

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Política Nacional de Humanização

# HumanizaSUS

## GESTÃO PARTICIPATIVA

Co-Gestão

2.ª edição

Série B. Textos Básicos de Saúde



Brasília – DF  
2006

© 2004 Ministério da Saúde.  
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.  
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.  
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>  
O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 2.ª edição – 2006 – 25.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Política Nacional de Humanização

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede,  
4.º andar, sala 408

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-2562 / 3315- 3680

E-mail: [humanizadas@saude.gov.br](mailto:humanizadas@saude.gov.br)

Home page: [www.saude.gov.br/humanizadas](http://www.saude.gov.br/humanizadas)

*Revisão técnica:*

Secretaria de Gestão Participativa

*Texto:*

Adail de Almeida Rollo

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

*Colaboradores:*

Ana Costa

Olga Matoso

Alba Figueroa

Maria Auxiliadora Benevides

*Organização dos textos básicos da PNH:*

Eduardo Passos

*Elaboração de texto, diagramação e layout:*

Cristina Maria Eitler (Kita)

*Fotos:*

Delegados participantes da 12.ª Conferência Nacional de Saúde (realizada em Brasília, de 7 a 11 de dezembro de 2003), fotografados no stand do HumanizaSUS

*Fotógrafo:*

Cléber Ferreira da Silva

#### Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização.

HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

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

ISBN 85-334-0987-7

1. SUS (BR). 2. Política de saúde. 3. Prestação de cuidados de saúde. I. Título. II. Série.

NLM WA 30 DB8

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2006/0930

*Títulos para indexação:*

Em inglês: HumanizaSUS. Participative Administration. Co-Administration  
Em espanhol: HumanizaSUS. Gestión Participativa. Co-Gestión

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540 / 610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-2020 / 3233-1774

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Home page: [www.saude.gov.br/editora](http://www.saude.gov.br/editora)

*Equipe editorial:*

Normalização: Karla Gentil

Revisão: Angela Nogueira e Lilian Assunção

Diagramação: Alisson Walterly

## O Ministério da Saúde implementa a Política Nacional de Humanização (PNH) HumanizaSUS

O Ministério da Saúde tem reafirmado o HumanizaSUS como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde, englobando os diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão.



Operando com o princípio da transversalidade, a Política Nacional de Humanização (PNH) lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a co-responsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada.



Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a

autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

Com a oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento de redes de saúde, a humanização aponta para o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis, envolvendo trabalhadores e gestores do sistema, e fomentando a participação efetiva da população, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão.

A PNH não é para nós um mero conjunto de propostas abstratas que esperamos tornar concreto. Ao contrário, partimos do SUS que dá certo. Para nós, então, o HumanizaSUS apresenta-se como uma política construída a partir de possibilidades e experiências concretas.

Queremos aprimorar e multiplicar! Daí a importância de nosso investimento no aprimoramento e na disseminação dos diferentes dispositivos com os quais operamos. Essas “Cartilhas do PNH” têm função multiplicadora; com elas, esperamos disseminar algumas tecnologias de humanização e de gestão no campo da Saúde.



## Gestão Participativa e Co-Gestão

O Sistema Único de Saúde tem como um de seus princípios definidos na Constituição Federal a participação social, que resulta em maior democracia no espaço da gestão da saúde. Esta gestão é realizada pelos estados e municípios, pois o SUS adota, como estratégia organizativa, a descentralização para atingir os cidadãos em seu cotidiano.

Para operacionalizar a participação social, a Lei n.º 8.142 (BRASIL, 1990) orienta sobre a formação dos conselhos de saúde no âmbito nacional, estadual e municipal. Estes conselhos são compostos por trabalhadores e gestores de saúde (os quais ocupam 50% das vagas, sendo 25% para cada segmento) e por usuários do sistema (ocupando os outros 50%).

As representações dos usuários e dos trabalhadores no Conselho Municipal, Estadual e Nacional de Saúde devem ter legitimidade e compromisso político com seus representados. Dessa forma, para garantia da representatividade e da legitimidade, toda sua atuação



deveria ser precedida por consulta sobre os interesses de sua comunidade e seguida por retornos informativos sobre os resultados da atuação.

Conforme a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990), as conferências nacionais de saúde acontecem regularmente a cada quatro anos e são convocadas pelo Poder Executivo ou pelo Conselho Nacional de Saúde. Independentemente da convocação nacional, os municípios podem e devem realizar suas conferências para debate das diretrizes e para o cuidado da saúde de sua população. Sugere-se que a convocação seja logo após o gestor assumir o cargo, pois assim estará construindo seu plano municipal de forma mais adequada aos anseios e às necessidades da população.

