UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

GIOVANNA CABRAL DORICCI

Humanização e Cogestão na Atenção Básica: as relações de trabalho no cotidiano

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, como parte das exigências para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Ribeirão Preto - SP

2018

GIOVANNA CABRAL DORICCI

Humanização e Cogestão na Atenção Básica: as relações de trabalho no cotidiano

Versão Original

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, como parte das exigências para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Carla Guanaes-Lorenzi.

Ribeirão Preto - SP

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Doricci, Giovanna Cabral.

Humanização e Cogestão na Atenção Básica: as relações de trabalho no cotidiano / Giovanna Cabral Doricci; orientadora Carla Guanaes-Lorenzi. -
- Ribeirão Preto, 2018.

205 f.

Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

1. Humanização. 2. Gestão em Saúde. 3. Relações de trabalho.
4. Atenção Básica. 5. Cultura Organizacional.

I Guanes-Lorenzi, Carla. II. Título.

III. Título: Humanização e Cogestão na Atenção Básica: as relações de trabalho no cotidiano.

Nome: Doricci, Giovanna Cabral.

Título: Humanização e Cogestão na Atenção Básica: as relações de trabalho no cotidiano.

Tese apresentada ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências. Área: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Este estudo foi desenvolvido junto ao Laboratório de Estudos e Pesquisas em Práticas Grupais da Universidade de São Paulo (LAPEPG-USP)

Apoio financeiro:

O desenvolvimento deste estudo conta com o apoio da FAPESP, mediante a concessão de bolsa doutorado, processo nº 2015/04519-6, com vigência de 01/06/2015 a 31/05/2018, e da CAPES.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que estiveram presentes ao longo dos três anos dedicados ao doutorado, familiares e amigos queridos que me auxiliaram a superar os momentos difíceis e comemoraram comigo as conquistas. Abaixo, cito os nomes diretamente presentes nessa jornada, mas que não contemplam a totalidade de pessoas queridas participantes da minha vida.

Primeiro agradecimento, representando a primeira fatia do bolo de aniversário, vai para a minha querida orientadora e amiga Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi. Um presente que a vida me deu essa Carlinha. Orientadora presente, inteligente, companheira de luta (e tive várias ao longo desses anos), carinhosa, e o principal: paciente! Terminar o doutorado me dá um aperto no peito, pois oficialmente ela deixará de ser minha orientadora, mas já faço um pedido para que seja minha orientadora eterna: aceita, Carla? Sem você e seu jeito de orientar eu não teria acreditado em mim, muito obrigada!

Agradeço mais do que imensamente à minha família, que me deu apoio e o que mais eu necessitasse para continuar: mãe Fátima, pai Luis, irmã Camila e irmã Bianca. É com amor imenso que agradeço a cada um de vocês. Agradeço também ao meu tio Pedro e às tias queridas Márcia, Matilde e Marlene, que sempre rezam por mim.

Aos meus amigos e *hermanos* da República Mais Construcionista do Brasil: Pedro P. Sampaio Martins e Gabriela Martins. Os melhores momentos do doutorado passei com vocês. Aprendi muito em nossos cafés da tarde e como sinto saudade. Vocês dois estão presentes nesse texto em muitos momentos, desde a construção do projeto. Muito obrigada por tudo.

Agradeço aos Professores Sheila McNamee, Ph.D., Ottar Ness, Ph.D., Profa. Dra. Celiane Camargo Borges e Mette Vinther Larsen, Ph.D., por terem disponibilizado tempo para me auxiliar na escrita do projeto BEPE. Professores admiráveis, referências na área, e que foram muito atenciosos durante esse período.

À Profa. Dra. Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava e ao Prof. Dr. Gustavo Tenório Cunha, por terem participado do exame de qualificação e contribuído para a melhoria desta tese.

À Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira, por sua disponibilidade para conversar e paciência para ensinar. Sua presença é inspiradora e muito a admiro.

Aos profissionais do Centro de Desenvolvimento e Qualificação do Departamento Regional de Saúde: Carmem Aparecida Scaglioni Carmim, Élide Rodrigues Luchesi, Moisés Casagrande Júnior, e Marta Silva por me receberem de forma acolhedora nas reuniões do Núcleo de Educação Permanente e Humanização.

À Maria Alice de Freitas Colli Oliveira, coordenadora do Programa de Educação Continuada da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, por sua disponibilidade para nos auxiliar em diferentes momentos.

Aos meus amigos, nem todos diretamente ligados ao doutorado, mas que me proporcionaram momentos descontraídos, saúde mental e conversas transformadoras: Iago Caires, Letícia Juiz, Fernando Machado, Laura Crovador, Fiori, Cristina Ruffino, Marisa Japur (em memória), Domitila Gonzaga, Ismael Mendes, Jane Nascimento, Caroline Biazolli, Lucyana Rodrigues, Fabíola Borges, Hugo César, Gabriel e Luciana Morilas. Esses amigos são muito presentes, obrigada!

Ao grupo de pesquisa LAPEPG, e seus integrantes, pelas boas reflexões e contribuições para minha pesquisa.

Aos participantes do estudo, por terem se disponibilizado a contribuir conosco.

Ao Iago Caires novamente, pela revisão do texto.

Ao Padre José Carlos Frederice, por sua presença e por suas orações.

A Deus, essa energia que me acompanha e acolhe meus momentos de angústia.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento do projeto. Processo FAPESP nº 2015/04519-6.

RESUMO

Doricci, G. C. (2018). *Humanização e Cogestão na Atenção Básica: as relações de trabalho no cotidiano*. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

A Política Nacional de Humanização (PNH) objetiva promover a Reforma Sanitária considerando como centrais as relações estabelecidas no cotidiano. Apesar de sua complexidade, a humanização, muitas vezes, é banalizada no cotidiano, mantendo-se como foco apenas a qualidade das relações entre profissionais de saúde e usuários. O âmbito da gestão, incluindo as relações de trabalho, é debatido no campo teórico, mas pouco explorado empiricamente. Esta pesquisa tem como objetivo compreender como a humanização da gestão, a partir do modelo adotado pela política (Cogestão), é considerada e praticada pelos profissionais no cotidiano da Atenção Básica. Delineamos como contexto de análise duas unidades de saúde, uma tradicional (Unidade Básica de Saúde - UBS) e uma com Estratégia de Saúde da Família (Núcleo de Saúde da Família - NSF). A construção do *corpus* foi realizada em duas etapas. Na primeira, imersão no campo, realizamos observações registrando em notas de campo aspectos importantes do contexto e da interação entre os profissionais. Esta imersão nos forneceu subsídios para a segunda etapa, entrevistas grupais ou individuais, e para análise geral do *corpus*. Utilizamos roteiro semiestruturado nas entrevistas, construído a partir da análise dos diários de campo para abarcar as especificidades de cada contexto. As conversas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. A análise dos diários objetivou descrever o modo de funcionamento de cada unidade, e a análise das entrevistas, descrever os sentidos sobre humanização da gestão e os sentidos sobre as práticas que os profissionais identificam como sendo humanização da gestão. Os resultados são apresentados para cada unidade a partir de três focos: o contextual, a dinâmica relacional e a produção de sentidos. Esses aspectos são analisados separadamente, embora na prática estejam imbricados e se retroalimentem. Descrevemos elementos contextuais e relacionais que contribuem ou dificultam a construção (no caso da UBS) ou manutenção (no caso do NSF) de uma cultura participativa e gestão compartilhada. Quanto aos sentidos, em ambos os contextos, a participação na tomada de decisões, o trabalho em equipe e a resolutividade das ações são identificados como sendo gestão humanizada, porém difere o que significam esses aspectos e suas práticas em cada unidade. Concluímos que, para haver uma gestão compartilhada, é necessário trabalhar as relações e o modo como os profissionais constroem sentido sobre elas. Somente criar momentos de conversa coletiva não geram, necessariamente, a participação e a gestão compartilhada, pois o modo como esses espaços irão funcionar depende diretamente da maneira como a equipe compreende e constrói a si mesma. Nossa tese descreve a cultura participativa, aspecto central da gestão compartilhada, como uma construção social, algo que se dá nas relações e na linguagem. Portanto, para se desenvolver um modelo de gestão compartilhada, é necessário trabalhar com os profissionais o processo grupal. A Psicologia Social, os estudos sobre grupos, e, em especial, a epistemologia construcionista social podem oferecer recursos para este trabalho de construção da cultura participativa. Assim, esperamos, com essa pesquisa, contribuir para o incremento da literatura e para a prática da cogestão no contexto da Atenção Básica.

Palavras-chave: Humanização; Gestão em Saúde; Relações de trabalho; Atenção Básica; Cultura organizacional.

ABSTRACT

Doricci, G. C. (2018). *Humanization and Co-management in Primary Health Care: the relationships in everyday work context*. Doctoral Dissertation. Faculty of Philosophy, Sciences and Letters of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

The National Humanization Policy (NHP) goal is to promote the Sanitary Reform focusing the centrality of daily relationships. Despite its complexity, humanization is often understood only as the quality of relationships between health professionals and users, thus undermining its potential. Management issues, including work relations, are debated in the theoretical field but little explored empirically. This research aims to understand how the humanization of management - based on the model adopted by the policy, the Co-management - is considered and practiced by health professionals in the daily work of Primary Care context. Two health units were included in the research, one traditional (Basic Health Unit - BHU) and one with the Family Health Strategy (Family Health Nucleus - FHN). The corpus construction was carried out in two stages. During the first one, immersion in the field, we observed some context aspects and the interaction of health professionals, which were written as field notes. This immersion provided subsidies for the second stage, group or individual interviews, and for general analysis of the corpus. A semi-structured script, which was constructed from the analysis of the field notes to cover each context's specificities, guided the interviews. The conversations were audio-recorded and full transcribed. The analysis of field notes describes the way each health unit works, and the analysis of interviews describes the meanings about management humanization and the practices identified as such by health professionals. The results are separated for each unit, from three focuses: the contextual, the relational dynamics and the meaning-making process. These aspects are analyzed separately, although in practice they overlap. We describe contextual and relational elements that contribute to or hamper the construction (in the case of BHU) or maintenance (in the case of FHN) of a participatory culture and shared management. In regard of the meanings, in both contexts participation in decision-making, teamwork and actions focused in resolution of demands are identified as humanized management, but what these aspects and practices mean, differ in each context analyzed. We concluded it is necessary, in order to construct a co-management culture, to act on the established relationships, and, at the same time, on how professionals understand and signify their practices together. Moments of collective talk do not necessarily generate participation and shared management. It is how these moments work that matters and this will depend directly on how the team understands and builds itself. Our thesis describes participatory culture, a central aspect of co-management, as a social construction, something that occurs in relationships and language. Therefore, in order to develop a co-management model, it is necessary to work the group process involved in daily activities. Social Psychology, group studies, and especially social constructionist epistemology provide resources to work the group process in order to build participatory culture and co-management. Therefore, we hope to contribute to increase the literature and the practice of co-management in Primary Care context.

Key words: Humanization; Health Management; Work relationships; Primary Health Care; Organizational culture.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Informações da Revisão de Literatura.....	47
Tabela 2 - Função dos profissionais participantes da entrevista (NSF) e representatividade em quantidade e porcentagem de cada função	84
Tabela 3 - Escolaridade dos participantes da entrevista (NSF), distribuição quantitativa e porcentagem desse levantamento	84
Tabela 4 - Tempo de atuação dos profissionais na unidade de saúde (NSF), distribuição quantitativa e porcentagem desse levantamento.....	85
Tabela 5 - Idade dos participantes da entrevista (NSF), distribuição quantitativa e porcentagem desse levantamento	85
Tabela 6 - Função dos profissionais participantes da entrevista (UBS) e representatividade em quantidade e porcentagem de cada função	86
Tabela 7 - Escolaridade dos participantes da entrevista (UBS), distribuição quantitativa e porcentagem desse levantamento	87
Tabela 8 - Tempo de atuação dos profissionais na unidade de saúde (UBS), distribuição quantitativa e porcentagem desse levantamento.....	87
Tabela 9 - Idade dos participantes da entrevista (UBS), distribuição quantitativa e porcentagem desse levantamento	87
Tabela 10 - Símbolos de transcrição e seus significados	90
Tabela 11 - Participação das Decisões e Gestão Humanizada no Contexto do Núcleo de Saúde da Família	141
Tabela 12 - Participação das Decisões e Gestão Humanizada no Contexto da Unidade Básica de Saúde	141
Tabela 13 - As Relações Interpessoais e a Gestão Humanizada no Contexto da UBS	145
Tabela 14 - Trabalho em Equipe e Indissociabilidade entre Atenção e Gestão Humanizada no Núcleo de Saúde da Família	149
Tabela 15 - Trabalho em Equipe e Indissociabilidade entre Atenção e Gestão Humanizada na Unidade Básica de Saúde.....	150

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
1.1 O Movimento Construcionista Social	27
1.2 Contexto de criação da PNH e sua definição	30
1.3 PNH: enfoque na gestão	35
1.4 Cogestão: Revisão de Literatura.....	43
1.5 A Construção Social da Gestão e da Cultura Organizacional	55
 2 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	 69
 3 MÉTODO	 73
3.1 Delineamento teórico-metodológico	73
3.2 Aspectos éticos	74
3.3 Contexto	74
3.4 Construção do <i>corpus</i> e Participantes.....	77
3.5 Procedimento de análise	88
3.5.1 Análise das Transcrições das Entrevistas	89
3.5.2 Análise dos diários de campo	96
 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	 101
4.1 Aspectos Contextuais das Unidades de Saúde	103
4.1.1 Núcleo de Saúde da Família	103
4.1.2 Unidade Básica de Saúde Tradicional	107
4.2 Dinâmica Relacional das Equipes de Saúde.....	111
4.2.1 Dinâmica Relacional do Núcleo de Saúde da Família	111
4.2.2 Dinâmica Relacional da Unidade Básica de Saúde Tradicional	126
4.3 Sentidos construídos sobre humanização da gestão e sobre ações práticas	140
4.3.1 Participação das Decisões.....	140
4.3.2 Relações Interpessoais.....	144
4.3.3 Trabalho em Equipe e Indissociabilidade entre Atenção e Gestão	149
 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 163

REFERÊNCIAS	171
--------------------------	------------

APÊNDICES.....	187
-----------------------	------------

APÊNDICE A	187
------------------	-----

APÊNDICE B	189
------------------	-----

APÊNDICE C	191
------------------	-----

APÊNDICE D	195
------------------	-----

APÊNDICE E	196
------------------	-----

APÊNDICE F	197
------------------	-----

APÊNDICE G	198
------------------	-----

APÊNDICE H	200
------------------	-----

ANEXO	205
--------------------	------------

ANEXO A.....	205
--------------	-----

PRÓLOGO

Descobrir a verdade é realmente uma maneira de incorporar criativamente eventos a teorias que deem sentido a eles (Astley, 1985, tradução nossa).

Pautada pelo referencial epistemológico construcionista social, que reconhece a não neutralidade da construção do conhecimento, busco, com este prólogo, apresentar o caminho pessoal que tece, como pano de fundo, boa parte das escolhas realizadas ao longo do desenvolvimento do projeto. Apresento, assim, o percurso que me levou a estudar o tema desta pesquisa de doutorado, e comento, brevemente, sobre como o momento político atual tem abalado minhas reflexões.

Minha história profissional foi iniciada no último ano de graduação do curso de Psicologia, momento em que realizei estágio na área de Recursos Humanos. Após formada, fui contratada pela mesma empresa, onde passei a atuar como Auxiliar de Recursos Humanos por mais dois anos. Durante essa experiência, iniciei um curso de mediação de conflitos e facilitação de diálogos, de referencial teórico construcionista social, o qual modificou radicalmente a minha forma de pensar e de atuar no contexto em que trabalhava.

O enfoque dado por essa abordagem à comunicação, à linguagem e ao modo como construímos nossas práticas nas relações fez bastante sentido para mim. Passei a fazer microanálises dos espaços dos quais participava em minha atuação profissional e a notar como a cultura da empresa era construída e mantida nas relações cotidianas.

Os estudos sobre comunicação e construção da realidade em nossas relações e práticas sociais passaram a fazer parte do meu interesse, nascendo daí o meu desejo em me aprimorar nesse campo. Diante disso, e com muito apoio de colegas, abri mão do meu emprego e iniciei a vida acadêmica, passando a estudar e pesquisar temas relacionados à comunicação e facilitação de diálogo nas áreas de grupos, comunicação e saúde pública, nas quais se concentram os estudos da minha orientadora, a Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi.

No mestrado, estudei a função do Articulador da Atenção Básica, a qual foi criada a partir de um Programa inovador do estado de São Paulo (Doricci, 2014). O interesse pelo tema surgiu por ser a comunicação a principal ferramenta de trabalho do articulador, sendo seu objetivo negociar com a gestão municipal mudanças necessárias para estabelecer a proposta do novo modelo de atenção. De certo modo, compreendi que a temática incluía os assuntos que mais me interessaram em meu percurso profissional: a comunicação, as relações, e a mediação de conversas para a transformação cultural dos contextos. No mestrado, estive

por três meses no Departamento de Comunicação da Universidade de New Hampshire sob supervisão da professora Sheila McNamee, Ph.D. onde tive a oportunidade de aprofundar ainda mais meus estudos sobre a comunicação.

Ainda no mestrado, conheci mais a fundo a Política Nacional de Humanização (PNH). Por ser uma política com grande enfoque nas relações e na comunicação, passei a estudá-la em maior profundidade e a vislumbrar seu potencial para produzir mudanças, como as almejadas em diferentes políticas de saúde desde o movimento da Reforma Sanitária. Compreendi que a PNH apostava, mesmo que partindo de referenciais teóricos distintos, na construção da realidade a partir do modo como as pessoas se comunicam e se relacionam no cotidiano, o que vai ao encontro de minhas convicções dentro de uma perspectiva construcionista social.

