O conceito de Cogestão, enquanto uma das diretrizes da PNH, é entendido como um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, evitando, deste modo, os excessos de diferentes categorias profissionais, além de também apresentar-se como forma de controlar Estado e governo a partir da priorização do elemento participativo. Coloca-se assim, como uma diretriz ética e política, que tem como objetivo educar e motivar os trabalhadores (BRASIL, 2008).

*Mas eu acho que também a participação se dá nesse movimento também de decisão, sabe, de possibilidade de decisão, de tomar atitudes, que vão interferir no rumo da pesquisa. Então as vezes a gente, as vezes a gente não se dá conta que mesmo sem ter uma percepção de que a gente tá interferindo a gente acaba participando (PA9).*

*Participar... a partir do momento que tu tens a possibilidade de inferir algo, tu já tá*

*participando. Porque se aquilo provoca algum estranhamento, vai alterar... e o principal era isso (SES6).*

*Nesse sentido que eu tava te falando, de elaborar, construir coletivamente a metodologia, avaliar o andamento. Poder parar, avaliar, mudar o rumo. Analisar e poder propor (AP2).*

No âmbito da gestão, é importante considerarmos que a participação significa trazer para bem perto a presença do outro, estabelecer pontes para a interlocução, a circulação de palavras e afetos por mais diferentes que sejam na forma e conteúdo (FURTADO, 2011). Em especial na avaliação, para Campos e Furtado (2008), a participação é um processo realizado por meio de parcerias entre avaliadores e pessoas afetadas e/ou envolvidas por determinado serviço ou programa, e que não são avaliadores no sentido estrito, tais como usuários, profissionais de saúde e gestores.

No contexto da saúde coletiva brasileira, a participação nos processos de gestão e realização de pesquisa é um modo de garantir o protagonismo no processo de produção de conhecimento. Os participantes deixam de ser meros informantes, sendo incluídos na pesquisa, assumindo uma posição ao lado do pesquisador, o que muda de forma significativa a maneira como se organizam as pesquisas, muitas vezes caracterizadas pela hierarquia dos diferentes e pelo corporativismo dos iguais (PASSOS *et al.*, 2013).

#### 4.2 EXPERIMENTANDO UMA METODOLOGIA PARTICIPATIVA

Os participantes entenderam que muitas das tensões geradas na tentativa de compreender a participação na gestão de uma pesquisa, e na própria efetivação dessa participação, foram decorrentes do próprio processo de experimentação de uma nova metodologia na produção do conhecimento. E como experimentação apresentou muitos desafios.

*O próprio desconhecimento do modelo participativo pode ser um gerador de tensões, visto que essa metodologia era uma novidade para os participantes. (...) Até então eu não conhecia nada (FO3).*

*Mas assim, uma pesquisa que se assume dessa*

*forma participativa e que eu acho que foi uma experimentação, porque do ponto de vista participativo eu esperava mais, mas claro que isso não é uma crítica necessariamente às pesquisadoras ou aos pesquisadores. Essa aqui é o, como é que eu vou dizer, os desafios mesmo (SES4)*

O caminho de construção de uma pesquisa participativa, integrando os que tradicionalmente seriam pesquisadores e os sujeitos de pesquisa, requer um olhar a partir do método de tríplice inclusão. A primeira inclusão é a que coloca lado a lado os diferentes sujeitos implicados na produção do conhecimento. Esse primeiro procedimento, porém, faz emergir as tensões geradas pela não hierarquização da diferença entre os grupos de interesse da pesquisa. O engajamento dos diferentes sujeitos implicados no processo de pesquisa não só gera interesse e cuidado, mas também revela para a análise, frequentemente, as crenças e pressupostos do pesquisador. Afirmar esse protagonismo força-nos, portanto, a incluir os efeitos críticos ou os analisadores da pesquisa que emergem dessa lateralização, o que caracteriza o segundo nível da inclusão (PASSOS *et al.*, 2013).