Os gestores das três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal) instituíram espaços de negociação e definição de pactos acerca dos assuntos da gestão. Trata-se da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito nacional, e das Comissões Intergestores Bipartites (CIB), no âmbito estadual, com representações do estado e dos municípios.

A participação social, no entanto, não pode estar restrita a essas instâncias formalizadas para o controle social. Esta deve ser valorizada e incentivada no dia-a-dia das unidades de atenção do SUS, em

que a participação ainda é pequena. Mesmo os trabalhadores de saúde ainda participam pouco das decisões sobre os rumos das unidades em que trabalham. Pode-se atribuir ao fato de que lhes pareça uma participação difícil ou complexa, tanto por excesso de burocracia quanto por uma gestão centralizadora e pouco participativa no sistema de saúde.

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





Por isso, a gestão participativa é importante como um instrumento valioso na construção dessa mudança, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho.

A co-gestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores.

Os serviços de saúde têm três objetivos finalísticos: a produção de saúde, a realização profissional e pessoal dos trabalhadores e a sua própria reprodução enquanto política democrática e solidária, isto é, que inclui a participação de trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde, em um pacto de co-responsabilidade.

Na gestão participativa, reconhece-se que não há combinação ideal pré-fixada desses três



pontos, mas acredita-se que é no exercício do próprio fazer da co-gestão que os contratos e compromissos entre os sujeitos envolvidos com o sistema de saúde vão sendo construídos.

O modelo de gestão que estamos propondo é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em colegiados que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente.

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

Por isso, os colegiados são espaços coletivos tanto dos gestores e dos trabalhadores da saúde quanto dos usuários. Espaço onde há discussão





e tomada de decisões no seu campo de ação de governo, de acordo com as diretrizes e os contratos definidos.

O sistema de co-gestão procura articular o novo formato no atendimento em saúde, com a participação dos envolvidos no trabalho em equipe. Dessa maneira, acredita-se que a implementação das diretrizes do SUS estará assegurada e será possível, ao mesmo tempo, garantir motivação, estímulo à reflexão e aumento da auto-estima dos profissionais, bem como o fortalecimento do empenho no trabalho, a criatividade na busca de soluções e o aumento da responsabilidade social. Pressupõe, também, interação com troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais, usuários e gestores.

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

O primeiro grupo de dispositivos/arranjos diz respeito à organização do espaço coletivo de gestão que permite o acordo entre desejos e interesses tanto dos usuários, quanto dos trabalhadores e gestores. Como exemplos, temos:

☀ **Conselhos de gestão participativa** – o Ministério da Saúde, por meio de suas secretarias e, principalmente, pela Secretaria de Gestão Participativa, tem apoiado a criação de conselhos de gestão participativa nas unidades assistenciais do SUS. Os conselhos são compostos por gestores, trabalhadores e representantes de usuários da unidade. A essas instâncias cabe, entre outras, as seguintes atribuições: discutir e aprovar o projeto diretor da unidade; atuar como espaço de negociação entre os segmentos; indicar ações prioritárias; definir os investimentos; e fiscalizar e avaliar a execução do plano de trabalho da unidade. Muitos municípios dispõem de conselhos gestores em suas unidades assistenciais, alguns deles criados por legislação municipal e com nomenclatura variável como conselho ou comissão local de saúde. Esses conselhos desempenham o mesmo papel previsto para os conselhos de gestão participativa.

☀ **Colegiado gestor de hospital, de distritos sanitários e secretarias de saúde** – compostos por coordenadores de áreas/setores, gerentes (dos diferentes níveis da atenção), secretário de saúde, diretores e, no caso do hospital, incluir também todos os

coordenadores das unidades de produção. Entre outras, tem como atribuições: elaborar o projeto diretor do distrito/secretaria/hospital; constituir-se como espaço de negociação e definição de prioridades; definir os investimentos; organizar os projetos das várias unidades; construir a sistemática de avaliação, prestar contas aos conselhos gestores e administrar imprevistos.

☀ **Colegiado gestor da unidade de saúde** – tem por atribuições: elaborar o projeto de ação; atuar no processo de trabalho da unidade; responsabilizar os envolvidos; acolher e encaminhar as demandas dos usuários; criar e avaliar os indicadores; sugerir e elaborar propostas; e criar estratégias para o envolvimento de todos os membros e equipes do serviço.