Estudando a PNH e suas diretrizes me encantei com o modelo de gestão adotado, a Cogestão. Resgatei minhas experiências na área de Recursos Humanos e considerei a proposta criada por Gastão Wagner de Sousa Campos (Campos, 2007) um grande recurso para produzir mudanças nos espaços microssociais e potencializar a expansão dessa prática para o nível macrossocial. Nesse processo, um resultado esperado seria o início de uma cultura de cidadania no Brasil, a começar pela área da saúde.

Passei longo período encantada com o trabalho de Campos, e somente após leitura extensa, e partindo de minha experiência na área organizacional, pude iniciar um movimento reflexivo, necessário para a construção do conhecimento proposto nesta tese. Iniciei esse movimento levantando questões do tipo: Que realidades/práticas sociais a Cogestão potencializa? Quais ela restringe? O que se perde e o que se ganha ao funcionar nesse modelo de gestão? O enfoque na comunicação e nas relações proporciona uma diferença potente e forte o suficiente para promover mudanças? Que outros fatores influenciam esse processo?

Dessas inquietações surgiu o tema da minha pesquisa de doutorado. Inicialmente acreditei que os anos dedicados ao estudo da comunicação e da linguagem, pautado em referencial construcionista social, poderiam contribuir para pensar sobre a prática da Cogestão e sobre a construção de uma cultura participativa. A construção desse pensamento partia do compartilhamento de ideias com a PNH, do potencial presente na comunicação e nas relações, no âmbito micropolítico. Porém, acontecimentos recentes no âmbito macropolítico abalaram alguns desses entendimentos.

O contexto político atual tem demonstrado que, na prática, “transforma quem tem o poder nas mãos”, e que em nossa democracia, no modo como é praticada, o povo, de forma geral, participa das eleições e depois assiste às transformações realizadas pelos eleitos, ou

participa fazendo exatamente como programado e divulgado na mídia pelos que governam o país, incluindo aqui os desmandos do capital estrangeiro. Embora eu ainda acredite que o povo brasileiro possua poder suficiente para transformar sua realidade, tenho percebido que a falta de construção de cidadania, a começar pelo que se aprende nas escolas, e a baixa cultura de participação política desarticulam e enfraquecem esse potencial. Assim, pensar em uma transformação que parta da micropolítica, da consciência política do povo exercida em seu cotidiano, passa a ser um grande desafio, considerando a conjuntura política atual que nos leva à descrença e a concepção de o que foi criado para transformar passa a ser sufocado pelo que era o alvo de sua transformação, “o macro esmagando o micro”. Ao nos deixarmos levar por essa descrença, passamos a nos sentir impotentes, mas vale lembrar que parte da potência de transformação se encontra nas conversas cotidianas, nas mudanças das culturas locais, as quais não se transformam de forma automática, através da construção de leis ou políticas, mas que se transformam como um processo de construção social diária.

Portanto, o tema escolhido esbarra em e declara inúmeras deficiências contextuais (nos âmbitos educacional, social, econômico, político...), o que faz com que seja um desafio manter os pensamentos construídos inicialmente e que me levaram a estudá-lo. Mas continuo nesse processo de reflexão, talvez como uma forma de resistência que possa contribuir para a manutenção do nosso Sistema de Saúde e de construção de uma participação política consciente e cidadã.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH), uma das principais políticas de saúde do Brasil nos últimos anos, objetiva fortalecer o processo da Reforma Sanitária e fomentar maior comunicação entre os profissionais de saúde e entre estes e os usuários. Embora seja objeto de pesquisas desde a sua criação, a humanização permanece ainda pouco explorada no cotidiano das práticas de gestão, especialmente no contexto da Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária em Saúde (APS)¹.

O termo humanização foi sendo apropriado, e, ao mesmo tempo, transformado e reconstruído no contexto das práticas de saúde. Muitas vezes, o entendimento comum e pouco aprofundado relaciona a humanização à polidez entre profissionais e usuários (Souza & Mendes, 2009), a ações como “tratar com respeito e carinho”, “amor e empatia” (Heckert, Passos & Barros, 2009), “chamar o paciente pelo nome” (Ortona & Fontes, 2012). No entanto, como colocam Deslandes e Mitre (2009), há nesse tipo de entendimento certa banalização do que a humanização anuncia. Isso porque a humanização é considerada positiva em si mesma, uma vez que a ela estão associados sentidos de bondade, nem sempre havendo reflexões a respeito das implicações políticas e práticas de sua promoção. Embora não desconsideremos a importância desses aspectos, compreendemos que definir a PNH a partir dessas ações significa reduzi-la em seu conteúdo e em sua potencialidade para a transformação almejada nos modelos de gestão e atenção em saúde.

A PNH agrupa uma série de princípios e fundamentos ideológicos que buscam favorecer a organização social em caráter democrático. A valorização das pessoas, de suas relações, e a importância dada à corresponsabilidade e à Cogestão clamam por uma cultura participativa. Por outro lado, essa valorização do protagonismo dos trabalhadores, usuários e gestores, pode tornar o Estado omissor em suas responsabilidades, permanecendo a impressão de que as mudanças dependem, quase que exclusivamente, das pessoas e de suas ações no cotidiano, o que nos leva a perder de vista as limitações contextuais e materiais.

Esses aspectos apontam para a complexidade da PNH e para as implicações de seus fundamentos ideológicos. Por essa razão, consideramos relevante compreender o modo como os profissionais de saúde se apropriam dessa política no cotidiano de suas práticas. Levantamos algumas questões: Como a humanização é entendida e praticada no cotidiano?

¹ Assim como na portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, consideramos as palavras Primária e Básica sinônimos e utilizaremos as duas ao longo do texto, embora não desconsideremos haver fundamentação ideológica, e até mesmo prática, distinta entre elas.

Há implicações dessa política na organização da gestão do trabalho? Os profissionais identificam essas implicações e as relacionam com a política? Que tipo de ações podem observar no cotidiano e que correspondem à gestão humanizada?

Com base nessas questões introdutórias, delineamos a presente pesquisa que tem como objetivo central compreender como os profissionais de saúde significam e compreendem praticar a humanização em saúde no cotidiano dos serviços da Atenção Básica, especificamente a partir do foco na gestão. A palavra gestão inclui processos de organização do trabalho e tomada de decisões nos diferentes níveis de governo. Neste projeto, como será explicado posteriormente, daremos enfoque às relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e ao modo como organizam o próprio trabalho, algo também bastante valorizado pela PNH. Assim, o termo gestão não contempla, exclusivamente, a relação entre gestor de saúde e profissionais, como considerado no senso comum, mas sim as relações estabelecidas no cotidiano entre os profissionais com objetivo de organizar o próprio processo de trabalho e os serviços de saúde oferecidos à população.

A PNH estabelece ainda uma série de princípios que valorizam o resgate do lado “humano” nas relações. Essa proposta inclui em seu debate conhecimentos produzidos no campo das Ciências Humanas, e especificamente da própria Psicologia. Sendo assim, o objeto de estudo desta pesquisa guarda estreita relação com os conhecimentos produzidos no campo da Psicologia a respeito do ser humano, de suas relações e dos processos de trabalho.

Para justificar a relevância e originalidade da presente proposta de pesquisa, sobretudo considerando sua interface com a Psicologia e sua participação na fundamentação e construção de políticas públicas de saúde, organizamos a apresentação desta tese da seguinte forma: em um primeiro momento, contextualizamos a epistemologia construcionista social, a qual embasa o desenvolvimento de todos os passos da pesquisa; posteriormente, iniciamos um aprofundamento quanto à temática, resgatando a criação da PNH. Em seguida, apresentamos em maiores detalhes o modelo de gestão adotado pela política, a Cogestão, para então descrever a revisão de literatura realizada sobre esse tema. Finalizamos essa primeira parte apresentando as influências do pensamento pós-moderno e do discurso construcionista social para a prática de pesquisa na área organizacional, perspectiva que influenciou a análise realizada. A seguir, apresentamos os objetivos e a justificativa para realização da pesquisa, bem como a metodologia e perspectiva teórica utilizada na análise, para enfim apresentar os resultados e discussões levantadas.

Esperamos, com esta pesquisa, oferecer uma análise que auxilie os profissionais a reconhecerem a complexidade envolvida na construção da gestão compartilhada. Além disso,

esperamos que os resultados justifiquem o desenvolvimento de projetos que estejam atentos às relações estabelecidas no cotidiano como fatores essenciais para construção da cultura de participação e corresponsabilidade das equipes, o que exige um trabalho voltado para a análise do processo grupal e da comunicação, e se difere da simples implantação de rodas, como já apontado por Campos (2007), ou da aplicação de técnicas a despeito dos contextos locais.

1.1 O Movimento Construcionista Social

O construcionismo social é reconhecido como um movimento crítico à ciência moderna que surge em um contexto de transformações culturais identificado como pós-modernidade. Descrever o contexto da pós-modernidade é um percurso traiçoeiro: “O principal risco é cair na armadilha de produzir uma apresentação que defina o que a pós-modernidade tem como uma de suas marcas principais: a recusa às explicações e definições totalizantes” (Moscheta, 2014, p. 24).

Embora a pós-modernidade possa ser contada a partir de diferentes referenciais, sendo destacados diferentes aspectos para caracterizá-la, Moscheta (2014) descreve a ciência pós-moderna como estando mais preocupada com o *efeito* de sua obra do que com o que ela representa. Assim, enquanto o objetivo da ciência moderna é “descobrir” e retratar o mundo tal como ele é, a ciência pós-moderna, ao compreender a não-neutralidade e o papel da linguagem na construção dos mundos sociais, reconhece sua implicação política, estando preocupada com os efeitos do que irá produzir. O método nessa perspectiva não segue prescrições controladas, ele surge do diálogo que o pesquisador construirá com os contextos investigados, o que abre espaço para a coautoria e inclusão dos participantes e do conhecimento construído e embasado pelo contexto em análise.

Para Gergen (2014), a mudança central seria pensar que, enquanto a ciência moderna objetiva espelhar a realidade e descrever o que existe (o que, muitas vezes, mantém o *status quo*), o objetivo nessa outra perspectiva passa a ser o futuro, o que se torna possível construir com a pesquisa realizada.

A partir dessa contextualização a respeito do panorama pós-moderno, o qual sustenta o movimento construcionista social, fica mais fácil identificar e detalhar o que define uma pesquisa pautada nessa fundamentação epistemológica. Apesar da diversidade de produções que esse movimento agrega, a pesquisa nessa epistemologia possui algumas características centrais que se diferem da pesquisa em ciência moderna.

Nesse sentido, McNamee (2014) caracteriza a pesquisa construcionista como um processo relacional, em que os resultados dependem da interação que o pesquisador estabelecerá com o contexto e com os participantes. Assim, considerando a *pesquisa como uma prática sustentada pelo processo relacional*, o que se passa a analisar e observar são as práticas linguísticas, uma vez que, nessa abordagem, a linguagem não representa o mundo, mas o constrói: “Estamos curiosos sobre quais tipos de mundos se tornam possíveis a partir de formas específicas de interação, conversação e ação” (McNamee, 2014, p. 106).

Em uma perspectiva construcionista, a ciência moderna é reconhecida como uma opção discursiva, ou seja, ela não é a única forma de se produzir conhecimento, e tão pouco é a forma verdadeira e útil para todos os tipos de pesquisa e de contextos. Essa definição e valoração dependerá dos pressupostos e parâmetros adotados (Moscheta, 2014; Gergen, 2014). Nessa mesma direção, McNamee (2014) define a ciência moderna como um “mundo de pesquisa” possível e válido dentre outros. Mas o que define um mundo de pesquisa?

Um mundo de pesquisa sustenta e mantém uma abordagem específica para a pesquisa baseada em suposições centrais sobre a natureza da realidade (ontologia), formas de conhecimento (epistemologia) e formas de condução da pesquisa baseadas nesses entendimentos (metodologia). O que é aceitável em cada mundo é construído e sustentado por muitas partes interessadas (Raboin, Uhlig & McNamee, 2012, p.1, citado por McNamee, 2014, p. 109).

A partir dessa definição, McNamee (2014) descreve três mundos de pesquisa, reconhecendo a possibilidade de existirem outros: a) quantitativo ou diagnóstico, fundamentado nas premissas da ciência moderna, busca a causa dos problemas para indicar formas mais eficazes de resolução; b) interpretativo, em geral relacionado à pesquisa qualitativa de caráter construcionista social, embora isso seja um equívoco, pois muitas pesquisas nesse enquadre permanecem focadas na busca por leis universais, e portanto fundamentadas pela ciência moderna; e c) relacional, baseado em uma prática construcionista que nos convida a manter o *foco nas relações* e a manter uma *conversa reflexiva*, e não, como na pesquisa moderna, descrever o “melhor ou pior”, “certo ou errado”, verdadeiro ou falso”.

A proposta construcionista não desvaloriza ou descarta nenhum dos mundos de pesquisa, uma vez que reconhece que cada um possui uma coerência interna, sendo produto de um contexto de negociação historicamente situado: “Com cada construção de uma visão de mundo, estamos construindo uma ontologia (o que é) e uma epistemologia (como podemos conhecer o que existe) locais” (McNamee, 2014, p. 111).

Assim, a partir da visão construcionista, não é possível afirmar o que o mundo é para além do modo como nos relacionamos com ele, embora isso não signifique negar a existência do mundo material. Nesse sentido, a ontologia construcionista considera que nossos mundos são criados em nossas relações uns com os outros e com o ambiente. No caso de uma pesquisa, as questões levantadas, o contexto escolhido e as escolhas metodológicas constroem uma realidade para ser analisada (McNamee, 2010).

Com relação à epistemologia, aquilo que podemos conhecer não é nem objetivo e nem subjetivo. Se o sentido do que existe emerge das relações, como apontado acima, então o próprio conhecimento é relacional, é um produto das relações não apenas do pesquisador com o contexto de pesquisa e participantes, mas também da relação com a comunidade científica dentro da qual se opera (McNamee, 2010).

Partindo dessas premissas, sobre a construção social da ontologia e epistemologia, não há um método construcionista que seja mais adequado. O que indica se uma pesquisa se fundamenta ou não nos princípios do movimento construcionista é a postura do pesquisador e seu entendimento de que o conhecimento que constrói é situado, relacional, não neutro e gerador de realidades e futuros possíveis (McNamee & Hosking, 2012). Assim, a pesquisa em si convida os envolvidos a um processo reflexivo em relação às premissas implícitas adotadas no cotidiano. Ao levantar questões, o pesquisador convida os participantes a refletir sobre o modo como coordenam ações e como sustentam a realidade social na qual estão inseridos (McNamee, 2010).

Vale ressaltar que há uma comunidade linguística que contextualiza o que pode ser considerado produção científica (Astley, 1985). A pesquisa se insere em um contexto que a circunscreve. É necessário se manter em relação, em diálogo, com esse contexto, com essa comunidade linguística. Apesar dessa necessidade de dialogar com o contexto de produção e com aquilo que se considera pesquisa científica, o pesquisador fundamentado na postura construcionista promove, em síntese, três mudanças centrais em sua visão de mundo: a) considera a racionalidade como sendo algo relacional e compartilhado, e não individual; b) considera a construção social em detrimento do método empírico; c) considera a linguagem como construtora das realidades sociais, e não como mero veículo transmissor que representa o mundo e os pensamentos (McNamee, 2010; McNamee & Hosking, 2012; McNamee, 2014; Raser, Guanaes-Lorenzi & Corradi-Webster, 2016).

Além disso, o interesse do pesquisador fundamenta-se na própria prática da pesquisa: “O interesse está na própria prática de um mundo de pesquisa construcionista, na medida em que ele pode abrir diferentes possibilidades, como uma *performance* que literalmente coloca

em ação e, portanto, disponibiliza, novos recursos relacionais” [itálico no original] (McNamee, 2014, p. 118).

Nesse sentido, embora tenhamos delineado um método com o intuito de nos aproximar do contexto estudado e de analisar o objeto de estudo, a Cogestão, compreendemos que *performar* a negociação de entendimentos sobre o que é a Cogestão também se trata de uma construção situada e conjunta sobre o tema pesquisado. Como coloca McNamee (2005, p. 13) “a linguagem é primeiramente uma atividade engajada, não um instrumento que usamos para conversar *sobre* o mundo” [itálico no original]. Dessa forma, a pesquisa em si, as conversas desenvolvidas em seu percurso e a análise construída correspondem a uma prática fortemente pautada no diálogo, nas relações e na construção conjunta, as quais são também premissas básicas da Cogestão.

Conforme aponta Camargo-Borges (2014), os pressupostos do discurso construcionista vão ao encontro das propostas do SUS ao reconhecer a necessidade de se considerar os contextos locais e de construção da corresponsabilidade dos cidadãos no que se refere aos resultados das ações e políticas de saúde. Aproximar esses dois campos pode nos indicar caminhos profícuos no que concerne à necessidade de práticas que se desenvolvam de maneira relacional e contextualizada, como é o esperado no caso da Cogestão, inserida na Política de Humanização.

1.2 Contexto de criação da PNH e sua definição

Com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, através da nova Constituição Federal, a saúde passou a ser descrita como um direito de todos e um dever do Estado. O sistema de saúde antes desintegrado passou a ser, em tese, unificado e oferecido a toda a população. Essas mudanças decorreram do movimento pela Reforma Sanitária, iniciado nos anos 70 por intelectuais, profissionais e cidadãos que buscavam mudanças não apenas do sistema de saúde, mas também da própria organização política do país (Baptista, 2005).

Adotou-se constitucionalmente o conceito abrangente de saúde discutido na VIII Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986). Assim, a atenção em saúde se deslocou de um modelo biológico focado unicamente em cuidados médicos a um modelo ampliado pautado em aspectos biopsicossociais e com foco em um cuidado integral e interdisciplinar.

Em consonância com o apresentado pela Organização Mundial de Saúde em 1978, na Conferência Internacional de Alma Ata, os cuidados primários, definidos como métodos de

prevenção e, controle de doenças e recuperação da saúde, representaram um novo paradigma para a assistência, com garantia de menor custo ao Estado (Franco & Merhy, 2006).