No decorrer da discussão sobre a função gestora da pesquisa multicêntrica, as funções e atividades realizadas também foram pactuadas dentro do CAP. Embora houvesse o reconhecimento de que a participação no CAP fosse uma construção coletiva, por otimização do tempo e dos recursos, foi necessário que algumas atividades fossem divididas entre os participantes.

*Então ao mesmo tempo que a gente tem que ouvir todo mundo, (...), tem que direcionar as ações, tem que dividir em grupo de trabalho como foi a proposta, e cobrar as atividades porque senão não vai né (SES6).*

Alguns integrantes perceberam que sua participação ficou aquém de sua expectativa, entendendo que isso foi uma opção de caráter individual. Ou seja, mesmo com a pactuação no grupo de que algumas tarefas seriam executadas, esse participante não tomou parte desse processo.

*Foi como eu te disse, eu acho que eu não participei o suficiente pra isso. Eu teria que ter*

*contribuído bem mais. Eu acho que o produto ficou lindo, mas eu acho que eu nem tenho o direito (...) eu poderia ter participado um pouco mais se eu desejasse também como pesquisadora (SES6).*

A participante não se reconheceu como pesquisadora ao fim do processo, entendendo isso como um reflexo da pouca participação ao longo da pesquisa. Essa percepção reforça o caráter individual da participação, da motivação de cada um em participar ou não desse processo, revelando a predominância de alguns aspectos como a quantidade e a intensidade da participação nesse espaço. Protagonismo é a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos, e, portanto, mais relacionado a intensidades dos encontros entre os sujeitos e modos de agir coletivamente (BRASIL, 2012).

#### 4.3 O SABER ACADÊMICO E O SABER EMPÍRICO

Ainda sobre a participação, percebeu-se a partir da manifestação de um entrevistado que a participação tem critérios para se efetivar. Nesse caso específico, ele aponta a apropriação da metodologia como importante para efetivação da participação na gestão da pesquisa multicêntrica. Precisamos lembrar que o espaço dos CAP's foi composto por pessoas que não são tradicionalmente do meio acadêmico e, portanto, não necessariamente habituados com a linguagem, os tempos e modos da academia. Assim, sob essa perspectiva, parece haver certa vantagem dos pesquisadores acadêmicos quanto à apropriação da metodologia e, seguindo a lógica dessa entrevistada, da participação na gestão da pesquisa multicêntrica.

*É claro que tem critérios, assim, por exemplo, tem essa coisa que participar é você poder se apropriar, pra mim, eu acho que pra você participar você precisa ter uma certa apropriação do que que tá acontecendo ou mesmo da metodologia, num espaço de pesquisa como você me perguntou, da teoria, também assim, dos aportes metodológicos, do que que orienta aquela pesquisa (PA9).*

*a participação acadêmica ela consegue ser uma*

*participação mais consistente, porque ela tá no esquema. (...) Então a minha participação eu sinto uma falta, assim, de ser mais acadêmica como pesquisadora (SES4).*

As próximas falas reforçam que a apropriação da metodologia ficou mais no âmbito dos pesquisadores acadêmicos, existindo informações e conhecimentos diferentes a serem compartilhados nesse espaço de gestão da pesquisa multicêntrica. Embora não seja citado que houve um acordo formal para esse compartilhamento, parece haver um reconhecimento de diferentes papéis nos CAP's.

*A gente deveria trazer vários dados, mais informações pra que as decisões fossem tomadas a partir de uma integralidade maior, de uma totalidade. Uma verdade maior. Porque não seria só avaliando um lado de várias questões. Seria uma visão muito ampla, por isso cada um traz a sua, o seu saber, a sua visão... (SES6)*

*Porque enquanto a gente leva mais essa questão de procedimentos de análise da pesquisa, os outros integrantes né, principalmente os que estão em (nome da cidade)<sup>18</sup>, eles nos trazem muito a dimensão da formação, então assim, de como foi o curso, porque alguns formadores estão lá né e apoiadores formados também (PA1).*