Na atenção básica o colegiado é composto por representantes das equipes de atenção básica/saúde da família, contemplando trabalhadores dos níveis superior, médio e básico. No caso das unidades de saúde com mais de uma equipe de saúde da família, orienta-se que todas estejam representadas no colegiado da unidade de saúde, por meio de um profissional de nível superior, um agente comunitário de saúde e um representante dos trabalhadores com formação técnica/auxiliar (enfermagem, odontologia ou outro). Ressalta-se que a equipe de saúde da família por si só é um “coletivo organizado de trabalhadores”. De configuração multiprofissional

comporta-se como uma instância colegiada, exercitando a sua potencialidade de se fazer integrada e participativa em seu cotidiano de trabalho. Em hospitais e serviços especializados conformam-se os colegiados de unidades de produção, entendidos como unidades/serviços que reúnem equipes multiprofissionais em torno de um objeto específico e comum de trabalho, levando em conta os diferentes eixos dos cuidados, como, por exemplo, a Unidade de Produção de Saúde da Criança (voltada para esse público);

☀ **Mesa de negociação permanente** – ocorre entre trabalhadores e gestores sobre as questões relacionadas ao trabalho em saúde.

☀ **Contratos de gestão** – São firmados entre as unidades de saúde e as instâncias hierárquicas de gestão como, por exemplo, unidades de saúde ambulatoriais e hospitais, com o distrito sanitário e/ou com o nível central da secretaria de saúde. A pactuação de metas se dá em três grandes eixos: a) ampliação do acesso, da qualificação e humanização da atenção; b) valorização



dos trabalhadores, implementação de gestão participativa e c) garantia de sustentabilidade da unidade. Esses contratos devem ter acompanhamento e avaliação sistemática em comissões de trabalhadores, usuários e gestores.

○ segundo grupo de dispositivos/arranjos, incentivado pela PNH, refere-se aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde. Estes devem propiciar tanto a manutenção dos laços sociais dos usuários internados, quanto sua inserção e de seus familiares nos projetos terapêuticos e acompanhamento do tratamento. Almejam, portanto, a participação do usuário (e familiares), na perspectiva da garantia dos direitos que lhes são assegurados e também avançar no compartilhamento e corresponsabilização do tratamento e cuidados em geral.

**Entre esses dispositivos destacam-se:**

☀ **Visita aberta e direito de acompanhante** – ocorre nas consultas e internações; dispositivos que ampliam as possibilidades de acesso para os visitantes de usuários internados, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde.

☀ **Equipe de referência e gerência com horários abertos** – utilizada para interação com a rede sócio-familiar do usuário;

equipes multiprofissionais que, ao conduzir os projetos terapêuticos dos usuários, utilizam mecanismos sistemáticos de atendimento à família (e rede sócio-familiar), destinando espaço e tempo para interagir com essa rede.

☀ **Ouvidoria descentralizada** – está presente em secretarias/distritos de saúde e hospitais/complexos assistenciais para mediar os interesses entre usuários, trabalhadores e gestores; ouvidorias e outros tipos de sistemas de escuta, que acolhem as manifestações de todos os atores envolvidos nos cuidados de saúde. Deve ser organizada para atender tanto os usuários/comunidades, quanto os trabalhadores da saúde, com mecanismos de retorno e encaminhamento dos problemas identificados.

☀ **Família participante, grupo de pais, grupo focal** – que atuam com usuários e trabalhadores nos vários espaços das unidades.





### **Grupos de Trabalho de Humanização (GTH)**

Coletivos organizados, participativos e democráticos, que se destinam a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade e aumento da equidade na assistência e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde. É constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais em cada equipamento de saúde, tendo como atribuições: difundir os princípios norteadores da humanização (PNH); pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento do serviço; promover o trabalho em equipe multi e inter-profissional; propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; estabelecer fluxo de propostas entre os diversos setores das instituições de saúde, a gestão, os usuários e a comunidade; melhorar a comunicação e a integração do serviço com a comunidade.



## Referências Bibliográficas

BARROS, R. B. de. *Marco teórico da Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Presidência da República. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 31 dez., 1990.

CAMPOS, G. W. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. *Saúde paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. O singular processo de coordenação dos hospitais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 110-122, 2003.

JAIME, F. et al. *Contrato de gestão: conceitos e aplicações*. 2002. 4 p. Trabalho apresentado no Curso de Gestão Hospitalar, oferecido em parceria SES/Goiás–ReforSUS/MS–FM/PUC–Opas, Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiânia, Goiânia, 2002.

HABERMAS, J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

RIVERA, F. J. U. *Planejamento e programação em saúde – um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989.

\_\_\_\_\_. *Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

TESTA, Mario. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.



A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada  
na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde  
pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAÁ/SE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão e acabamento)

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, agosto de 2006

OS 0930/2006