Também no Brasil, a AB foi considerada como fundamental para a transformação do modelo de atenção em saúde. Com essa finalidade, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi estruturada, sendo integrada à Estratégia Saúde da Família (ESF). Os princípios dessa política eram: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, equidade, participação social e **humanização** (Brasil, 2011). Contudo, a nova PNAB, atualizada pela portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (Brasil, 2017), reconhece como princípios somente a universalidade, a equidade e a integralidade, o que demonstra a mudança do contexto político desde o início de desenvolvimento desta pesquisa em 2015 e talvez certa diminuição de ênfase no que concerne à humanização. Por ser uma portaria recente, são necessários estudos que analisem em profundidade esse apontamento.

Apesar dos avanços desde sua implantação, o sistema de saúde brasileiro possui grandes desafios práticos, conforme indicado na literatura (Santos & Giovannella, 2016; Santos & Giovannella, 2014; Cavalcanti, Oliveira Neto & Sousa, 2015; Mendes, 2015). Dentre outros aspectos, a falta de recursos, as divergências políticas e ideológicas, os baixos salários dos profissionais, sua alta rotatividade e a falta de participação dos usuários desestimulam o desenvolvimento do sistema. Considerando esses desafios, em 2003 o Ministério da Saúde apostou em uma nova política que objetivou reafirmar os princípios do SUS e estabelecer diretrizes de ação que pudessem contribuir para o processo da Reforma Sanitária: a Política Nacional de Humanização.

A PNH surgiu como uma proposta de implementação das diretrizes estabelecidas na Reforma Sanitária e incorporadas à Constituição Federal, tendo como foco a reestruturação das relações estabelecidas no cotidiano. Assim, essa política destaca que as mudanças estruturais, de organização do SUS, embora imprescindíveis, não são suficientes para que as transformações almejadas se concretizem. Para isso, é necessário que a cultura do país, o modo como os cidadãos, profissionais e usuários concebem a saúde e se relacionam com ela, transforme-se.

Mudanças como essas ocorrem aos poucos, a partir de um processo que envolve toda a sociedade e suas diversas instituições. Dependem também de como profissionais, usuários, gestores e gerentes coordenam suas ações no **cotidiano das práticas**. Como definem Pasche, Passos e Hennington (2011), “apostar na humanização da atenção e gestão do SUS retoma a agenda da reforma sanitária ao chamar atenção para a necessidade de problematizar os modos

de fazer presentes nas práticas de saúde desenvolvidas pelos trabalhadores e equipes no cotidiano” (p. 4542).

Embora transformações culturais profundas envolvam fatores macro, como questões sociais, econômicas e políticas, são os fatores micropolíticos, as relações estabelecidas no dia-a-dia, que as colocam em prática e as tornam possíveis (Franco & Merhy, 2006). Importante, porém, lembrar que a organização macro (social, política e econômica) opera no âmbito micro, o que faz com que essas duas dimensões estejam a todo momento promovendo interferências mútuas. Sendo assim, a PNH, em nosso entendimento, busca abarcar ambos os aspectos: ela foca não somente no contexto macro, mas também, e principalmente, no contexto micro, no âmbito das relações, das *tecnologias leves*².

Minayo (2006) analisa a humanização dos processos de saúde através de um resgate histórico do termo. De acordo com a autora, esse conceito surgiu na Grécia, sendo recuperado no Renascimento e Iluminismo. Esse resgate marcou o processo de transformação da época, da Idade Média à Idade Moderna, em que o homem, por suas novas conquistas (Grandes Navegações, desenvolvimento da ciência moderna, etc.), passou a ser exaltado e valorizado, sendo sua autonomia e protagonismo sobrepostos à vontade divina. Nesse mesmo contexto, a sociedade sofreu transformações, os ideais de liberdade, igualdade e fraternidade foram conclamados pela revolução burguesa que instituiu a Democracia como uma forma pacífica de governo. A Declaração dos Direitos Humanos, redigida nessa época, considera a igualdade de todos perante a lei, embora, na realidade, tenha havido aumento das desigualdades sociais devido à Revolução Industrial e o fortalecimento do modo de produção Capitalista.

O humanismo descrito até então instituiu o antropocentrismo e a supervalorização da ciência e de suas técnicas, as quais substituíram o interesse pelos aspectos subjetivos altamente discutidos pela Filosofia. Embora possamos identificar a relação dos princípios da PNH com a valorização da autonomia e protagonismo no período histórico relatado, atualmente o **humanismo reaparece com novo sentido**. Humanizar significa “um movimento instituinte do cuidado e da *valorização da intersubjetividade nas relações*” [itálicos nossos] (Minayo, 2006, p. 26).

Na área da saúde, ao longo dos anos, o cuidado e a gestão, mediados pelas técnicas e *tecnologias duras*, produtos do modo como a sociedade moderna passou a se organizar e a produzir conhecimento, ofuscaram, muitas vezes, o aspecto “subjetivo” do humano. Assim,

² Franco e Merhy (2006) conceituam os principais tipos de tecnologias utilizadas na saúde. As tecnologias *duras* são os equipamentos e máquinas, as *leve-duras* são os conhecimentos, como os saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos, e as *tecnologias leves* correspondem aos relacionamentos, aos modos de interação para a produção de saúde.

aos poucos, foi possível notar que o cuidado e sua gestão passaram a corresponder à aplicação de saberes de modo verticalizado em um objeto aparentemente inerte, o corpo do doente ou do trabalhador. A recuperação do termo humanização pretende resgatar a vida dos sujeitos em relação, sujeitos capazes de se comunicar e de tomar decisões. Por esse motivo, a humanização valoriza as *tecnologias leves*, embora não desconsidere a importância das demais.

No âmbito político, no Brasil, o conceito de humanização se inicia em contextos específicos, como na área materno-infantil, com o projeto Maternidade Segura e Método Canguru e em 2000 com o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (Deslandes, 2004). Em 2003, ganha status de política transversal, pois pretende atravessar todos os contextos, políticas e relações estabelecidas no contexto da saúde (Brasil, 2008). Assim, a PNH valoriza os diferentes sujeitos participantes do processo de produção de saúde e preconiza mudança nos modelos de atenção e de gestão, compreendendo a indissociabilidade entre esses aspectos. Seu foco recai não apenas nas necessidades dos usuários, mas também no processo de trabalho, nas relações dos profissionais e nas condições de trabalho (Brasil, 2008).

Embora não haja uma portaria específica sobre a PNH, pois ela não se configura como regra ou norma (Brasil, 2012a), há uma fundamentação geral composta por princípios, método, diretrizes e dispositivos apresentados em cartilhas construídas pelo Ministério da Saúde (Ignácio, 2011; Brasil, 2008; Brasil, 2012a). Os princípios são: 1) transversalidade – aumento na comunicação intra e intergrupos e transformação da comunicação entre as pessoas de modo a desestabilizar as fronteiras do saber e poder, algo que deve atravessar todo o sistema de saúde, todas as políticas, programas etc.; 2) indissociabilidade entre atenção e gestão – significa que alterações nos modos de gerir os serviços e ações implicam alterações nos modos de cuidar e vice-versa; e 3) protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos – princípio que compreende o trabalho como um processo de produção de diferentes realidades sociais, econômicas, políticas, institucionais e culturais. Essa produção é considerada mais efetiva quando os próprios sujeitos envolvidos possuem autonomia para promovê-la.

O método corresponde ao modo de condução do processo, uma forma que inclui a todos na necessidade de mudança, o chamado *método de inclusão*. Quanto às diretrizes, são orientações gerais que expressam o método. Dentre elas, são exemplos: a **Cogestão**, o acolhimento, a valorização do trabalhador e do trabalho. Já os dispositivos são os arranjos de processos de trabalho que buscam colocar as diretrizes em prática, como, por exemplo, os

Grupos de Trabalho de Humanização, formados para difundir a humanização no cotidiano dos serviços, dentre outros (Brasil, 2008).

Como resultado dessa política, espera-se que as unidades de saúde garantam gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, investindo em educação permanente e ambiência e que sejam implantadas atividades de valorização e cuidado a eles (Brasil, 2008). Um dos eixos de ação para institucionalização e difusão da PNH é que ela faça parte dos Planos Estaduais e Municipais dos governos, como já faz parte do Plano Nacional de Saúde e dos Termos de Compromisso do Pacto pela Saúde.

No âmbito estadual, a implantação da PNH se iniciou no estado de São Paulo já em 2003, mas apenas em 2011 foi construída a Política de Humanização do Estado (São Paulo, 2012a). As linhas de ação incluem a formação de Centros Integrados de Humanização nos diferentes níveis de atenção para promover espaços de discussão e troca de experiências do cotidiano. Esses centros podem se formar nos diferentes níveis: Departamentos Regionais de Saúde, Colegiado de Gestão Regional, Municípios (Centro Municipal Integrado de Humanização) e Unidades de Saúde (Centros Integrados de Humanização) (São Paulo, 2012a).

O método da política estadual inclui a formação de Grupos Técnicos de Humanização que, articulados, são responsáveis pela formulação de planos de intervenção em humanização, e o Programa de Apoio Técnico e Humanização do Estado de São Paulo, que instituiu uma nova função profissional, a do articulador de humanização, para auxiliar na elaboração, implantação e avaliação de planos regionais e institucionais de humanização (São Paulo, 2012b).

Já no Plano Municipal de Saúde da cidade de Ribeirão Preto (2014-2017), município sede desta pesquisa, consta referência à PNH no tópico “Educação em Saúde”, em que são apresentadas ações de Educação Permanente. Embora haja adesão à PNH, não fica claro quais são as ações voltadas para a humanização, há apenas a indicação de valorização dos espaços coletivos como Colegiados de Gestão nas unidades de saúde, Colegiado de Gerentes, Comitê Gestor e Conselhos Locais de Saúde. Há ainda referência a um Plano de Ação Regional de Humanização em Saúde, sem maiores detalhes (Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2013).

Como já colocado, a política nacional pretende atravessar todo o sistema havendo alguns parâmetros específicos a cada contexto; ela não pretende ser genérica. Na Atenção Básica, espera-se organizar o acolhimento; definir as responsabilidades sanitárias da equipe; fomentar a clínica ampliada; estabelecer redes que firmem intervenções intersetoriais; organizar o trabalho em equipes multiprofissionais para atuação transdisciplinar com gestão compartilhada de cuidado; implementar sistemas de escuta qualificada para usuários e

trabalhadores; fomentar educação permanente e organizar o trabalho com base em metas discutidas coletivamente (Brasil, 2008). Porém, a falta de recursos, principalmente humanos, gera um resultado pouco promissor, apesar dos esforços de quem está à frente do desenvolvimento desses projetos.

Em resumo, humanizar significa promover uma mudança cultural para produção não apenas de novas práticas, mas também de novas subjetividades e novos modos de se relacionar, o que não se alcança com cursos gerais e genéricos em seu modo de funcionar. No que concerne à gestão, significa fortalecer o trabalho em equipe e a corresponsabilidade. Essas mudanças dependem não somente das formas de organização do ambiente físico, como também, e principalmente, das interações e comunicação entre profissionais, usuários, cidadãos e gestores.

1.3 PNH: enfoque na gestão

A partir da compreensão de que atenção e gestão são indissociáveis, a PNH, sendo uma política transversal, prevê alterações tanto nos modos de cuidar quanto nos modos de gerir. Considerando a inseparabilidade desses dois aspectos (atenção e gestão) na prática, entende-se que, independentemente do ponto em que se inicie uma mudança, necessariamente se alcançará o seu complementar. Nesse sentido, a política apresenta diferentes frentes de ação, que, embora em teoria sejam bastante específicas, na prática interferem umas nas outras e em todo sistema organizativo. Dentre as diretrizes da PNH está a Cogestão, a qual indica um modelo de gestão que busca fomentar, no âmbito da gestão, os princípios norteadores da política.

A gestão em saúde é um tema discutido por diferentes correntes teóricas e diferentes contextos (Neto & Malik, 2014), sendo também considerada como parte das propostas de planejamento, uma vez que planejar compõe a gestão do trabalho (Uribe Rivera & Artmann, 2012). As propostas de gestão e planejamento são “emprestadas” da área organizacional e das noções de máximo aproveitamento dos recursos existentes para alcance de melhor produtividade. Essas ideias aplicadas ao contexto da saúde passam por algumas transformações, pois o trabalho em saúde se estabelece no encontro entre pessoas (profissionais e pacientes ou mesmo entre profissionais), envolve as *tecnologias leves*, além das *duras* e *leve-duras* (Franco & Merhy, 2006).

Uribe Rivera e Artmann (2012) constroem o percurso dos principais conceitos do planejamento e gestão ao longo do processo histórico e, ao final, constroem uma proposta

indicada como pertencente a um novo paradigma, o comunicativo. Essa proposta fundamenta-se em teorias específicas e é nomeada comunicativa por estar focada na Teoria do Agir Comunicativo de Habermas e de seus interlocutores no campo da filosofia da linguagem. Além desses autores (Uribe Rivera & Artmann, 2012), Campos (2007) cita Mário Testa e Carlos Matus³ como criadores de abordagens que romperam com a tradição no campo da gestão administrativa extremamente técnica e objetiva, e sugeriram formas de se gerir a objetividade combinada às subjetividades dos atores sociais.

Conhecer um pouco da história de construção do conhecimento no campo da gestão e planejamento nos auxilia a contextualizar algumas produções na área, porém foge ao objetivo da presente pesquisa, o qual corresponde ao estudo de um modelo de gestão específico e indicado pela PHN, a Cogestão.

A Cogestão fundamenta-se, em grande parte, na obra de Campos (2007). Conforme apontam Pereira e Ferreira Neto (2015), em 2003, ano de implantação da PNH, o autor dessa obra de referência, Gastão Wagner de Sousa Campos, Professor da Universidade de Campinas, participante do movimento da Reforma Sanitária e autor de uma série de publicações no campo da saúde, assumiu o cargo de secretário executivo da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. A partir dessa função e sob sua influência, uma série de produções intelectuais passaram a compor oficialmente os textos de algumas políticas nacionais desse Ministério. Como colocam: “Conceitos como o de clínica ampliada, cogestão, apoio matricial, entre outros, passaram a fazer parte do vocabulário das políticas de saúde. Essas e outras noções também compuseram o arcabouço teórico do HumanizaSUS” (Pereira & Ferreira Neto, 2015, p. 71).

Dada a centralidade da obra de Campos (2007) para a compreensão da temática, discorreremos a seguir sobre essa proposta explicitando os principais conceitos e discussões realizadas. Compreendemos que a PNH engloba outras produções e autores, porém, no âmbito da gestão essa obra se destaca, o que justifica este resgate detalhado.

O objetivo central de Campos (2007) foi criar um método que possibilitasse analisar e cogerir coletivos, algo que o autor construiu através da reformulação de conceitos do campo da Administração, sustentada por saberes de outras áreas como Política, Psicologia, Filosofia e Pedagogia. Sua obra, portanto, possui um caráter transdisciplinar.

³ Testa, M. (1989). Pensamento estratégico em Saúde. In. Uribe Rivera, F. J. (org.) *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez-Abrasco.

Testa, M. (1995). *Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde*. Tradução de Angela M. Tijiwa. São Paulo: Hucitec-Abrasco.

Matus, C. (1989). Fundamento da planificação situacional. In. Uribe Rivera, F.J. (org.) *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez-Abrasco.

Conforme indica Campos (2007), para se realizar a Cogestão é necessária a criação de espaços coletivos que cumpram três funções centrais: 1) administração e planejamento do trabalho; 2) função política, em que a cogestão, com objetivo de construir a democracia altera as relações de poder; e, por fim, 3) função pedagógica e terapêutica, uma vez que a cogestão influencia a produção de subjetividades, de constituição das pessoas, o que ele chama de Fator Paideia.

Para desenvolver as ideias centrais do método criado, o autor propõe quatro eixos de conformação: 1) O caráter anti-Taylor; 2) Fortalecimento do Sujeito e Democracia institucional; 3) Reconstrução Conceitual e Prática do Trabalho; 4) A visão de mundo Dialética (Campos, 2007).

No primeiro eixo, Campos (2007) posiciona sua criação como sendo uma alternativa possível às demais teorias de administração, em especial à Teoria Geral da Administração, de Taylor. A crítica levantada a essa teoria é a de que a racionalidade científica aplicada à gestão gerou alienação do trabalhador, que passou a ter seus movimentos controlados e sua subjetividade desconsiderada, cabendo a si apenas a execução de tarefas simples. Embora outras teorias da administração tenham trabalhado com a subjetividade dos trabalhadores, como a Humanista e a Sistêmica, essas análises, como aponta o autor, geraram, também, o controle, pois, sentindo-se reconhecido em sua subjetividade, o trabalhador “veste a camisa” da empresa por entender que gerar lucro é, em última instância, fazer um bem a si mesmo. Já o método proposto por Campos (2007) (nomeado Método da Roda, embora ganhe outros nomes ao longo da obra, como, por exemplo, Cogestão e Método Paideia)⁴ busca instituir sistemas de Cogestão para produzir tanto solidariedade ao interesse público, quanto subjetividades autônomas e protagonistas.

O segundo eixo discorre sobre os dois objetivos centrais do Método: o fortalecimento dos sujeitos e a construção da democracia institucional. Campos (2007) descreve de forma bastante aprofundada modos de se constituir democracia e de se constituir subjetividades para exercê-la e sustentá-la. A diretriz metodológica indicada para a construção da democracia é a criação de espaços coletivos (momentos de interação – condições que o Método da Roda pretende proporcionar).