É interessante pensar que no contexto dessa pesquisa, o método avaliativo de quarta geração proposto por Guba e Lincoln (2011) reforça que a opção pela avaliação construtivista responsiva pressupõe uma renúncia ao controle sobre o processo, entendendo que os *stakeholders* desempenham funções igualmente definitivas em todos os estágios com o avaliador. Apresentam-se dois cenários: por um lado, se os indivíduos que normalmente não dominam questões metodológicas ganharem importância enquanto tomadores de decisão, o exercício de sua prerrogativa pode ameaçar a adequação técnica do estudo. Por outro lado, concedendo a essas pessoas o poder de tomar decisões

---

<sup>18</sup> Com o intuito de garantir o sigilo das identidades dos participantes, as referências à localização foram suprimidas, bem como a indicação de outras pessoas foram substituídas por codinomes tais como Sr. N e Sr<sup>a</sup> X.

metodológicas, eles ganharão controle político; a metodologia torna-se, então, objeto de disputa decisiva entre os grupos.

Para Paulon *et al.* (2014), a metodologia participativa nesta pesquisa multicêntrica foi um exercício de composição, sem ambição de ser algo pronto ou previamente dado. Ou seja, foi construída no caminhar da pesquisa multicêntrica, pelos participantes da mesma. Santos Filho (2009), entende que as adversidades e resistências advindas de processos de mudanças devem ser encaradas também como alvo de avaliações, contribuindo para demarcar as variações entre experiências semelhantes e para apontar facilitadores para a reprodução de experiências exitosas.

#### 4.4 A DEMOCRATIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO

Para Guba e Lincoln (2011), a avaliação é uma forma de investigação cujo produto final é uma informação. E informação é poder. O compartilhamento das informações referentes à pesquisa multicêntrica se configurou também numa pactuação entre os participantes, após discussões e tensionamentos.

*Tinha documentos que não eram totalmente compartilhados no início né, até por conta de um respeito as pessoas que eram sujeitos da pesquisa, (...). Então teve esse cuidado e que acabou de certa forma prejudicando um pouco o papel da CAP por um determinado tempo (...). Daí o grupo questionou, daí esse material passou a ser liberado tranquilamente e depois não teve mais nenhuma dificuldade (FO3).*

*Se a gente não tem muita informação do que tá acontecendo a gente não se sente autorizado pra propor qualquer coisa ou se manifestar sobre qualquer questão. E aí nesse sentido eu acho que a ferramenta do Dropbox que é o que a gente dispõe dos arquivos e as pessoas tem acesso, eu acho que isso facilita muito pra construção da participação nesse sentido (PA9).*

Para Campos (2007), a gestão democrática e participativa, que se concretiza nos sistemas de cogestão, se constitui numa nova lógica para a distribuição de poder. O autor coloca que um sistema de cogestão



depende da construção ampliada da “capacidade de direção” entre o conjunto das pessoas de um Coletivo, e não somente entre sua cúpula. O exercício da gestão ampliada e compartilhada para a produção de mudanças requer vontade política, provisões de condições concretas e método, ou corre-se o risco de se transformar a cogestão apenas em exercício discursivo (BRASIL, 2010).

Um participante problematiza a questão da apropriação das informações no que se refere à participação na gestão, entendendo que, se os participantes não se posicionarem, a decisão fica parcial.

*Porque quando é participativo o gestor precisa ouvir, mas se a gente não fala... ele toma a decisão em cima do que ele acha que precisa (SES6).*

Para Campos (2007), não há democracia sem a intervenção deliberada de Sujeitos concretos, sendo que a democracia depende da capacidade social de se construírem espaços de poder compartilhado. A democracia é, portanto, a possibilidade do exercício do Poder: ter acesso a informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisões.

Embora houvesse a pactuação do compartilhamento de informações e dos encontros presenciais, ainda houve dificuldades para a participação no CAP, conforme aponta um participante.

*Posso te falar que em (nome da cidade) isso não aconteceu, tá. (...) A distância atrapalhava bastante né. A gente tentava por Skype, tentava por e-mail né. Mas assim, sabe, sempre ficava meio truncado. As coisas iam acontecendo, e a gente, era difícil correr atrás. (...) a gente ficava meio sabendo o que tinha acontecido, o que ia acontecer né, mas essa participação efetiva ficou muito truncada (AP8).*

*Eu acho que teve uns que conseguiram participar mais do que outros né, até porque, pela distância, até pelas dificuldades mesmo que foram decorrentes dessa questão de não ter um financiamento específico pra CAP, isso trouxe alguns problemas (FO3).*

O poder de uma investigação pode ser usado de uma série de

maneiras desfavoráveis aos grupos de interesse. Uma das formas é a não disponibilização de informações, exceto para determinados grupos de interesse (em geral, aqueles que já detêm o poder). Disso resulta a perda de poder, embora de uma forma muito sutil. Os grupos de interesse que não dispõem de informações acabam não tendo consciência sobre seu significado político. Inúmeros argumentos podem ser dados para justificar o não compartilhamento das informações. Porém, esses argumentos têm a qualidade de manter o *status quo*, mantendo o poder nas mãos de quem o detêm naquele momento (GUBA; LINCOLN, 2011).

É importante ressaltar que o fato de estar no meio acadêmico foi apontado como um facilitador ao acesso a informação, tanto pelos participantes do meio acadêmico como de outros espaços. Assim, reforça-se a identificação de diferentes papéis nos diferentes segmentos do CAP, colocando o pesquisador acadêmico em posição privilegiada, em especial, ao acesso à informação. Se considerarmos a premissa de que informação é poder, evidenciam-se assim disparidades na distribuição do poder no âmbito da gestão da pesquisa no CAP.

*Bom, eu acho que o fato de tá aqui nesse grupo, mais de pesquisadores, muito próxima dessas etapas que a gente tá combinando da pesquisa, isso de certa forma me traz uma apropriação maior desse processo né. Então eu sinto que eu tenho uma facilidade pra acessar todas as informações (PA8)*

Outro participante entende que a opção do grupo em utilizar uma ferramenta de armazenamento e compartilhamento de informações foi suficiente para diminuir a dificuldade da distância geográfica entre os pesquisadores, além de facilitar o acesso as informações referentes à pesquisa.

*Então assim, a gente recebe o comunicado através de e-mail né, e em cada reunião é lido a memória anterior, do que tá sendo construído, do que foi sendo construído, e paralelo a isso tem o Dropbox que tudo é compartilhado, todas as decisões, os passos dados na pesquisa são postados ali e que tu consegue caminhar junto né (AP5)*

Por outro lado, essa pactuação também gerou certa tensão entre os participantes, tanto por problemas técnicos com a ferramenta utilizada quanto pela metodologia a distância, resultado de ser uma pesquisa multicêntrica.

Chaves (2014), ao discutir a utilização dessas e outras ferramentas como possibilidade de espaços de participação na mesma pesquisa refere-se à um “efeito-espasmo de uma participação gaguejante”: ao mesmo tempo que o grupo criou boletins informativos, pastas de compartilhamento de dados e grupos de *e-mail* possibilitando um aumento na comunicação entre os diferentes segmentos que compunham essa pesquisa, a possibilidade do encontro e mesmo da discussão sobre a dimensão participativa, como se a formação de instâncias participativas e o compartilhamento de algumas informações fossem suficientes para dar conta de uma real inclusão dos diferentes atores.

A diversidade do grupo foi vista, simultaneamente, como potência e como desafio pelos participantes dos CAP's. Para Passos *et al.* (2013), a pesquisa se efetiva como participativa na medida em que produz uma experiência coletiva, contraindo os diferentes sujeitos em sua diferença em uma experiência de grupalidade com autonomia coletiva.