No terceiro eixo, Campos (2007) busca reconstruir o conceito “trabalho”, a partir da influência das obras de Marx. Esse conceito deveria ser considerado não apenas como atividade produtora de lucro (Valor de Troca), mas como atividade que busque atender às

⁴ O próprio autor reconhece a diversidade de nomes atribuídos ao método, “nem nome fixo teve durante a maior parte da investigação, já que, mesmo quando nomeado, viu-se constrangido a trocar de nome várias vezes” (Campos, 2007, p.18).

necessidades das pessoas (Valor de Uso, embora esse não seja uma correspondência direta das necessidades). O trabalho nessa perspectiva passa a ser considerado como um dos planos essenciais para a constituição de Sujeitos, de Coletivos e da Sociedade como um todo.

Por fim, no quarto eixo, discorre sobre a visão dialética de mundo. O Método da Roda se fundamenta nesse referencial da dialética e da consideração do contexto histórico. A sociedade é construída pelos Sujeitos, e estes são construídos pela Sociedade, há sempre uma relação de mutualidade nos eventos. Com esse referencial fundamentando os quatro eixos de análise, Campos (2007) apresenta as seguintes perguntas:

... seria possível inventarem-se mundos, organizações e instituições que produzissem não-Objetos/sujeitados, mas Seres com potencial para pensar (refletir ou analisar) e agir com algum grau de autonomia em relação aos seus determinantes, sejam externos ou internos, conjunturais ou estruturais? ...

O método da Roda tenta tornar possível a análise e o redesenho desses meandros. Seria possível uma organização social que produzisse liberdade e autonomia e não, principalmente, controle e dominação? Que regras de convivência institucional poderiam ser inventadas e experimentadas para combinar dialeticamente atendimento das necessidades sociais com a produção de liberdade para os indivíduos? (Campos, 2007, p. 65)

Considerando que um dos objetivos do Método da Roda é fortalecer os Sujeitos, Campos (2007) aprofunda suas descrições sobre como estes se constituem a partir de referencial teórico psicanalítico, passo importante para se pensar sobre o método que pretende atuar na formação de um tipo específico de subjetividade, pautada na autonomia, que em sua obra não significa ser independente, mas sim ter capacidade para analisar e para lidar com as relações de dependência e influência mútua. Como define em outro texto: “Autonomia é a capacidade de pessoas e coletividades lidarem com suas dependências. Não é uma independência dos outros, da sociedade, da lei, do Estado, da sociedade civil, do paciente, do gênero. É uma dependência” (Campos, 2009).

A concepção de sujeito adotada reconhece três regiões componentes da subjetividade, uma imanente do Sujeito, “forças internas” (com três planos: biológico, desejo e interesse); uma região intermediária, “síntese singular”, que dialoga com mundo interno e externo; e uma região de forças com relativa transcendência, “forças externas” (plano das necessidades sociais e Instituições que conformam modos de Ser) (Campos, 2007; Campos, Cunha & Figueiredo, 2013). Partindo dessa concepção, no modo como compreendemos, a democracia institucional seria possível mediante o interjogo dessas regiões e planos que atravessam as subjetividades em interação (Campos, 2007). Assim, os espaços coletivos são ideais para produção de reflexões e diálogos que objetivem construir um projeto que atenda aos Sujeitos em atuação e à própria Sociedade, de forma a repensar inclusive as necessidades sociais

existentes: “. . . Método da Roda imagina a possibilidade de se construírem outros modos de produção de necessidades, maneiras mais reflexivas, cada sujeito, cada agrupamento, cada movimento, dar-se à desfaçatez de analisarem as necessidades sociais que lhes são ofertadas, produzindo novas necessidades” (Campos, 2007, p. 120).

Diante disso, Campos (2007) defende uma atuação ampliada, que se inicie no interior das unidades de saúde, mas que, a partir da transformação dos Sujeitos, expanda-se para a própria Sociedade, através do trabalho enquanto produtor de “Valor de Uso”, o que justifica a existência de um coletivo organizado – em que as pessoas se unem com o propósito de atender a alguma necessidade social, ou a algum desejo individual. O Método, diferentemente das teorias de administração e de planejamento que operam no plano do instituído, não se limita à criação de espaços de participação, como se a mera colocação de pessoas em roda fosse capaz de promover as transformações almejadas. É necessário um trabalho que inclua as subjetividades e as relações estabelecidas, que inclua essas dimensões de forma que o resultado não seja uma reprodução do instituído, e nem uma satisfação exclusiva dos desejos individuais, mas um projeto, produto intermediário, que tenha sido construído coletivamente, uma prática social com função administrativa, mas também política, pedagógica e terapêutica. Em outras palavras, e partindo de referencial epistemológico distinto, é necessário um trabalho que inclua o processo grupal e relacional construído no cotidiano dos serviços.

Os espaços coletivos são descritos como locais concretos destinados a fomentar a comunicação, elaboração e tomada de decisão desses projetos. Campos (2007) se refere ao trabalho de Pichón-Rivière para destacar a importância da constituição de um objeto de investimento (projetos) que envolva o trânsito de todos esses planos constituintes do sujeito (deseja-se dentro de uma cultura e esse fato altera o desejo) – “Estar implicado” significa tornar-se primeiro interessado e depois apto a descarregar energia psíquica – afeto – nestes ‘objetos’” (Campos, 2007, p. 81). O método aposta que a Cogestão amplia as possibilidades do trabalho como algo prazeroso, como coloca:

A tese defendida pelo Método da Roda é a de que ainda havendo conflito entre a lógica de produção de Valores de Uso (necessidades sociais; a saúde, por exemplo) e os interesses particulares dos agentes e das instituições, seria legítimo considerá-los todos como objetivos, em tese, legítimos e, portanto, dignos de serem considerados e administrados. A solução para tal tipo de conflito não estaria em ignorá-lo ou no esmagamento puro e simples do segundo elemento da equação. (Campos, 2007, p. 128)

Os coletivos possuem, portanto, não apenas o objetivo de produzir bens e serviços, mas também de ser espaço terapêutico e pedagógico, contribuindo para a reconstrução das

subjetividades. Embora reconheça a possibilidade de diversas construções de espaços coletivos, a depender de cada contexto, Campos (2007) descreve quatro modalidades centrais: Conselhos de Cogestão (arranjo instituído, composto por atores internos e externos – o Sistema Único de Saúde adota essa estrutura); Colegiados de gestão (operacionaliza a gestão interna da organização); dispositivos (promoção de encontros entre distintos sujeitos como assembleias, reuniões, sessões para discussão de caso, oficinas de planejamento, grupos com função específica etc.); e diálogo e tomada de decisão no cotidiano.

O autor apresenta ainda como possibilidade de aplicação do método o “Apoio Institucional” com a participação de um agente externo. Outra forma seria a auto aplicação, em que a própria unidade organizaria a Cogestão e o Apoio Institucional. O apoiador externo é aquele responsável por auxiliar o grupo a promover análises de seus processos de trabalho e de suas relações, com objetivo de manter a unidade de saúde funcionando adequadamente. Para isso, é necessário perceber o movimento do próprio grupo, identificando os afetos que circulam, o movimento de transferência e contratransferência. Portanto, embora o autor não coloque desta forma, identifica-se a necessidade de que o profissional possua conhecimentos oriundos das teorias de dinâmica e processo grupal, de Psicanálise e da própria Psicologia (Campos, 2007).

Assim, a Cogestão tem um foco bastante ampliado. Busca gerir não apenas processos de trabalho e modos de ação com enfoque na produção de bens e serviços. O enfoque está na construção dos Sujeitos e no modo como estes interagem para construir a Sociedade e serem por ela construídos. Como conclui Campos (2007) a ideia é: “Descentrar o foco da gestão, retirando-o da gestão de coisas, ou de tarefas, ou de procedimentos; *centrando-o em administrar relações interpessoais e os resultados dessas relações*. Para tanto haver-se-ia que repensar as funções de direção e os instrumentos até hoje empregados para desempenhá-las” [itálicos nossos] (p. 168).

Ao final de sua obra, o autor oferece um “mapa”, um roteiro sem caminho prefixado para ser seguido. Ele coloca alguns Núcleos Temáticos de Análise, que seriam “temas” importantes de serem abordados pelos coletivos. Aspectos a serem analisados, partindo de um ponto de vista reflexivo, pelos coletivos criados nos espaços das unidades de saúde. A análise descrita corresponde a um trabalho em que teoria e prática caminham juntas; não significa a aplicação da teoria no contexto prático como verdade absoluta e tampouco uma prática sem parâmetro de teorias, mas uma construção que permita flexibilidade de acordo com o contexto de cada projeto. O autor utiliza o conceito de *Práxis* para discorrer sobre a atuação nesse processo de análise e construção de projetos.

Os núcleos temáticos são apresentados por Campos (2007) de forma breve. O autor informa o que inclui cada um deles, mas não explora em profundidade como trabalhará-los. Esses

núcleos foram reorganizados posteriormente (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013) em três campos: Campo da Produção de Valor de Uso (Inclui: Objeto de trabalho; Organização dos recursos e processos de trabalho; Resultados; e Objetivos); Campo Intermediário (Inclui: Saberes; Diretrizes e valores, política e saber – significa a busca por parâmetros teóricos ou práticos, mas sem deixar de ser crítico a eles); Campo da Produção de Sujeitos individuais ou coletivos (Oferecimentos/Estímulos de análise ao grupo; Construção do tema e capacidade de análise; Objeto de investimento, ideal de grupo; Espaços coletivos; Capacidade de intervenção).

A partir desse referencial sobre a gestão de coletivos construída por Campos, o Ministério da Saúde desenvolveu uma cartilha que descreve a diretriz Cogestão da PNH. Com intenção de se tornar uma leitura acessível, o conteúdo da obra de Campos (2007) é descrito de maneira simplificada, dando destaque para alguns aspectos. A cartilha destaca a importância da participação de todos na construção diária dos serviços do SUS. Destaca que o SUS, em sua constituição, estabelece espaços coletivos como os conselhos e as conferências de saúde, mas que essa participação não pode se restringir a esses espaços (Brasil, 2012a).

Como descrito na cartilha, o modelo de gestão adotado pela PNH está centrado no trabalho em equipe: “A gestão não é um lugar ou um espaço, campo de ação exclusiva de especialista. Todos fazem gestão” (Brasil, 2012a, p. 23). O prefixo “co”, do termo “Cogestão”, indica duas inclusões: 1) participação de sujeitos nos processos de gestão (análises e tomada de decisões); 2) ampliação das funções de gestão, que mais do que manter a organização funcionando, tem como objetivo analisar a instituição para problematizar modelos de operar/agir e promover mudanças; formular projetos a partir de um espaço de criação e negociação de ideias; compartilhar tomada de decisões; e promover um espaço pedagógico de ensino e aprendizagem mútuos (Brasil, 2012a). Em resumo:

O modelo de gestão que a Política Nacional de Humanização propõe é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente. (Brasil, 2012a, p. 12)

Para que esse modelo de gestão funcione, é necessário que haja condições institucionais e políticas efetivas, uma nova arquitetura que possibilite a comunicação entre os diferentes, que os profissionais de distintas áreas do conhecimento possam estar em um mesmo espaço e com objetivo comum que esteja para além de suas especialidades, qual seja o da gestão do processo de trabalho e das ações e projetos da instituição nas quais atuam. Como

aponta a cartilha, sem essas condições concretas, a Cogestão corre o risco de se tornar apenas um exercício discursivo⁵ (Brasil, 2012a).

Nesse sentido, há a indicação de alguns arranjos/dispositivos que têm como objetivo propiciar as condições mínimas necessárias para a Cogestão. Estes arranjos são divididos em dois grupos: 1) espaços coletivos que permitem acordos entre desejos e interesses dos usuários, trabalhadores e gestores e 2) espaços que permitem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades (inserção dos usuários e de familiares nos projetos terapêuticos e acompanhamento do tratamento). Considerando o objeto de estudo da presente pesquisa, descreveremos apenas o primeiro grupo de dispositivos, pois tem como foco as relações de trabalho entre profissionais, e destes com gestores e usuários. São eles:

- Grupos de Trabalho de Humanização – constituídos por lideranças representativas do coletivo de profissionais em cada unidade. Atribuições: difundir a humanização; analisar o funcionamento do serviço; promover o trabalho em equipe multi e interprofissional; propor uma agenda de mudanças; estabelecer fluxo de propostas entre diversos setores das instituições; melhorar a comunicação e a integração do serviço e da comunidade.
- Colegiados Gestores de Hospital, de Distritos Sanitários e Secretarias de Saúde – compostos por coordenadores de áreas/setores, gerentes, secretário de saúde. Atribuição: elaborar o Projeto Diretor do Distrito/Secretaria/Hospital.
- Colegiado Gestor da Unidade de Saúde – na Atenção Básica é composto por representantes das equipes, contemplando trabalhadores de nível superior, médio e elementar. A Equipe de Saúde da Família, por sua vez, é considerada um coletivo organizado de trabalhadores, uma instância colegiada. Atribuição: 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.
- Mesa de Negociação Permanente – fóruns paritários que reúnem gestores e trabalhadores para tratar dos conflitos inerentes às relações de trabalho.
- Contratos de Gestão – firmados entre as unidades de saúde e instâncias hierárquicas de gestão. Atribuição: pactuação de metas, valorização dos trabalhadores, implementação de gestão participativa e garantia de sustentabilidade da unidade.

⁵ A palavra discurso neste referencial tem um sentido de “permanecer no âmbito das ideias, da linguagem, e não se efetivar no cotidiano enquanto prática”, não corresponde ao conceito “discurso” adotado pelo referencial construcionista social, em que o discurso é considerado construtor de realidades sociais (Burr, 2003).

- Contratos Internos de Gestão – são acordos técnico-políticos entre unidades/equipes que compõem um serviço de saúde. Atribuição: reorganização dos processos de trabalho das unidades que se materializam em metas, planos de ação e indicadores.
- Câmara Técnica de Humanização – fórum para agregar instâncias/serviços/sujeitos com o objetivo de compartilhar experiências de humanização, compondo redes e movimentos de Cogestão.

A valorização do trabalho em equipe e de novas formas de gestão consiste em um movimento que busca transformar a organização do trabalho na área da saúde. A Reforma Sanitária no Brasil acompanhou o processo de democratização do país, sendo possível identificar princípios e diretrizes democráticos, como a participação social, a descentralização e regionalização, na configuração do SUS. O modelo tradicional de gestão, ao considerar os trabalhadores como instrumentos, constrói um sistema de saúde contrário ao que se espera a partir de fundamentação ideológica democrática. Assim, “No dia-a-dia os serviços ainda são governados segundo diferentes variações do taylorismo . . . como se a democracia acabasse nos Conselhos de Saúde ou nas Oficinas de Planejamento” (Campos, 1998, p. 865). A PNH, ao contrário, tem como objetivo promover e fortalecer a cultura democrática preconizada pela Reforma Sanitária. Em especial, no âmbito da gestão, a PNH objetiva democratizar as relações de trabalho em todos os níveis de organização do serviço.

1.4 Cogestão: Revisão de Literatura

A revisão da literatura científica sobre esse tema foi realizada no primeiro semestre de 2016⁶ em portais de pesquisa ou diretamente em bases de dados. Utilizamos como método a revisão integrativa. Esse tipo de revisão tem como objetivo analisar o conhecimento construído sobre um determinado tema, o que pode gerar, além da síntese sistemática e ordenada do material analisado, a construção de novos conhecimentos ou abertura para novas pesquisas. Importante ressaltar que a revisão integrativa não especifica o tipo de metodologia dos estudos a serem analisados, se devem ser experimentais ou não experimentais (Botelho, Cunha & Macedo, 2011; Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

⁶ Com objetivo de atualizar a revisão, realizamos nova busca na BVS, considerando que foi o portal com resultado mais expressivo. Utilizamos os mesmos descritores e filtro referente ao período de publicação, anos 2016 e 2017. Obtivemos como resultado um único artigo que trata sobre o Apoio Institucional: Martins, C. P. & Luzio, C. A. (2017). Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. *Interface (Botucatu)*, 21(60), 13-22.

De acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008) o processo de elaboração da revisão integrativa inclui a consecução e descrição de etapas. Embora a literatura sobre revisão integrativa aponte a necessidade de sistematização e de descrição dessas etapas, há diferentes formas de subdivisão, a depender do autor. Mendes, Silveira e Galvão (2008) sugerem seis etapas: elaboração de uma questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas em categorização; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e apresentação da síntese do conhecimento.

A revisão integrativa apresentada contempla as etapas descritas acima, e foram descritas da seguinte forma: construção de uma questão norteadora; critérios para seleção e exclusão das produções; ensaios com descritores e palavras-chave, escolha das plataformas de busca e descritores/palavras-chave; análise de resumos e títulos; seleção preliminar de produções; leitura em profundidade e fichamento das produções encontradas; refinamento da seleção; análise e interpretação das produções selecionadas e apresentação dos resultados.

Construção da questão norteadora

A partir do conhecimento descrito na introdução, sobre a abertura que a PNH oferece para que suas diretrizes sejam colocadas em prática respeitando os contextos locais, definimos como questão: Como a gestão, ou mais especificamente, a diretriz Cogestão vem sendo discutida teoricamente, e como vem sendo colocada em prática desde a criação da política em 2003? Há nessa questão duas categorias para análise posterior dos textos: a) fundamentação teórica; b) como a Cogestão tem sido colocada em prática.

Critérios para a seleção preliminar

O critério de seleção inicial, no momento de análise dos títulos e resumos das produções, foi abordar, como assunto central ou como um dos assuntos centrais da discussão, o modelo de Cogestão no contexto de saúde pública específico brasileiro, ou a gestão e processos de trabalho em saúde fundamentados pela PNH.

Critérios de exclusão

Após seleção preliminar e análise em profundidade das produções, foram excluídas as que, embora citassem o tema, não o abordavam como objeto de estudo ou discussão central. Por exemplo, embora o artigo fizesse apontamentos sobre gestão, o seu foco era trabalhar o acolhimento em Atenção Básica. Em alguns casos, essa conclusão podia ser feita com a leitura dos resumos e títulos, em outros casos foi necessária a leitura do artigo completo.

Ensaaios, escolha das plataformas e seleção preliminar

Os ensaios e as buscas foram realizados em 2016. A primeira busca foi realizada no portal de pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde. Em um primeiro momento, realizamos algumas tentativas de busca para localizar os descritores e/ou palavras-chave mais adequados para esse portal. O resultado mais expressivo, após os ensaios com diferentes descritores e/ou palavras-chave, foi do cruzamento das palavras-chave “Gestão AND Humanização”, resultando em 429 textos. Após inclusão de filtro quanto à data de publicação - incluimos apenas textos publicados entre 2003 (ano de criação da PNH) e 2016 - restaram 404 textos. Foi possível perceber, a partir dos títulos dos artigos encontrados, que essa busca, considerando os descritores e filtro utilizados, trazia resultados adequados ao objetivo da questão delineada, e nesse sentido, analisamos os títulos e resumos dos 404 textos localizados a partir dos critérios de inclusão.

Após análise dos títulos e resumos, selecionamos 45 textos, dentre artigos, livros e teses para leitura em profundidade, o que corresponde a 11% do resultado total. Não contabilizamos como selecionados 24 repetições desses 45 textos selecionados, as quais, não obstante, fazem parte do total de 404 textos localizados. Os demais 335 textos foram categorizados e contabilizados da seguinte forma: 49% abordavam a política de humanização, porém com enfoque em outros dispositivos/diretrizes da PNH, como acolhimento, parto humanizado, etc.; 4% abordavam de modo específico a formação profissional; 2% abordavam o trabalho da Psicologia ou da Odontologia no contexto de saúde pública; 28% abordavam assuntos em saúde que, de alguma forma, esbarravam na humanização, mas não discutiam diretamente a política, discussões tais como: doação de órgãos, tratamento de algumas doenças específicas, dentre outros.

A segunda pesquisa foi realizada no Portal CAPES, que agrega bases multidisciplinares e mais de 38 mil títulos com textos completos. Após algumas experimentações, as palavras-chave escolhidas foram: “health management AND humanization”, resultando em 53 textos. Destes, 15 abordavam o assunto central da busca e foram selecionados, mas dentre eles, 6 já haviam sido selecionados na BVS e 7 se repetiam, tendo restado apenas 2 textos novos. Os demais artigos foram categorizados da seguinte forma: 17% abordavam a humanização, mas com foco diferente da gestão; 13% abordavam assuntos na saúde que de alguma forma esbarram na humanização; 4% tratavam de biotecnologia; e 38% abordavam assuntos diversos, como por exemplo, o recobrimento cerâmico em compósito de carbono, robótica, farmacologia, biologia, dentre outros.

A terceira pesquisa foi realizada no portal Scopus que agrega bases multidisciplinares nas áreas de Tecnologia, Medicina, Ciências Sociais, Humanidades e Artes. Após alguns

ensaios, em busca do melhor descritor e/ou palavra-chave, como realizado nas pesquisas anteriores, as palavras-chave mais adequadas, que trouxeram melhor resultado, foram “health management AND humanization” utilizadas ao mesmo tempo, com as quais obtivemos 155 resultados. Desses 155, foram selecionados 21 textos, dos quais 16 artigos já haviam sido selecionados na pesquisa anterior realizada na BVS, e 1 já havia sido localizado no portal CAPES. Apenas 4 artigos, dentre os 21, eram novos, considerando as pesquisas anteriores. Os demais foram contabilizados e categorizados da seguinte forma: 60% tratavam a humanização a partir de outro foco que não a gestão; 14% correspondiam a discussões no campo da saúde que esbarram na humanização, mas cujo foco central não era a política; 2% tratavam do assunto gestão em outros contextos; 10% abordavam assuntos diversos que não necessariamente no campo da saúde.

A quarta pesquisa foi realizada no portal ProQuest. Esse portal agrega bases de dados nas áreas de Administração de Empresas, Administração Pública, Ciência da Informação, Ciência e tecnologia, Ciências Sociais, Economia, Direito, Estatística, História, Jurisprudência, Marketing, Psicologia, Saúde e Sociologia. A principal busca, após algumas tentativas, foi feita utilizando-se a seguinte combinação de palavras-chave e descritores: “Health management AND humanization of work OR humanization”. Foram localizados 35 resultados. Desses, 4 foram selecionados, mas 1 deles já havia sido localizado na BVS, Scopus e CAPES, e 1 na BVS e Scopus, portanto apenas 2 eram novos textos. Essa seleção correspondeu a 11% do resultado total. Os demais artigos foram categorizados e contabilizados: 26% abordavam a humanização, mas sem foco na gestão; 46% abordavam a gestão do trabalho em outras áreas que não necessariamente a saúde; 3% abordavam a humanização em outras áreas; e 14% abordavam a saúde em geral.

Ao final das quatro pesquisas, concluímos a seleção preliminar dos títulos e resumos, para então buscar o material completo de algumas produções e realizar a leitura e análise em profundidade. O resultado dessa seleção preliminar compõe 53 produções, 45 delas do portal BVS, 4 do portal Scopus, 2 do portal ProQuest, e 2 do Portal CAPES. Considerando as diversas buscas realizadas, foi possível levantar algumas hipóteses e análises preliminares sobre o campo em que se insere o objeto de estudo pesquisado.

Com relação à Cogestão, foi possível identificar que esse termo é utilizado em diversos contextos e se refere a um modelo de gestão que tem como característica central a **tomada de decisão compartilhada**. Esse nome é utilizado para descrever experiências de vários projetos em diferentes áreas e países. Além disso, a partir de uma análise pouco aprofundada através da leitura dos resultados das buscas, foi possível identificar a origem

desse modelo fundamentada em duas correntes de pensamento: o neo-institucionalismo, dentro do movimento institucionalista, e a abordagem humanística da Administração, inserida no contexto administrativo.

Com relação à humanização, foi possível perceber que há semelhanças entre esse movimento e outros fora do campo da saúde, como no contexto escolar, judiciário, administrativo e nas ciências tecnológicas. Considerando essa semelhança, é possível apontar como hipótese que ele acompanha a própria ascensão da pós-modernidade, em que a subjetividade, desconsiderada na ciência moderna para garantir a neutralidade, passa a ser reinserida, por algumas abordagens, como intrínseca a todo processo de produção de conhecimento. Essas impressões gerais apontadas, e decorrentes da revisão de literatura, devem ser aprofundadas e melhor investigadas, porém esse propósito escapa aos objetivos desta pesquisa.

Após seleção e leitura em profundidade dos textos encontrados, 17 foram excluídos. Dentre estes, estavam artigos não localizados em sua íntegra, teses ou dissertações referentes a artigos já analisados, e artigos em que a discussão não estava centrada na gestão considerando a política de humanização. Portanto, as reflexões apresentadas, a seguir, referem-se à análise de 36 textos. A tabela 1, abaixo, sintetiza as informações referentes a cada pesquisa e o resultado final.

Tabela 1 – Informações da Revisão de Literatura

Biblioteca Virtual de Saúde				
Palavra-chave	Resultado total	Filtro (de 2003 a 2016)	Selecionados	
"gestão AND humanização"	429 textos	404 textos	45 textos	
Portal CAPES				
Palavra-chave	Resultado total	Pré- selecionados	Repetidos	Selecionados
“health management AND humanization”	53 textos	15 textos	13 textos	2 textos
Portal Scopus				
Palavra-chave	Resultado total	Pré-selecionados	Repetidos	Selecionados
“health management AND humanization”	155 textos	21 textos	17 textos	4 textos
Portal Pro-Quest				
Palavras-chave e descritor	Resultado total	Pré-selecionados	Repetidos	Selecionados
Health management AND humanization of work OR humanization”	35 textos	4 textos	2 textos	2 textos
TOTAL				53 textos
ANÁLISE				36 textos

Análise, Resultados e Discussão

Para analisar os artigos, buscamos identificar dois aspectos centrais: 1) perspectivas teóricas utilizadas para se pensar a Cogestão, e 2) principais arranjos práticos citados para colocá-la em ação. Para que essa análise fosse possível, foi necessário efetuar recortes nos artigos (muitas vezes dando destaques para aspectos secundários dos textos), o que significa dizer que a revisão aqui apresentada é uma construção com objetivo específico de explorar o campo a partir dos dois referenciais indicados, a teoria e a prática, em Cogestão.

A análise das perspectivas teóricas demonstrou-se uma tarefa complexa. Alguns artigos partem de um referencial epistemológico específico e dialogam com autores que o compartilham, ou com autores que possuem referencial distinto do escolhido, mas sempre indicando as diferenças centrais. Outros, porém, dialogam com diferentes perspectivas e diversos autores, sendo, em alguns casos, uma tarefa árdua identificar se há afiliação a algum aporte teórico específico, ou se citam diversos aportes por escolha ou desconhecimento do campo.

De maneira geral, as principais perspectivas teóricas identificadas em nossa análise foram: a fundamentação do Método da Roda/Apoio Institucional (do autor de referência – Campos, 2007); Ergologia (Schwartz); Esquizoanálise (Deleuze e Guattari); Hermenêutica (a partir de autores como Gadamer e Heidegger); noções do campo da Sociologia – Teoria do Agir Comunicativo de Habermas; e a Pedagogia de Paulo Freire. Praticamente todas essas perspectivas são utilizadas por Campos (2007) em sua obra, para desenvolver o Método da Roda. A única abordagem não trabalhada pelo autor corresponde à Ergologia.

Portanto, a quase totalidade dos artigos cita a obra já referida de Campos (2007), porém alguns dos artigos dialogam de modo específico com a noção teórica de Apoio Institucional apresentada pelo autor, sendo que alguns desses (10) foram publicados em número especial da revista Interface sobre o assunto em 2014 (Mori & Oliveira, 2009; Pereira & Ferreira Neto, 2015; Mori & Oliveira, 2014; Shimizu & Martins, 2014; Martins & Luzio, 2014; Maerschner, Bastos, Gomes, Jorge & Diniz, 2014; Pinheiro & Jesus, 2014; Calderon & Verdi, 2014; Santos Filho, 2014; Pavan & Trajano, 2014; Roza, Barros, Guedes & Santos Filho, 2014; Andrade, Barros, Maciel, Sodré & Lima, 2014; Guedes, Roza & Barros, 2012; Santos Filho, Barros & Gomes, 2009; Guedes, Pitombo & Barros, 2009; Barros, Guedes & Roza, 2011; Cardoso, Oliveira & Furlan, 2016). Dentre esses artigos, Santos Filho (2014) faz uma análise do Apoio Institucional utilizando como referência os autores Schwartz e Zarifian, da Ergologia, que incluem discussões pertinentes sobre a importância de se trabalhar as relações e a comunicação na promoção de mudanças.

Outros artigos utilizam as diretrizes da PNH e/ou a discussão apresentada no livro de Campos (2007) como norte teórico para realizar suas discussões, sendo algumas mais específicas sobre gestão e outras com foco diverso, mas com atenção dada a esse tema (Pasche, 2009; Rios & Battistella, 2013; Granja & Zoboli, 2012; Santos Filho & Figueiredo, 2009; Deus & Melo, 2015; Mori, Silva & Beck, 2009; Trad & Espiridião, 2010). Esses artigos, em termos teóricos, não nos pareceram acrescentar novas ideias ao campo de conhecimento. Talvez as relações conceituais possam ser consideradas inovadoras a depender da perspectiva de análise, mas utilizam teorias e conceitos já consagrados. De maneira geral, alguns descrevem experiências pautadas no referencial tradicional ou pesquisas de campo (Rios & Battistella, 2013; Granja & Zoboli, 2012; Santos Filho & Figueiredo, 2009; Deus & Melo, 2015; Trad & Espiridião, 2009), e apenas um apresenta uma inovação metodológica, mas mantém sua discussão teórica na literatura tradicional (Mori, Silva & Beck, 2009).

Uma outra perspectiva teórica localizada nos artigos para se pensar a Cogestão foi a Esquizoanálise dos autores Deleuze e Guattari (Pasche, Passos & Hennington, 2011; Ceccim & Merhy, 2009). Importante ressaltar que, não necessariamente, esses artigos declaram possuir uma fundamentação esquizoanalítica, mas utilizam termos e noções próprias do campo, e por essa razão foram assim classificados. A Esquizoanálise corresponde a uma das correntes do Movimento Institucionalista. Essa corrente possui fundamentação psicanalítica e, assim como as demais correntes do movimento, tem como objetivo promover análises do funcionamento das instituições. Como coloca Barembliitt (1994) “As diferentes escolas do movimento institucionalista se propõem propiciar, apoiar, deflagrar nas comunidades, nos coletivos, nos conjuntos de pessoas, processos de autoanálise e autogestão” (p. 14). A autoanálise se dá por processos de discussão para levantamento de problemas e necessidades, e a autogestão são as formas encontradas para responder a essas demandas localizadas na autoanálise.

A Ergologia também aparece como uma referência importante para se discutir processos de trabalho e Cogestão (Heckert, Passos & Barros, 2009; Hennington, 2008; Shimizu & Martins, 2014). A Ergologia, como definida em entrevista por seu fundador, Yves Schwartz, é o estudo da atividade humana, do trabalho concreto realizado no cotidiano. A noção básica é a de que o trabalho é sempre ressingularizado ou renormalizado pelo indivíduo que o executa – não há um padrão na execução – por mais que se criem normas, o trabalhador possui uma forma peculiar de atuar (Viegas, 2013).

Por fim, em menor frequência, foram encontrados artigos em diálogo com: 1) a Hermenêutica, principalmente considerando o foco nas relações intersubjetivas (Santos &

Santo, 2011); 2) a Pedagogia da Libertação de Paulo Freire (Ferreira & Araújo, 2014), em que se discute a construção do protagonismo a partir da revelação dos que estão em posição de dominação; 3) noções de democracia conforme trabalhadas pelo sociólogo Habermas (Araújo & Pontes, 2012). Habermas critica a racionalidade estratégica da modernidade recriando-a a partir da racionalidade comunicativa, que significa a abertura de espaços para que todos possam se comunicar de forma legítima, com isonomia do poder, uma comunicação a favor da libertação e da construção da democracia, e não da dominação, como vem ocorrendo em nossa sociedade (Vizeu, 2005; Uribe Rivera, 1995).

Com relação aos arranjos práticos da Cogestão, grande parte dos artigos indica uma combinação de ações para realizá-los. Sendo assim, embora didaticamente algumas ações apareçam aqui de forma separada, para que pudéssemos realizar um levantamento, há a combinação delas para o alcance dos objetivos da Cogestão. Destacamos a importância de se realizar uma análise das combinações possíveis e de seus resultados, porém optamos por nos ater ao recorte estabelecido para explorar como a Cogestão é colocada em prática.

Os artigos classificados em nossa análise como relatos de experiência apresentam experiências de Cogestão através da prática do Apoio Institucional. Essa metodologia é descrita na obra de Campos (2007), tendo sido adotada pelo Ministério da Saúde, que vinha oferecendo há alguns anos cursos de formação para apoiadores institucionais.

As experiências relatadas nesses artigos descrevem a implantação do Apoio através de diferentes estratégias e com diferentes resultados: reuniões de diferentes modalidades entre profissionais, como discussão de caso, planejamento e avaliação, reuniões com outros equipamentos de saúde, rodas etc. (Mori & Oliveira, 2014; Deus & Melo, 2015; Shimizu & Martins, 2014; Pinheiro & Jesus, 2014; Pavan & Trajano, 2014; Martins & Luzio, 2014; Maerschner et al., 2014; Cardoso et al., 2016); reuniões com inclusão dos usuários (Guedes et al., 2009; Pavan & Trajano, 2014); reforma no fluxograma das unidades (Calderon & Verdi, 2014); implantação de Grupo de Trabalho (Calderon & Verdi, 2014; Pavan & Trajano, 2014); implantação de Conselho Gestor, Colegiados de Gestão e Contrato de Gestão (Pereira & Ferreira Neto, 2015; Mori & Oliveira, 2014; Martins & Luzio, 2014; Maerschner et al., 2014; Shimizu & Martins, 2014; Deus & Melo, 2015; Pavan & Trajano, 2014; Cardoso et al., 2016; Guedes et al., 2012); Câmara Técnica e Colegiado Gestor (Roza et al., 2014); Fóruns de Humanização (Guedes et al., 2012); Grupo de Cogestão, que corresponde à construção de um colegiado com um representante de cada equipe e com representação de todas as classes profissionais, e Grupo de Apoio à Gerência de políticas e programas (Cardoso et al., 2016); visitas técnicas (Pereira & Ferreira Neto, 2015); e Seminários, Cursos de formação ou

Oficinas (Shimizu & Martins, 2014; Guedes et al., 2012; Mori & Oliveira, 2014; Pavan & Trajano, 2014; Pinheiro & Jesus, 2014; Roza et al., 2014).

Outros artigos, que não necessariamente enfocam o Apoio Institucional, descrevem a composição de espaços coletivos de discussão, uma vez que essa é a base da Cogestão, como, por exemplo, o Grupo de Trabalho de Humanização e Reunião Geral (Becchi et al., 2013; Rios & Battistella, 2013); espaços de Educação Permanente em Saúde e Rodas de Conversa (Araújo & Pontes, 2012; Santos Filho & Figueiredo, 2009; Andrade et al., 2014); Reuniões de Equipe (Cardoso & Hennington, 2011); implantação de Colegiados de Gestão e Contratos de Gestão, Oficinas e Seminários sobre a Cogestão (Santos Filho & Figueiredo, 2009; Rios & Battistella, 2013); Seminário de discussão sobre a Cogestão com a intenção de se colocar em análises processos já naturalizados (Heckert et al., 2009); reformas administrativas, do espaço físico e implantação de Mesas de Negociação Permanente (sobre questões trabalhistas) (Santos Filho & Figueiredo, 2009); Núcleo Técnico de Humanização (Rios & Battistella, 2013); ou com o fomento de maior participação dos trabalhadores das decisões (Ferreira & Araújo, 2014).