*Mas ao mesmo tempo essa composição bem heterogênea também é interessante no sentido de que a gente percebe que os vários saberes eles podem ir juntos e não tem nenhum mais importante né, se colocando numa posição de destaque, mas que isso também é muito potente. Então pra mim a fragilidade e a potencialidade tá muito nisso assim dessa, dessa composição heterogênea do grupo e isso é rico, mas que em alguns momentos vai dificultar assim a prática da participação (PA9).*

*Então assim né, até a linguagem né, tinha uma linguagem muito acadêmica, que eu “o que que é isso? O que que é isso?” né, tive que correr um pouco atrás, ler e estudar um pouco. (...) acho que teve algumas dificuldades nesse sentido (AP8).*

Diante da diversidade de ideias e falas identificou-se, nos CAP's, um compromisso com a escuta, de forma qualificada e com

postura ética, no sentido de acolher as diferentes formas de manifestação, onde todas as falas eram ouvidas e analisadas, embora, ainda assim, alguns participantes coloquem uma necessidade de elaboração e cuidado com o que era explicitado. É interessante apontar que esse cuidado foi apontado por um pesquisador acadêmico, identificando no grupo uma necessidade de “rebuscar” (*grifo nosso*) a fala para um melhor entendimento nesse espaço.

*(...) como é que a gente faz pra falar a mesma língua? Como é que a gente faz pra traduzir o que eu tô falando?” Isso as vezes pegava assim, mas ao mesmo tempo isso também era muito bom porque fazia com que a gente melhorasse os argumentos, é, rebuscasse mais assim, elaborasse melhor as nossas falas, as nossas intervenções, as nossas propostas (PA9).*

*(...) eu tenho voz, então assim eu sou ouvida quando eu falo, eu sou ouvida. E aquilo que eu falo é compartilhado com os outros. E assim, eles param, os pesquisadores param pra pensar o que que é, o que que eu tô falando, o que que eu tô trazendo. (...) eu tenho que pensar como é que eu falo, como é que eu não falo, como é que eu coloco, como é que eu não coloco e..., mas isso foi de uma forma muito tranquila (AP5)*

Embora as pessoas se sentissem acolhidas e respeitadas no espaço do CAP, dificuldades em manter uma regularidade dos participantes se fizeram presentes. Além disso, foi pontuada a diferença entre a presença nas reuniões e a real corresponsabilização com o processo de gestão da pesquisa multicêntrica, em especial, com a questão participativa da mesma. Cabe lembrar que, entre os princípios norteadores da PNH, está a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização (BRASIL, 2004). A PNH entende que, as mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar (BRASIL, 2009).

*Não só a simples presença né, como cogestão eu acho que é exatamente isso, a corresponsabilização que eu acho que talvez nisso não sei se a gente conseguiu. A gente talvez tenha conseguido dar voz, contagiar, mas não sei se a gente chegou na corresponsabilização (PA7).*

## **5. SOBRE PRODUTOS E PROCESSOS**

Entendemos que a pesquisa “Formação em Humanização do SUS” partiu dos princípios estruturantes da Política Nacional de Humanização, assim, a pesquisa multicêntrica teve por base a construção coletiva na caminhada investigativa, colocando em foco o processo e dando especial relevância às vivências e experiências que foram surgindo ao longo do período em que o estudo foi realizado. Portanto, diferente de uma pesquisa tradicional que considera apenas o produto final como as publicações produzidas a partir dos conhecimentos gerados, essa pesquisa participativa, com caráter formativo e interventivo, vai entender que seus processos e produtos não são dicotômicos, mas estão imbricados.

Os produtos da pesquisa foram entendidos de formas diferentes pelos participantes, assim como a participação de cada um neles. É importante ressaltar que quando o produto se estabeleceu em torno de publicações, elas ficaram mais sob responsabilidade dos pesquisadores acadêmicos. Porém, se esse produto fosse identificado como a vivência do processo e a experiência adquirida, ele passaria a ser do domínio de todos os envolvidos. Se retomarmos o entendimento de participação que os entrevistados indicaram – o de poder interferir e mudar os rumos da pesquisa – pode-se dizer que a estratégia adotada limitou, ou quase se tornou um impeditivo para a participação de todos no produto “publicação” da pesquisa. Tal escolha mostrou-se como grande fragilidade e até incongruência, uma vez que os produtos retratam e resultam dos processos de discussão entre os participantes dessa pesquisa, porém na sua etapa de publicização se restringiu aos pesquisadores acadêmicos. Cabe aqui uma reflexão sobre as normas do universo acadêmico. Existe uma grande exigência, em especial das agências financiadoras da produção do conhecimento, pela publicação, em especial para quem trabalha no meio acadêmico. Isso pode, em parte, explicar essa responsabilização maior dos pesquisadores acadêmicos pelo produto publicação. Também retomamos a questão da corresponsabilização, e da percepção de que alguns participantes não

tomaram parte realmente do processo de gestão da pesquisa multicêntrica, seja pelas opções metodológicas ou por opção individual.