Uma outra estratégia localizada para colocar a Cogestão em prática foi a chamada Comunidade Ampliada de Pesquisa (Verdi et al., 2015; Mori et al., 2009; Barros et al., 2011), que corresponde a um método de análise dos processos de trabalho, uma forma de se fazer pesquisa sobre o próprio trabalho, em que o saber científico dialoga com o saber cotidiano. O enfoque dessa estratégia, no modo como compreendemos, é identificar o que causa sofrimento ou adoecimento do trabalhador. Nesse sentido, aparece como um recurso bastante específico e cujo enfoque não é a negociação e tomada de decisão, a Cogestão em si, mas sim, através do espaço coletivo, possibilitar a análise dos processos de trabalho identificando possíveis fontes de sofrimento para o trabalhador, ou evidenciar questões dos processos de trabalho que provocam a não participação dos profissionais da gestão. Essa estratégia pode dar início à Cogestão (promovendo análises do processo de trabalho), ou funcionar enquanto prática de Cogestão.

De forma geral, o que se torna comum em todas as experiências corresponde à abertura de espaços com a participação de profissionais e gestores nos diversos contextos, e em menor escala com a participação dos usuários. Esses espaços são descritos como momentos de discussão, reflexão e **análise dos problemas** e necessidades das unidades de saúde e **levantamento de propostas de solução**.

Alguns dos artigos descrevem a necessidade de adesão dos gestores para que as propostas ocorram de forma adequada (Pinheiro & Jesus, 2014; Roza et al., 2014; Mori &

Oliveira, 2014; Shimizu & Martins, 2014; Maerschner et al., 2014; Barros et al., 2011). Além disso, apresentam desafios, como alta rotatividade dos profissionais (Pereira & Ferreira Neto, 2015; Calderon & Verdi, 2014); **baixa participação dos profissionais apesar de estarem presentes nas reuniões** (Pereira & Ferreira Neto, 2015; Trad & Esperidião, 2009); mudanças políticas e a falta de espaços físicos (Roza et al., 2014); **falta de preparo para lidar com situações conflituosas** (Calderon & Verdi, 2014) e de tempo para realizar as reuniões (Mori & Oliveira, 2014); baixa participação dos usuários (Maerschner et al., 2014); perda de autonomia no trabalho por precisar colocar os assuntos para serem discutidos antes de tomar decisões (Pinheiro & Jesus, 2014). Por outro lado, indicam ter havido mudanças importantes em alguns contextos em que os profissionais passaram a ter maior participação nas decisões e no planejamento das unidades, mudanças próprias do processo de trabalho, e, portanto, da gestão (Maerschner et al., 2014; Calderon & Verdi, 2014; Andrade et al., 2014; Becchi et al., 2013; Guedes et al., 2012; Barros et al., 2011; Pinheiro & Jesus, 2014), além de ativação de rede de coletivos e mudanças no modelo de atenção e gestão, com apropriação das práticas de gestão pelos trabalhadores (Cardoso et al., 2016).

Já o material oficial localizado nesta revisão de literatura e produzido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2012b; Brasil, 2006; Brasil, 2012a) apresenta a humanização no contexto da Atenção Básica reforçando o caráter participativo dos usuários (Brasil, 2006); apresenta diretrizes para monitoramento e avaliação das propostas, algo bastante técnico e detalhado, buscando direcionar ações possíveis de humanização em vários contextos e em ambas as dimensões (assistência e gestão), com parâmetros para avaliá-las (Brasil, 2012b); e apresenta material específico sobre a Cogestão (Brasil, 2012a), o qual indica dispositivos possíveis (listados na seção 1.3 desta tese) para colocá-la em prática no que se refere à organização de espaços coletivos para promover acordo entre desejos e interesses dos trabalhadores e gestores.

É possível notar que todos esses dispositivos descritos na cartilha de Cogestão (Brasil, 2012a) vêm sendo utilizados na prática para a implantação da Gestão Participativa. Alguns são utilizados em maior frequência como os Colegiados Gestores e Contratos de Gestão, mas, de modo geral, foram localizadas experiências que se referiam a todos esses dispositivos na literatura, o que pode ser considerado algo positivo, uma vez que indica a “aplicação prática” da política. Por outro lado, a simples “aplicação” não garante o sucesso de um processo como a Cogestão, que leva em consideração, em seu delineamento original, o aspecto subjetivo e a comunicação de seus participantes.

Embora alguns artigos façam apontamentos importantes sobre a Cogestão não corresponder à junção de pessoas em espaços coletivos, havendo a necessidade de se possuir recursos para trabalhar com as subjetividades, relações, e até mesmo com os conflitos (Santos & Santo, 2011; Calderon & Verdi, 2014; Maerschner et al., 2014; Shimizu & Martins, 2014; Cardoso & Hennington, 2011; Pavan & Trajano, 2014; Martins & Luzio, 2014; Araújo & Pontes, 2012; Pereira & Ferreira Neto, 2015), de maneira geral, o que se percebe é que esse método, criado para transformar as subjetividades, foi ressignificado pelo modo de subjetivação vigente. Na prática, a Cogestão, em alguns contextos, parece ter se transformado na promoção de reuniões que institucionalizam espaços burocráticos de diálogo, não havendo transformação das subjetividades. Assim, a subjetividade hegemônica moderna se apropriou do método fazendo dele uma nova técnica que, ao invés de promover reflexão, promove, em muitos casos, mera reprodução.

As descrições de algumas experiências apresentam maior destaque para a implantação dos espaços coletivos (colegiado, câmara etc.) do que para a própria análise do movimento desses espaços e das relações que ali se estabelecem. Considerando os objetivos de Campos (2007) ao criar o método - democratização dos espaços institucionais e, de forma dialética, construção de subjetividades potentes para sustentar esses espaços -, compreendemos que o enfoque das análises deveria recair também sobre as relações, sobre processos grupais, e não, como apresentado em grande parte dos artigos, como simples descrição da “implantação” de espaços coletivos. Como apontam Mori et al. (2009), “Os dispositivos não são ‘coisas’ prontas que se implantam em determinados serviços sem que se coloquem em análise as formas de organização que os processos de trabalho têm produzido” (p.724). No entanto, embora façam essa observação, os autores não aprofundam o “como” tornar essas análises possíveis. O tipo de transformação almejada pelo método não se “implanta”, se constrói através de um longo processo relacional e reflexivo de demorada construção.

Além disso, boa parte dos artigos, como apontado nos resultados, indica como sendo fundamental o apoio dos gestores para se construir espaços coletivos. Com certeza esse apoio é importante, mas, de certa forma, a sua necessidade denuncia um paradoxo, pois, na prática, o método que pretende fomentar protagonismo e autonomia dos trabalhadores deve, antes de mais nada, ter o consentimento daqueles que possuem o poder para controlar e dominar as ações dos profissionais. É como se esse método conseguisse atingir apenas uma transformação controlada, que ainda mantém a lógica que almeja transformar. Ou as vicissitudes da prática, nas contradições do cotidiano, criam esses constrangimentos?

Embora consideremos os aspectos positivos destacados nos artigos, de que houve maior participação, melhoria na qualidade dos processos de trabalho, dentre outras, buscamos com essa análise, fazer reflexões que convidem os estudiosos e profissionais a pensarem em outras possibilidades de transformação. Sendo assim, levantamos as seguintes questões: haveria outras apostas metodológicas com os mesmos objetivos? Haveria a possibilidade de se promover transformações profundas a ponto de não ser necessária autorização do gestor, e de modo que o protagonismo e a democratização do poder fossem uma construção possível? Como construir espaços relacionais com foco em uma gestão compartilhada?

Ainda considerando uma reflexão crítica sobre o uso do Método da Roda e sobre os apontamentos dos artigos, levantamos algumas questões sobre suas limitações. Partimos do pressuposto de que toda escolha metodológica ou teórica é uma opção discursiva que acarreta ganhos e perdas a depender do referencial que se adota. Como coloca McNamee (2005, p.24) “... movimentos discursivos particulares limitam ou potencializam diferentes formas de ação e, conseqüentemente, permitem ou impedem diferentes realidades”. Sendo assim, questionamos: o que se perde frente a um modelo/método de Cogestão? Esse modelo é adequado sempre? Em todos os contextos? Ao ser indicado como política transversal, é essa ideia que a PNH defende? A de que sua utilidade é inerente e independente do contexto, variando apenas o modo para colocá-lo em prática? Os artigos analisados apontam desafios para aplicação do método, como resistência dos próprios trabalhadores, falta de tempo, falta de recursos humanos e físicos, falta de formação adequada, etc., mas a leitura que fizemos dos artigos, indica haver escassos apontamentos sobre o que se perde, ou quais são os limites, ao adotar um modelo participativo como a Cogestão, ou ainda, quais são os limites impostos pelo contexto e pela cultura Capitalista vigente. Resumindo, sobre esse aspecto, ficam as questões: em termos práticos, quais limites o modelo de Cogestão constrói? Considerando qual objetivo? Em quais contextos?

Com relação às perspectivas teóricas identificadas para se pensar a Cogestão, foi possível perceber que, com exceção da Ergologia de Schwartz, as demais perspectivas aparecem como referencial na obra de Campos (2007). Sendo assim, boa parte dos artigos dialoga diretamente com a obra de Campos, embora alguns deles optem por aprofundar alguns aspectos, como, por exemplo, os estudos de Paulo Freire, citado no livro, e usado como referencial específico para discussão de um dos artigos (Ferreira & Araújo, 2014). Notar esse aspecto indica, novamente, a necessidade de uma leitura reflexiva da obra de Campos (2007), o que nos faz levantar ainda mais questões: há outras perspectivas teóricas, para além das já citadas no livro, que possam contribuir para se pensar a Cogestão? Há outros estudos não abarcados pela revisão de literatura realizada

nesta pesquisa? Há outras perspectivas teóricas que nos auxiliem a fazer a análise do processo grupal e dos ganhos e perdas ao se adotar esse referencial? Se, por um lado, é coerente que os estudos sejam desenvolvidos dentro da lógica teórica que orienta sua proposição prática, ao mesmo tempo, cria-se um limite em que a proposta passa a ser reificada como um valor, como algo bom em si mesmo.

Assim, a comparação preliminar entre as produções científicas localizadas neste recorte da revisão de literatura, relacionadas à Cogestão e à obra de origem do modelo no qual a PNH se fundamenta, indica que os autores, embora promovam reflexões importantes para o campo, têm reproduzido teoricamente os conhecimentos construídos por Campos (2007). Da mesma forma, em termos práticos, o modelo tem sido adotado como mais uma consecução de passos, de estratégias e técnicas para a construção dos espaços coletivos, havendo pouca análise sobre o processo relacional desses espaços, ou análises que indiquem as limitações desse modelo, com apresentação de novas propostas teóricas e práticas com a intenção não de substituí-lo, mas de agregar novas possibilidades de ação.

Sendo assim, a presente pesquisa busca dar destaque para a análise do processo relacional e comunicacional que constrói as práticas de gestão a partir do enquadre oferecido pela estrutura organizacional de cada contexto. Buscaremos ainda, após finalização da análise, oferecer recursos para a prática da gestão compartilhada com fundamentação na perspectiva construcionista social, uma vez que esta tem oferecido importantes contribuições na área organizacional (Gergen & Gergen, 2010), no manejo de grupos e equipes (Rasera, 2015; Guanaes-Lorenzi, 2017) e em outros campos práticos, em que a colaboração, a participação, o aspecto relacional e intersubjetivo são amplamente abordados (Borduque & Camargo-Borges, 2016; Camargo-Borges & Moscheta, 2014; Camargo-Borges & Rasera, 2013; Rasera, 2012).

1.5 A Construção Social da Gestão e da Cultura Organizacional

É possível dizer que, ao longo da história, as teorias organizacionais e de gestão têm sido fundamentadas por dois discursos dominantes. O primeiro se baseia no pressuposto de agenciamento individual, em que a Organização é vista como decorrência das ações dos indivíduos que a compõem; e o segundo baseia-se em pressupostos sobre estruturas macrossociais e influências de relacionamento causal. Embora esses discursos sejam distintos, eles também se aproximam em muitos aspectos, pois “ambos assumem a individualidade e uma separação significativa entre ‘micro’ e ‘macro’” (Hosking, Dachler & Gergen, 2013, p. X, tradução nossa).

Em outras palavras, é possível dizer que esses discursos são fundamentados em uma epistemologia moderna (Chia, 1995), pois ambos se pautam por fatores individuais e da exploração de relações de causalidade, em uma lógica linear de investigação da realidade. Apesar de possuírem objetos de análise distintos – um, o indivíduo autônomo, e o outro, as estruturas macrosociais –, os dois discursos possuem premissas ontológicas fortes. A partir dessa epistemologia, os relacionamentos são explicados com base na *propriedade* dos indivíduos ou das Organizações em interação. Como resultado, as pesquisas buscam teorizar as propriedades de seus objetos de estudo, e os *processos relacionais* são pouco explorados e analisados (Dachler & Hosking, 2013).

De acordo com Gergen e Thatchenkery (2004), três premissas básicas pautam as produções teóricas descritas como parte da Ciência Organizacional com fundamentação na epistemologia moderna: o agente racional; o conhecimento empírico; e a linguagem representacional.

A primeira premissa, sobre o agente racional, decorre do Iluminismo e da valorização do pensamento racional individual. A Ciência Organizacional surge nesse contexto em que, devido a essa valorização do indivíduo racional, o seu principal objeto de estudo passou a ser o trabalhador, o empregador, o gerente. Da mesma forma, o conhecimento sobre esses agentes é visto como uma consequência da racionalidade individual do cientista investigador. Para muitos teóricos da área, o Taylorismo corresponde ao modelo moderno da vida organizacional, pois, apesar de considerar o trabalhador um ser “quase-racional”, que responde a alguns incentivos (o que pode ser considerado uma desumanização), sua orientação geral deu origem às crenças contemporâneas de que **a gestão corresponde a um processo de planejamento, organização, coordenação e controle**. Assim, frente a essa concepção, surgiu a ideia de consultoria, em que alguém de fora, dotado de conhecimento e treinamento científico, é capaz de pensar mais claramente, objetivamente e criativamente sobre os problemas enfrentados nas Organizações, buscando as causas das dificuldades e propondo soluções (Gergen & Thatchenkery, 2004).

A segunda premissa, sobre o conhecimento empírico, fundamenta-se na ideia de que existe uma realidade organizacional concreta e objetiva sujeita ao estudo experimental. O especialista, dotado de razão, é capaz, através da observação, de conhecer a Organização. Nesse contexto, cabe ao cientista organizacional trabalhar para conhecer a realidade da Organização, através do controle de variáveis, da padronização de medidas ou acessando relações causais da esfera organizacional. Muitas teorias deram ênfase à necessidade de

sistematizar informações, fatos e dados com a intenção de se otimizar o processo de tomada de decisão e melhoria do funcionamento da Organização (Gergen & Thatchenkery, 2004).

Por fim, a terceira premissa corresponde a uma visão de linguagem representacional. Nessa perspectiva, a linguagem representa o pensamento, o que decorre da ideia iluminista sobre a racionalidade e capacidade do indivíduo para conhecer o mundo. É através da linguagem que nós, cientistas, informamos sobre os resultados de nossa observação e pensamento. Assim, a organização eficiente é aquela que possui especialistas capazes de gerar conhecimentos específicos que contribuam para o funcionamento particular da Organização. Nesse contexto, “a ênfase na racionalidade, empirismo, e linguagem representacional favorece grandes divisões de trabalho (especialização) e hierarquia” (Gergen & Thatchenkery, 2004, p. 234, tradução nossa).

Com a emergência do pensamento pós-moderno, essas três premissas básicas sofreram um deslocamento. A primeira premissa se deslocou de uma racionalidade individual a uma racionalidade relacional; a segunda, de um conhecimento empírico para um conhecimento socialmente construído; e a terceira, de linguagem representacional para linguagem como ação (Gergen & Thatchenkery, 2004). Esses aspectos foram trabalhados em profundidade na seção 1.1 desta introdução quando diferenciamos a epistemologia moderna da construcionista social.

De acordo com Chia (1995), o pensamento pós-moderno aplicado à Ciência Organizacional privilegia uma ontologia “fraca”, uma ontologia do “tornar-se”, em que “a problemática do pensamento pós-moderno não é sobre os processos macrosociais *das* coisas/indivíduos sociais e nem os microprocessos *internos das* coisas/indivíduos sociais. Ao invés disso, é uma preocupação com *o vir a ser* das coisas, indivíduos sociais e eventos” [itálicos no original] (Chia, 1995, p. 591, tradução nossa).

A premissa básica é compreender a realidade como um *processo em construção*, com configuração emergente *nas relações*. Isso implica não tomarmos categorias como algo dado, já existente, como por exemplo, “Organizações”, “cultura”, “liderança” etc., mas nos atentar a como essas categorias *ganham o status de concretude nas relações* (Chia, 1995).

A função da análise social, nesses termos, **é explorar e descrever processos locais de padronização e de organização social** (Law, 1992 citado por Chia, 1995). Desse modo, “... o foco legítimo para uma análise organizacional pós-moderna não é nos aspectos ou características das ‘organizações’, mas sim as micro-práticas e micro-lógicas de organização as quais são realizadas através de orquestramentos locais, interações e padrões interligados de relacionamento” (Chia, 1995, p. 596, tradução nossa).

Com isso, a pesquisa na área organizacional busca responder a questões sobre a construção de formas de entendimento, e o significado dado aos processos locais toma o lugar de busca pela verdade, como ocorria na pesquisa organizacional tradicional. Como colocam Dachler e Hosking (2013, p. 4):

Quando o conhecimento e a verdade são vistos como empreendimento social, então construções do que poderíamos chamar de entendimentos, descrições ou sentidos (por exemplo, conhecimento), são sempre uma parte do ‘que está ocorrendo’ em qualquer processo social relacional. Independente se o processo social é liderança, gestão, redes, ou negociação, conhecer é um processo relacional em andamento.

A visão construcionista social, de maneira geral, propõe que o mundo social se constrói em processos relacionais ativos, como, por exemplo, negociação, colaboração, dentre outras. Nessa visão, esses processos são a matriz a partir da qual a concepção básica sobre indivíduos autônomos ou estruturas sociais também se fundamentam, são construídos e naturalizados. Então, a partir de uma visão construcionista, somos atraídos à possibilidade de que o **foco relacional possa oferecer substancial influência na construção da cultura organizacional e gestão do trabalho**. Isso significa que a visão construcionista do conhecimento pode ser estendida para fundamentar os processos organizacionais (Hosking, Dachler & Gergen, 2013). Nesse sentido:

É importante reconhecer desde já que, dentro de uma perspectiva relacional, a fronteira entre argumentos epistemológicos e argumentos de outros tipos (muitas vezes considerados como questões de conteúdo) tornam-se bastante borrados. Isso porque falar sobre relações sociais e processos sociais é, também, falar de conhecimento, entendimentos compartilhados, e verdade (Dachler & Hosking, 2013, p.4).

Na epistemologia relacional, conhecer é um processo de construção de sentido em andamento, algo sempre inacabado. De acordo com Spink e Medrado (2004), a produção de sentido é uma construção social, uma prática interativa em que as pessoas, “na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e localizadas, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com os fenômenos a sua volta” (p. 41). Os sentidos são construídos no intercâmbio de três tempos de análise, o *tempo longo*, que corresponde aos discursos sociais - formas de compreensão amplamente compartilhadas e que são institucionalizadas no processo histórico, organizando formas de vida (antecedem à história pessoal) - , o *tempo vivido*, que corresponde à história pessoal e participação em grupos sociais específicos ao longo da vida e das relações sociais estabelecidas, e o *tempo curto*, em que os outros tempos se encontram em uma conversa entre duas ou mais pessoas (momento em que novos sentidos são passíveis de

construção). Nessa perspectiva, os sentidos não são considerados estáticos, mas algo em constante processo de construção, e são esses processos que se tornam a unidade de análise (Dachler & Hosking, 2013).

Ao mesmo tempo, os resultados correspondem aos sentidos construídos ao longo do estudo, e que geram também sentidos para a vida cultural. Ao gerar e disseminar formas de entendimento, “a Ciência oferece às pessoas implementos para a ação. Os conceitos criados por ela são usados para justificar várias políticas” (Gergen & Thatchenkery, 2004, p. 240, tradução nossa). Compreender a produção de sentido dá visibilidade às formas como as pessoas se organizam e como coordenam suas ações, o que pode abrir possibilidade para mudanças sociais que sejam úteis ou desejadas (Spink & Medrado, 2004; Gergen, 2009).

Como colocam Gergen e Thatchenkery (2004), nessa concepção de Ciência Organizacional, os métodos podem gerar novas realidades sociais. As tecnologias mais favoráveis para atingir esse fim possuem fundamentação em métodos dialógicos. Estes capacitam os *participantes a iniciarem um processo reflexivo* com relação ao que vivem e os habilitam, trabalhando colaborativamente, a formular modos de entendimento ou ação que incorporem múltiplas possibilidades.

Embora a visão relacional de construção social da realidade venha sendo discutida há algum tempo em diferentes áreas do conhecimento, como Filosofia, Psicologia, Sociologia etc., ela ainda tem sido pouco explorada e considerada no campo organizacional e de gestão (Dachler & Hosking, 2013) e no estudo dos grupos (Rasera, 2015). De acordo com Gergen e Thatchenkery (2004), alguns autores iniciaram a introdução do pensamento pós-moderno na Ciência Organizacional na chamada série “Organizational Studies”, editada por Cooper e Burrell a partir de 1988. Esse campo é, portanto, novo e está em pleno desenvolvimento.

Um dos assuntos abordados na área organizacional, e também ainda pouco explorado nessa epistemologia, corresponde à *cultura organizacional*, o qual é bastante disseminado na área, tendo diferentes descrições, a depender da filiação epistemológica e teórica de cada autor. Apesar de algumas diferenças importantes no que se refere à epistemologia adotada nesta pesquisa, optamos descrever o conceito de cultura organizacional a partir da forma como Alvesson (2002) a define, pois, por se basear em uma perspectiva crítica e pensamento pós-moderno, as ideias do autor se aproximam da premissa básica de construção social. Assim, como o autor sustenta, a definição de cultura organizacional depende dos sentidos compartilhados nas relações estabelecidas em determinados locais. A “cultura é tão significativa e complexa quanto difícil de compreender e ‘usar’ de forma atenta” (Alvesson, 2002, p.1).

Conforme ele coloca, cultura organizacional é o modo como a organização funciona, desde questões estratégicas, até como os profissionais se relacionam, entre si e com os clientes, e também como o conhecimento é construído, compartilhado, mantido e utilizado, embora seja muito difícil se estabelecer conexões de causalidade entre a cultura e outras coisas. Assim, para esse autor, a cultura organizacional é significativa, apesar de complexa, por ser uma forma de compreender a vida organizacional em toda a sua riqueza e variação. Nas palavras do autor, “A centralidade no conceito de cultura vem da importância profunda dos sentidos compartilhados para qualquer coordenação das ações” (Alvesson, 2002, p.2).

Sentidos compartilhados são necessários para que as atividades organizacionais continuem em andamento, para que as pessoas coordenem suas ações de forma que lhes seja útil. Isso faz com que as interações ocorram sem que haja uma confusão constante ou necessidade de interpretação e reinterpretação de sentidos. A cultura não está na cabeça das pessoas, mas nas relações, no entre, em que os significados são publicamente expressos nas interações, no modo como organizam as atividades (Alvesson, 2002). Como colocam Gergen e Gergen (2010, p.61), “O sucesso de qualquer organização ou empresa depende, substancialmente, da capacidade de seus membros para eficaz negociação de significados”.

McNamee (2014) utiliza um gráfico circular para explicar o modo como a construção social da realidade ocorre. Podemos utilizar esse gráfico para compreender o modo como a *cultura organizacional* se constrói nas relações estabelecidas entre os profissionais, e dessa forma considerá-la, assim como no caso da *gestão, uma construção social* que se dá por esse processo descrito pela autora. O início do processo pode ser indicado em qualquer uma de suas etapas, visto que é circular.

Figura 1 – A Construção Social da Realidade

Fonte: McNamee (2014, p.111).

Uma das etapas do processo de construção social é a maneira *como as pessoas coordenam as suas ações* em uma dada situação. Por exemplo, frente a uma situação problemática, a equipe de profissionais se reúne ou solicita direcionamento da gerência? Conforme essa ação se repete com outras situações problemáticas, ela passa a ser reconhecida como a forma **correta** de se fazer, e, aos poucos, se torna um padrão, um ritual, o que se configura como outra etapa desse processo, a *construção de rituais e padrões* (McNamee, 2014; McNamee & Hosking, 2012).

Com o tempo, esse padrão torna-se uma referência, e as próximas ações são esperadas com fundamentação nesse modelo gerado pela coordenação inicial dos profissionais, portanto a terceira etapa é a *criação de expectativas*. Por exemplo, frente a novas situações problemáticas, se o padrão estabelecido foi requisitar direcionamento, a equipe espera que todos aguardem a presença do gerente para direcioná-los, e se alguém agir de maneira diferente, será questionado por não ter respeitado o modelo padrão. Essas expectativas sustentam sistemas de valores e crenças, os quais se tornam *ordens morais de referência* para as próximas ações coordenadas, ou seja, indicam o jeito considerado “correto” de agir em uma dada situação. Assim, na próxima etapa (que corresponde à primeira descrita do ciclo), os profissionais coordenam suas ações e reificam a lógica estabelecida. Esse processo, por ser cíclico, passa a ser considerado como uma verdade que antecede a participação dos profissionais, não sendo visto como passível de mudança, é entendido “como as coisas são” (McNamee, 2014; McNamee & Hosking, 2012).

Dessa forma, a cultura organizacional, considerada nesta tese como uma construção social, é algo dinâmico e, portanto, passível de mudança; ao mesmo tempo, a tendência é que alguns significados se cristalizem, sustentando a compreensão de que existe uma realidade e uma verdade, sem que os participantes desse processo notem. A reprodução desse funcionamento gera a concepção de verdade. Portanto, a *reflexão* sobre esses padrões e as razões pelas quais se estabeleceram tornam-se essenciais para que a cultura organizacional seja analisada por aqueles que a sustentam, os profissionais.

A epistemologia construcionista proporciona uma base para esse processo de reflexão. A ideia central consiste no reconhecimento de que o modo como compreendemos o mundo não está dado, é uma construção social. Essa premissa nos leva a iniciar reflexões críticas sobre o que conhecemos e sobre como esse conhecimento organiza nossas vidas sociais. Esses questionamentos correspondem ao processo de *desconstrução* ou *desfamiliarização* da realidade (Spink & Frezza, 2004). Como colocam Spink e Frezza, “O termo *desconstrução* é utilizado, aqui, para se referir ao trabalho necessário de reflexão que possibilita uma

desfamiliarização com construções conceituais que se transformaram em crenças e, enquanto tais, colocam-se como grandes obstáculos para que outras possam ser construídas” [itálico no original] (p.27).

O modelo de gestão compartilhada é uma proposta de mudança da cultura organizacional das unidades de saúde, porém, como colocado, a cultura é algo complexo e exige a exploração de uma série de fatores, não bastando “implantar” uma nova forma de atuação, ou nova normativa política, visto que os profissionais podem se manter guiados por crenças e valores (sentidos) da lógica anterior. Assim, em muitos casos, “implantam-se” rodas de conversa ou reuniões, mas o modo como essas conversas são construídas mantém a hierarquia e a participação não consciente desses processos.

Sendo assim, a tese enunciada nesta pesquisa fundamenta-se na ideia de que as realidades sociais, como a gestão e cultura organizacional das unidades de saúde, são construídas nas relações cotidianas, no modo como as equipes se formam como grupos circunscritos e limitados pelos contextos locais, sociais e histórico-culturais. Desse modo, a construção de uma nova realidade social, de uma nova cultura, exige de seus participantes a consciência de sua participação, e, ao mesmo tempo, um processo reflexivo em relação a ela, o que se faz em um trabalho de análise do processo grupal, visto que a gestão compartilhada pressupõe conversas em grupo.

O estudo dos processos grupais e as fundamentações teóricas iniciais nascem em abordagens sociológicas que buscavam compreender o funcionamento das multidões. Especificamente na Psicologia, essas produções surgem no início do século XX, e assim como exposto anteriormente, com relação à produção de conhecimento no campo das organizações, seguem uma lógica de pensamento moderna. Como coloca Guanaes-Lorenzi (2017):

... destacam-se as obras de Lewin (1970), Moreno (1974, 1978), Bion (1970), Rogers (1974) e Pichón-Rivière (1994). A despeito das diferenças e especificidades dessas teorias, elas têm como aspecto comum a busca pelo entendimento de como os grupos funcionam. Estas teorias procuram descrever como os indivíduos se comportam em grupo, analisar as relações interpessoais possibilitadas nesse tipo de *setting* e oferecer técnicas para o manejo do processo grupal” [itálico no original] (p.400).

Apesar das contribuições dessas teorias tradicionais, surgiram, aos poucos, outras correntes de pensamento que passaram a fazer reflexões críticas a esses modelos. Autores da corrente sócio-histórica e análise institucional são identificados por Guanaes-Lorenzi (2017) como possivelmente as correntes mais fortes a iniciarem esse o movimento crítico em relação às demais, as quais passaram a ser consideradas reprodutoras das ideias individualistas.

Partindo da epistemologia construcionista social, podemos compreender o grupo, assim como a cultura organizacional e a gestão, como uma construção social, ou seja, não há uma essência do que são os grupos, a definição com relação ao que são depende dos processos sociais de construção de sentidos, limitados pelo contexto sócio-histórico e cultural (Rasera & Japur, 2007). Assim, são, também, produtos do processo de construção social, como descrito por McNamee (2014). Como pontua Guanaes-Lorenzi (2017), “diferentes teorias constroem o ‘grupo’ e o ‘processo grupal’ de determinadas maneiras” (p. 402).

Com base nessa fundamentação, o grupo se torna um contexto de produção e negociação não só de sentidos, mas de realidades sociais (Guanaes-Lorenzi, 2017). Assim, os espaços coletivos de conversa, como propõe o Método da Roda, podem ser descritos como contextos privilegiados de diálogo nos quais a coconstrução de realidades sociais assume papel central. Nesse sentido, há um deslocamento, em que a atenção despendida à tarefa de definição do que são os grupos dá lugar a uma atenção voltada ao modo como as pessoas em relação conversam nos grupos, e conseqüentemente, constroem a realidade do grupo do qual fazem parte (Rasera, 2015).

Guanaes-Lorenzi (2017) propõe alguns recursos para o trabalho com grupos, os quais decorrem das principais proposições construcionistas ou da releitura, fundamentada por essa epistemologia, de outras obras. Consideramos que esses recursos podem ser úteis para a análise do processo grupal das reuniões das equipes, ou outros momentos coletivos, em busca da construção da gestão compartilhada. Os recursos trabalhados pela autora são apresentados abaixo de forma resumida:

- a) *o enfoque no processo grupal* – ao invés de manter atenção unicamente ao conteúdo do que se conversa, a proposta é que nos mantenhamos atentos ao modo *como* as pessoas estão se relacionando, com quais discursos sociais fundamentam suas ações, seus modos de compreensão, pois “...ao conversarem em grupo, as pessoas concordam entre si, confrontam seus posicionamentos, explicam-se, defendem-se, enfim, fazem coisas com a linguagem, construindo determinadas realidades e possibilidades de vida” (Guanaes-Lorenzi, 2017, p.405);
- b) *análise da construção do self nas práticas discursivas* – para os autores guiados pela epistemologia construcionista, o *self* não é uma essência, ele corresponde a um produto dos relacionamentos humanos. Estar atento ao modo como os participantes se constroem na interação, quais descrições são legitimadas pelo grupo e quais ficam periféricas, pode ser um recurso importante para o facilitador, o qual pode favorecer novas construções de *self*, e conseqüentemente, novas formas de construção grupal. A

autora (Guanaes-Lorenzi, 2017) aponta a teoria do posicionamento de Harré e Van Langenhove (1999) como um recurso útil para análise de como as pessoas constroem suas histórias e descrições de si, ao mesmo tempo em que atribuem aos outros, envolvidos no diálogo, certas “posições”, que são atributos morais e pessoais;

c) *problematização de metanarrativas* – os autores construcionistas geralmente questionam metanarrativas explicativas sobre o mundo, de forma a demonstrar como foram socialmente construídas e como são sustentadas nas relações (McNamee & Hosking, 2012). Essa é uma forma de convite a um processo reflexivo sobre o modo como funcionam nossas práticas e sobre quais fundamentos estão ancoradas. Esse tipo de questionamento pode funcionar como um disparador para o processo de problematização das metanarrativas (ou como citado anteriormente, processo de desfamiliarização);

d) *reconhecimento da dimensão ética e política do trabalho com grupos* – nas palavras da autora (Guanaes-Lorenzi, 2017, p. 409): “Pensamos que o grupo é uma tecnologia potente para o fortalecimento de redes de solidariedade e para a promoção da ideia de coletivo, valorizando-se a construção da cidadania e maior participação social”;

e) *adoção de posturas colaborativas e dialógicas na facilitação de grupos* – significa estar atento e aberto às diferenças, à pluralidade de sentidos, o que possibilita a ampliação da participação das pessoas e construção de uma relação democrática e horizontal, como coloca a autora:

o trabalho com grupos deve almejar a construção de contextos de conversa que favoreçam a ampliação dos vocabulários através dos quais pessoas descrevem a si mesmas e ao mundo em que vivem. A emergência de novos vocabulários através de conversações grupais pode criar possibilidades alternativas de ação e relacionamento, permitindo às pessoas romperem com descrições rígidas e limitantes, fontes de sofrimento. Por meio de relações responsivas e dialógicas, o grupo pode favorecer o desenvolvimento de descrições alternativas de mundo, bem como novas posições e versões de *self*. Conversas dialógicas e responsivas são vistas como mais propensas à geração de sentidos alternativos do que conversas monológicas (Shotter & Katz, 1998) [itálico no original] (Guanaes-Lorenzi, 2017, p.410/411);

f) *compreensão das diferentes teorias de grupo como opções discursivas* – a proposta é considerar as demais teorias de grupo como opções discursivas, funcionando como lentes que constroem realidades sociais e modos de descrição dos grupos. Essas lentes podem ser úteis em muitos aspectos, a depender do modo como são compreendidas, se como análises verdadeiras ou como descrições que podem gerar novos modos de compreensão e de reflexão sobre o funcionamento do grupo. Respeitar as teorias e

tradições, ao invés de afirmar um único modelo como sendo o melhor e mais verdadeiro, pode ser uma postura que em si gera recursos para conversa.

Como destaca a própria autora (Guanaes-Lorenzi, 2017) ao final de seu capítulo, esses recursos foram descritos como uma construção retórica e não devem ser assumidos como técnica. O intuito ao retomá-los nesta tese é oferecer exemplos de como a epistemologia construcionista social pode ser utilizada como recurso para se pensar e problematizar diferentes conceitos e realidades sociais – sendo um exemplo o trabalho em grupo para a gestão compartilhada. Além disso, a análise desenvolvida fundamenta-se nessas ideias, e busca demonstrar a complexidade envolvida na construção social de um grupo ou equipe que funcione em gestão compartilhada.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

2 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Como colocado, atenção e gestão em saúde correspondem a um mesmo processo, sendo impossível separá-las na prática. Contudo, a partir da revisão de literatura no momento de criação do projeto de pesquisa, em 2014, observamos que os estudiosos recorrem a essa separação, tipicamente discutindo a atenção (especificamente a relação entre profissionais de saúde e usuários no cuidado) em maior profundidade do que a gestão (Ayres, 2004, 2005, 2009a; Junges et al, 2011; Santana, Fortes, Andrade, Soares & Lima, 2012; Medeiros, Pereira, Ferreira, Marchiori & Souza, 2010; Damasceno et al, 2012).