*Não na mesma proporção né. Mas eu acho que assim, até pela, até pela função. O produto acaba sendo deste grupo de pesquisadores acadêmicos que tiveram. Não é que o produto seja desse grupo, mas assim, a elaboração, colocar nos moldes de uma publicação. O domínio, como a gente tava falando, da informação, ficou né... o comprometimento maior foi dos pesquisadores acadêmicos né (PA7)*

Entretanto, essa situação foi apontada por outro participante, o qual manifestou a ideia de que todos deveriam estar envolvidos no produto final como um todo, como reflexo do processo participativo que se construiu nessa pesquisa. Essa visão parece ser mais coerente com o processo participativo e com a gestão compartilhada, entendendo que o grupo gestor deve acompanhar e efetivamente participar ao longo do tempo nas etapas do estudo. Essa diferença entre as visões das participantes parece reforçar uma divisão entre os saberes acadêmicos e os advindos do serviço, marcando o papel de cada segmento dentro do CAP e reitera a manutenção dos poderes solidificados na academia em relação a produção do conhecimento. Para Passos *et al.*. (2013), a participação se torna mais profunda, quando os participantes puderem engajar-se em etapas cada vez mais precoces da pesquisa (como a formulação de suas perguntas e a discussão sobre seu desenho) e nas fases de análise e divulgação de resultados.

*Então a gente acredita que, ok, se eles são participantes da pesquisa, compondo o grupo de pesquisa, eles também tem que estar inseridos na etapa de produção final da, dos produtos da pesquisa. Então eu acho que sim, que é um efeito do que a gente construiu né, da concepção que a gente construiu do que seja participação (PA9).*

Outro produto da pesquisa foi a reativação de redes, retomando contatos com outras pessoas ligas a PNH. Essa foi uma das motivações indicadas por uma participante para participar da pesquisa. Foi o momento do reencontro com apoiadores da Política e pessoas relacionadas a PNH no estado dessa participante. Righi *et al.* (2014)

entendem como de vital importância a ampliação do conceito de rede, em especial na perspectiva da PNH. Na produção de saúde nos territórios, a ampliação do conceito de rede vai apontar tanto para características relacionadas aos temas quanto ao território aos quais se vinculam e se desenvolvem. A rede aqui indicada pode ser caracterizada, segundo os autores, como uma Rede de Conversação, que se forma em torno de apoiadores e da própria PNH.

*Porque daí acendeu né, reacendeu a PNH né e aí, com isso a gente, com o contato com a Sr<sup>a</sup> X, com o Sr. N, então vamos levar pra lá, vamos começar a fomentar a discussão da PNH (AP5).*

Os CAP's também foram vistos como um espaço de encontro para distanciar-se do cotidiano do trabalho, *um espaço de respirar (SES04)*. O cenário da saúde, quando da origem da PNH, apresentava problemas que indicavam a necessidade de mudanças. Entre os desafios que se mostraram podemos citar: a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho, o enfraquecimento das relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários, fragilidade do trabalho em equipe, e do preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe e distanciamento entre o modelo de formação dos profissionais de saúde e o debate e formulação das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004). Para Campos (2007), a racionalidade gerencial hegemônica exige que trabalhadores renunciem a desejos e interesses, aprisionando sua vontade e expropriando a possibilidade de governar da maioria. Aumentar o grau de autonomia dos trabalhadores nos processos de pensar-fazer seu trabalho, ampliando o grau de abertura aos processos de criação, permite, no caso do trabalho em saúde, transitar da dor ao prazer (BARROS e BARROS, 2007).

Essa experiência também propiciou aos participantes uma reflexão sobre o modo de se fazer pesquisa atualmente e para a prática cotidiana. Apesar das dificuldades pontuadas, os participantes entenderam que é possível pensar novas formas de produção de conhecimento através da pesquisa participativa.

*Então tem mudado muito o meu modo de ver como podemos pesquisar né, como podemos fazer pesquisa de outras maneiras e também no*

*cotidiano da minha prática, assim, na saúde. Eu acho que a participação na pesquisa tem aberto outros olhares pra minha prática cotidiana (PA1).*

*(...)eu vejo que provou que é bem possível fazer diferente, fazer uma pesquisa qualitativa, multicêntrica né, avaliativa sem ser uma coisa prescritora assim né. Avaliativa no sentido de poder incluir os sujeitos que é esse o grande viés da participação da pesquisa. Acho que um grande salto pro que é a pesquisa hoje no Brasil (FO03).*

Outra participante sinaliza que participar da pesquisa reacendeu um desejo de retorno para a academia, para pesquisar assuntos referentes à PNH.

*Acho que já tinha uma vontade latente de fazer um mestrado, de estudar mais né (...) Foi me mostrando assim a importância da PNH, a importância dos coletivos né. Eu penso num mestrado que estude, que pense alguma coisa assim né. (...) Acho que esse contato com esse meio acadêmico, que eu não tinha, acho que foi isso né (AP8)*

Essa fala nos chama a atenção pelo fato da participante entender que seja necessário o retorno à universidade para fazer tal pesquisa, mostrando a força do conceito de que a produção do conhecimento está relacionada à academia. Embora tenha vivenciado uma experiência diferente na produção do conhecimento, reforça o *status quo*, ao entender que seja necessário o retorno à universidade para investigar seus questionamentos. Mais uma vez reitera-se a dificuldade de se romper com o paradigma da produção do conhecimento centrada nas universidades e da aproximação com a possibilidade de transformação social.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A experiência de uma gestão de pesquisa participativa mostrou vários desafios frente à realidade atual na produção do conhecimento. Os resultados demonstram que os entrevistados entenderam sua participação como a possibilidade de interferir nos rumos da pesquisa



multicêntrica. Também apontaram diferenças nos papéis de cada integrante dos CAP's. Nesse sentido, demarcaram o lugar do pesquisador acadêmico como detentor do conhecimento metodológico e dos demais como possuidores do conhecimento prático do curso de formação de apoiadores, reforçando a não percepção do grupo da metodologia como algo que deveria ser construído em conjunto por todos os participantes da pesquisa multicêntrica. Entendemos que esse desafio deveria ter sido superado no caminhar da pesquisa multicêntrica.

Embora vista como uma fragilidade, essa composição heterogênea também foi indicada como uma potencialidade, ao reunir diferentes olhares na condução dessa pesquisa multicêntrica. A vivência despertou nos participantes um processo de reflexão sobre a pesquisa e a produção do conhecimento, além de também um novo olhar sobre a prática no trabalho.

Ao final, alguns entrevistados não se perceberam como pesquisadores da pesquisa multicêntrica, revelando a imensa dificuldade de produzir tanto instâncias e estratégias participativas, quanto modos de operar os encontros entre os sujeitos, que efetivamente incluam as diferenças e coloquem em análise o poder acadêmico no processo de produção do conhecimento.

Ficou evidente a força do saber acadêmico em relação a produção do conhecimento e das dificuldades de compartilhamento da metodologia da pesquisa multicêntrica. Os CAP's trilharam uma linha tênue entre um espaço de cogestão e de apenas referendar decisões previamente tomadas pelos pesquisadores acadêmicos. A indicação de que os demais membros tinham que ir atrás da informação, mostra como prevaleceu o tempo de quem estava mais próximo à academia, mostrando a dificuldade de quem se dividia entre o serviço de saúde e a pesquisa multicêntrica.

Para Passos *et al.* (2013), a participação dos sujeitos envolvidos na pesquisa é uma forma de garantir o protagonismo desses no processo de produção do conhecimento. Com isso, pesquisas participativas e colaborativas trazem a possibilidade de reunir os saberes e as competências dos *stakeholders*, contribuindo para maior coerência entre os valores da pesquisa e da comunidade e oferecendo, desta forma, possibilidades de potencialização da capacidade de ambos.

A experiência se mostrou válida no sentido de ser um avanço para um novo modo de se fazer pesquisa, incluindo novos olhares e novos saberes não tradicionalmente ligados à produção do conhecimento. O CAP se apresenta como potente dispositivo para

humanizar a pesquisa, uma vez que possibilita a inclusão dos grupos de interesse e a redistribuição do poder advindo da produção do conhecimento.

Cabe aqui ressaltar que esse estudo teve como limitações o fato de ter como campo uma pesquisa multicêntrica e, portanto, com os sujeitos em três estados diferentes, culminando com a impossibilidade de se cumprir todas as entrevistas previstas, pela falta de tempo para a entrevista. Além disso, temos ciência de que os resultados obtidos são aplicáveis apenas nesse contexto.

Ao iniciarmos esse estudo, a pesquisa sobre formação já estava em andamento, o que não nos possibilitou acompanhar o início das discussões sobre a participação na gestão da pesquisa e a composição do CAP. Assim, sugerimos que novas pesquisas sejam feitas no sentido de compreender a participação no espaço de gestão de uma pesquisa, e de que esses estudos possam acompanhar o processo participativo desde o início.

## **REFERÊNCIAS**

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 5ª Ed. Lisboa: Editora 70, 2010.

BARROS, Regina de. BARROS, Maria Elizabeth B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, Serafim B. BARROS, Maria Elizabeth B. **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **HumanizaSUS: gestão participativa e co-gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. **Redes e produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **HumanizaSUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

CAMPOS, Rosana Onocko. FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

\_\_\_\_\_. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2671-2680, 2008.

CHAVES, Alice Graziela C. R. **Sobre tropeçar, gaguejar, participar: intencionalidades e experimentações numa pesquisa avaliativa em saúde.** Porto Alegre, 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

FURTADO, Juarez P. Avaliação e participação. In: BRANDÃO, D. MARTINA, R.O (orgs). **Avaliação de Programas e Projetos: temas brasileiros.** São Paulo: Instituto Flores e Fundação Itaú Social, 2011 (no prelo).

GUBA, Egon G. LINCOLN, Yvonna S. **Avaliação de quarta geração.** Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

GUEDES, Carla Ribeiro; ROZA, Monica Maria Raphael; BARROS, Maria Elizabeth Barros de Barros. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. **Cadernos de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 4803-4814, 2012.

FURTADO, Juarez P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 165-181, 2001.

MATIAS, Maria Claudia Souza *et al.* Lançar-se no Olho do Furacão: Estratégias Pedagógicas e Sentidos de um curso para a formação do Apoio Institucional. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.5, n.2, p.100-111, 2014.

PASCHE, Dário Frederico. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.13, supl.I, p. 701-8, 2009.

PASSOS, Eduardo *et al.*. O Comitê Cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, p. 2919-2928, 2013.

PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice de Lima; CAMPOS, Rosana Onocko. Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 3, n. 1, p. 4-17, 2013.

PAULON, Simone M. *et al.*. Errâncias e itinerâncias de uma pesquisa avaliativa em saúde: a construção de uma metodologia participativa. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.5, n.2, p.59-68, 2014.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. **Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas**. Ijuí: Unijuí, 2009.

RIGHI, Liane B. *et al.*. Apoio para a Produção de Redes de (em) Saúde: efeitos de percursos formativos em humanização da atenção e gestão do SUS. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.5, n.2, p.59-68, 2014.

VERDI, Marta. **FORMAÇÃO EM HUMANIZAÇÃO DO SUS: avaliação dos processos de formação de apoiadores institucionais na produção de saúde nos territórios de Santa Catarina**. Projeto de pesquisa submetido ao Edital Universal CNPq Nº 14/2011. UFSC, 2011.

WEAVER, Lynda; COUSINS, J. Bradley. Unpacking the participatory process. **Journal of MultiDisciplinary Evaluation**. v. 1, n. 1, p. 19-40, 2004.