Quanto às produções específicas sobre a gestão, em sua maioria, apontam experiência de construção de espaços coletivos, conforme indicado na cartilha do governo, ou fazem discussões teóricas sobre os fundamentos da diretriz Cogestão. A gestão também tem sido menos explorada em estudos realizados no contexto da AB (Ignácio, 2011; Simões, Rodrigues, Tavares & Rodrigues, 2017; Junges et al, 2011). Geralmente, ela é abordada no contexto hospitalar.

Assim, propomos esta pesquisa considerando a importância de se pensar a gestão como elemento fundamental e complementar da promoção do cuidado humanizado. Destacamos ainda a importância de se pensar sobre o “como” se constroem espaços relacionais de discussão e tomada de decisão, apontando para o contexto que antecede a existência desses espaços e para a cultura organizacional local, algo pouco explorado na literatura. A partir desse contexto, a pesquisa parte dos seguintes objetivos:

- ✓ **Objetivo geral:** compreender como os profissionais de saúde significam a humanização em saúde no cotidiano dos serviços da Atenção Básica, especificamente a partir do foco na gestão, que corresponde nesta pesquisa às relações entre trabalhadores nos processos de organização do trabalho em nível local.
- ✓ **Objetivos específicos:**
 - a) compreender os sentidos construídos com profissionais de saúde sobre a humanização da gestão em seu cotidiano;
 - b) compreender os sentidos construídos com profissionais de saúde sobre as ações e práticas desenvolvidas no cotidiano correspondentes à humanização da gestão;
 - c) analisar a interação estabelecida entre os profissionais no cotidiano (processos de gestão de suas atividades considerando os contextos organizacionais).

Esperamos, com esta pesquisa, contribuir para a produção de conhecimento sobre o modo como a humanização da gestão é descrita pelos profissionais e sobre como eles a

identificam em sua prática no cotidiano. Consideramos que a própria realização deste estudo tem o potencial de iniciar uma transformação da realidade social do contexto imediato pesquisado, uma vez que convida os profissionais a refletirem sobre sua prática cotidiana (Gergen, 2014), além de auxiliá-los a identificar, a partir do seu próprio contexto de trabalho, formas possíveis de se colocarem as políticas de saúde em prática. Em complemento, buscamos contribuir para incremento da literatura no que concerne a estudos sobre a gestão na PNH em um contexto de escassos estudos, como na AB, e possibilitar reflexões mais amplas sobre a humanização e seu papel na Reforma Sanitária.

MÉTODO

3 MÉTODO

3.1 Delineamento teórico-metodológico

Como descrito, esta pesquisa possui delineamento epistemológico construcionista social. Considerando a apresentação anterior sobre essa epistemologia, buscamos nesta seção justificar a escolha de se estudar a temática pela ótica do Construcionismo Social em Psicologia Social.

A Psicologia Social historicamente se fortaleceu por ser considerada importante produtora de conhecimentos sobre como os **sujeitos em relação**, ou as sociedades, organizam-se (Ibáñez Gracia, 1993). Dessa forma, a Psicologia Social e seus conhecimentos construídos podem ser utilizados em pesquisas sobre as políticas públicas, uma vez que estas se efetivam por pessoas em relação no cotidiano dos serviços de saúde (Franco & Merhy, 2006). Essa perspectiva favorece a compreensão dos modos como as pessoas têm não somente se apropriado, mas também construído novas formas de entendimento a respeito das políticas. Como coloca Ibáñez Gracia (1983), “sabemos que a Psicologia Social se insere precisamente no ponto de articulação entre o microssocial e o macrossocial” (p. 102, tradução nossa). Há, portanto, uma relação intrínseca entre a Psicologia Social e a política:

pode-se dizer que a psicologia social, é por excelência a ciência da intersubjetividade, ela forma parte dos recursos requeridos pelo governo democrático da sociedade. Trata-se, portanto, de uma disciplina diretamente implicada em uma das diversas formas de regulação política das sociedades, e nesta medida a tese de uma relação intrínseca entre a psicologia social e a política (Ibáñez Gracia, 1993, p.29).

Consideramos que o movimento construcionista em Psicologia Social pode contribuir para pensarmos a PNH e o modelo de Cogestão, uma vez que seu campo de análise inclui a produção histórica das pessoas e de coletividades que ativamente transformam e são transformadas no contexto cultural (McNamee, 2014). Em complemento, o Construcionismo tem como foco de análise as relações sociais e a linguagem, dando visibilidade à construção de **práticas que se fundamentam no processo de produção de sentidos**. Essa perspectiva valoriza os conhecimentos e práticas locais (McNamee, 2014) e, portanto, se aproxima dos princípios básicos da PNH e do próprio contexto do SUS e da Atenção Básica (Camargo-Borges, 2007; Camargo-Borges, 2014), uma vez que ambos valorizam as relações, a comunicação e a potencialidade das ações cotidianas (âmbito microssocial) para fomentar transformações culturais amplas. Outros estudos do Laboratório de Pesquisa e Estudos em Práticas Grupais, no qual a presente pesquisa foi construída, têm sido desenvolvidos ao longo dos anos explorando a potencialidade do movimento construcionista para compreensão das práticas no contexto das políticas de saúde (Silva, 2017; Martins, 2017; Menezes, 2016; Doricci, 2014; Cintra 2013).

3.2 Aspectos éticos

Esse projeto segue a Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012c). Desse modo, foi aprovado pelo Comitê de Ética (CEP) da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP), CAAE: 46453315.0.0000.5407 (Anexo A). Embora para a etapa inicial, de imersão no contexto, a autorização dos gerentes das unidades tenha sido considerada suficiente, com objetivo de caminhar na construção de uma lógica dialógica, buscamos iniciar nosso contato com os profissionais apresentando a pesquisa para toda a equipe (em reunião ou individualmente) e solicitando autorização para estar nesse contexto. Para a composição das entrevistas, convidamos os profissionais das unidades individualmente, momento em que explicamos o formato de realização da pesquisa e aspectos éticos relacionados (participação voluntária, ausência de danos previstos, benefícios esperados, garantia de anonimato, possibilidade para desistência em qualquer etapa do estudo, dentre outros cuidados éticos previstos na Resolução). Aqueles que aceitaram participar das entrevistas, após esclarecimento sobre a diferença entre os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A e B), um deles autoriza a composição de banco de dados, assinaram os documentos e receberam uma cópia assinada por nós, pesquisadoras.

3.3 Contexto

O contexto de pesquisa corresponde a duas unidades de saúde do Distrito Oeste da cidade de Ribeirão Preto-SP. Esse Distrito foi escolhido devido à proximidade existente entre a Universidade de São Paulo e a região e à facilidade de acesso nesses locais.

De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), Ribeirão Preto possuía uma população estimada, no ano de 2016, de 674.005 habitantes e uma área territorial estimada em 2015 de 650.916 km² (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016). A saúde no município está organizada de acordo com a divisão do território em distritos, havendo, ao todo, cinco distritos compostos por diferentes arranjos de unidades de saúde⁷.

As unidades são os espaços físicos de configuração da AB. Em geral, são responsáveis pelo atendimento de especialidades básicas (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e

⁷ As informações sobre a organização da saúde no município de Ribeirão Preto foram retiradas do site oficial da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Todavia, a organização das unidades de saúde e dos próprios territórios de abrangência estão em constante transformação. Enquanto algumas unidades novas são criadas, outras são desativadas, outras aderem ao Programa dos Agentes Comunitários e à Estratégia Saúde da Família, enquanto outras deixam de aderir. Portanto, é possível que essas informações não correspondam exatamente à realidade, mas servem de parâmetro para análise do contexto estudado.

Obstetrícia e Odontologia), em formato de programas ou pronto atendimento; pela realização de procedimentos cirúrgicos simples; pela imunização; vigilância epidemiológica; e registro de informações (Pereira, 2008).

O Distrito Central é composto por uma UBDS (Unidade Básica Distrital de Saúde), que oferece atendimento clínico, odontológico e soro antirrábico emergencial 24 horas, além de atendimento básico (Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Enfermagem, Assistência Farmacêutica e Vacinação) e algumas especialidades (Serviço Social, Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, Eletrocardiografia, Radiologia e Centro de Especialidades Odontológicas); um Centro de Saúde Escola (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, com duas equipes de Saúde da Família, atividades educativas e grupos de promoção à saúde); e mais três Unidades Básicas de Saúde (UBS), que oferecem os serviços básicos esperados, e, em alguns casos algumas especialidades ou programas específicos a cada contexto, porém nenhuma delas possui Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou Estratégia Saúde da Família (ESF).

O Distrito Leste possui uma UBDS, que oferece os serviços de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia (G.O.), Odontologia, Enfermagem, Assistência Farmacêutica, Vacinação, Planejamento Familiar e Assistência Domiciliar; cinco UBS, das quais somente três possuem PACS; e uma Unidade de Saúde da Família com quatro equipes.

O Distrito Norte conta com uma UBDS, que oferece atendimento de urgência e de algumas especialidades (Serviço Social, Endocrinologia, Reumatologia, Cardiologia, Dermatologia, Pneumologia, Gastroenterologia, Radiologia, Eletrocardiografia e Ultrassonografia) e atendimento odontológico. O Distrito possui ainda sete UBS, das quais duas possuem PACS e duas possuem ESF, e mais quatro Unidades de Saúde da Família.

O Distrito Sul possui uma UBDS com atendimento de urgência, atendimento básico (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Assistência Domiciliar e Planejamento Familiar), além de 3 UBS – das quais apenas uma possui PACS – e uma Unidade de Saúde da Família.

O Distrito Oeste, escolhido como contexto de realização da pesquisa, possui uma UBDS, que oferece serviço de pronto atendimento, ambulatório de especialidades médicas e não-médicas (Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia, Odontologia, Serviço Social), além do atendimento básico e de alguns programas de saúde pública (tabagismo, saúde do idoso, doenças crônicas etc.). O Distrito possui ainda dois Centros de Saúde Escola, dos quais nenhum possui PACS ou ESF; cinco UBS, das quais apenas uma possui PACS; e doze Unidades de Saúde da Família (Núcleos de Saúde da Família). Por ser um Distrito conveniado

com a Universidade de São Paulo, possui maior número de projetos de pesquisa sendo desenvolvidos. O impacto desse convênio é de certa forma positivo, pois há o desenvolvimento de programas e projetos inovadores, além de haver maior apoio por parte dos professores e alunos que utilizam as unidades como campo para estágio, residência e outras práticas. Mas, por essa razão, a sua realidade contextual não representa a realidade do município.

Escolhemos como campo da pesquisa duas unidades de saúde diferentes, uma tradicional, sem PACS ou ESF, e uma delas com Estratégia Saúde da Família, pois contemplam dois modelos de atenção presentes no município (sendo um deles de acordo com a estratégia central construída como proposta de mudança do modelo de atenção em AB, a ESF), e pela facilidade de acesso das pesquisadoras a esse contexto. Realizamos um contato prévio com essas unidades para checar a possibilidade e viabilidade de realização do estudo. Ambas demonstraram abertura para a proposta.

A UBS tradicional participante do estudo funciona de segunda à sexta-feira, das 7h às 17h, e não fecha para almoço. Oferece serviços nas áreas: Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Odontologia, Enfermagem, Assistência Farmacêutica, Vacinação e Teste do Pezinho. A equipe é composta por três médicas⁸ clínicas, duas pediatras e duas G.O., três enfermeiras (uma delas é a gerente da unidade), treze auxiliares de enfermagem, três dentistas, duas auxiliares odontológicas, duas recepcionistas (auxiliares administrativas), três farmacêuticas, duas auxiliares de limpeza e três menores aprendizes. A equipe possui, em média, 35 profissionais fixos e mais as jovens aprendizes.

O Núcleo de Saúde da Família (NSF) participante funciona também de segunda à sexta-feira, em horário distinto, das 8h às 17h, e fecha para o almoço das 12h às 13h. A unidade é composta por uma equipe mínima de Saúde da Família, sendo uma enfermeira, uma médica de família, cinco agentes comunitárias, duas auxiliares de enfermagem, uma recepcionista (auxiliar administrativa), uma segurança, e uma auxiliar de serviços gerais; além das residentes de diferentes áreas: quatro da Medicina, uma da Odontologia, uma da Nutrição, uma da Fonoaudiologia, uma da Farmácia e uma da Fisioterapia. A equipe é composta, em média, por 12 profissionais fixos (da equipe mínima), mais os residentes. A unidade oferece ações nas áreas de Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Enfermagem,

⁸ Com objetivo de manter em sigilo a identidade dos participantes utilizamos o gênero feminino para descrever o quadro de profissionais, uma vez que, em sua maioria, é composto por mulheres. Contudo, há profissionais do sexo masculino nas unidades, conforme poderá ser observado nos trechos de transcrição trazidos nos resultados. Entendemos que apresentar a todos no feminino neste momento elimina a possibilidade de que sejam identificados nesses trechos de entrevista apresentados posteriormente nos resultados.

Planejamento Familiar, acompanhamento de famílias cadastradas e atividades educativas (Secretaria Municipal da Saúde, 2014).

Importante ressaltar que a Unidade Básica de Saúde tradicional é regulada pela Secretaria Municipal de Saúde, os profissionais são todos contratados diretamente pela Prefeitura ou terceirizados (no caso dos profissionais da limpeza) pela Prefeitura. Já no caso do Núcleo de Saúde da Família sua coordenação é feita pela FAEPA (Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo), uma entidade privada, sem fins lucrativos, com contrato de concessão com a Prefeitura para organização dos Núcleos de Saúde da Família. Assim, o NSF possui duas entidades que o regulam diretamente, a Prefeitura e a FAEPA: alguns profissionais são contratados pela Prefeitura, e outros, pela FAEPA.

3.4 Construção do *corpus* e Participantes

Considerando os objetivos deste estudo, os procedimentos de construção do *corpus* foram delineados para ocorrer em duas etapas, detalhadas a seguir: 1) Imersão no campo; e 2) Entrevistas. Com o intuito de facilitar a visualização dos procedimentos conduzidos para a constituição do *corpus* (Diário de Campo e Transcrições das Entrevistas), criamos um diagrama de ilustração, apresentado na figura 2 abaixo:

Figura 2 – Procedimentos de Construção do *corpus*

1) Imersão no campo

No primeiro semestre de 2016, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, realizamos a imersão no campo com o objetivo de nos familiarizar com a rotina de cada uma das unidades de saúde. Consideramos essa imersão necessária para oferecer subsídios para a condução das conversas nas entrevistas, que tiveram como foco promover uma análise sobre o funcionamento da gestão das unidades e compreender os sentidos compartilhados pelos profissionais sobre a humanização da gestão no cotidiano do serviço. Além disso, essa imersão proporcionou importante material descritivo e reflexivo sobre a organização dos serviços e das relações estabelecidas entre os profissionais para manter essa organização, algo que será também analisado como resultado da presente pesquisa.

O início da etapa de imersão se desenvolveu de forma diferente nas duas unidades. De certa forma, a maneira como ocorreu em cada um dos lugares já demonstra parte da organização, da gestão do trabalho em cada contexto.

Para iniciar a etapa de imersão no NSF, fomos orientadas a entrar em contato com a enfermeira chefe da unidade. A enfermeira colocou, pelo telefone, a importância de conversar com a equipe sobre o início da pesquisa e decidir coletivamente quando poderíamos iniciar. Após esse momento, ela entrou em contato para agendar, para a reunião da próxima semana, a apresentação do projeto para a equipe, e reforçou a importância desse momento por duas razões: para que a equipe nos conhecesse e conhecesse também a demanda do projeto⁹. Nessa reunião fomos apresentadas e pudemos conhecer a equipe quase toda, assim, quando iniciamos a etapa de imersão no campo, a maioria dos profissionais já sabia quem éramos e o que fazíamos ali.

Já na UBS, não houve um momento formal de apresentação para a equipe, conforme será explicitado na seção dos resultados. Não conhecemos a equipe toda no primeiro dia, e passamos quase o período todo (quatro meses) conhecendo os profissionais da unidade: havia sempre alguém novo, ou alguém que estava de férias, licença, e assim por diante.

Essa primeira etapa teve duração de quatro meses, de fevereiro à primeira semana de junho de 2016, e carga horária semanal de 4 horas em cada unidade de saúde. As observações foram feitas de modo alternado. Buscamos intercalar os dias da semana e os horários, tanto no período da manhã quanto no período da tarde, com o objetivo de contemplar a rotina de

⁹ Importante ressaltar que antes do envio do projeto para o Comitê de Ética, já havíamos participado de uma reunião e apresentado o projeto para a equipe. Nesse momento, a equipe toda pôde opinar sobre a autorização do desenvolvimento da pesquisa naquele contexto. Essa segunda apresentação teve o objetivo de nos receber e relembrar a equipe sobre o projeto, pois eles já haviam autorizado o seu desenvolvimento previamente.

trabalho das unidades. Apesar desse cuidado, sabemos ser impossível ter a apropriação detalhada sobre a organização das unidades em tão curto período de tempo. A proposta dos quatro meses se justifica pela limitação do tempo previsto para conclusão da etapa de construção do *corpus* dentro do período total de realização da pesquisa de doutorado, inicialmente prevista para ser concluída em três anos. No apêndice C constam tabelas com a distribuição detalhada das datas de imersão no campo em cada uma das unidades de saúde.

Durante essa primeira etapa, permanecemos nas unidades observando o contexto organizacional e o modo como os profissionais interagem e coordenavam suas ações. O apêndice D apresenta alguns aspectos que foram demarcados, a partir do estudo da literatura, como sendo importantes para serem observados nesse período – referentes aos dispositivos e diretrizes da PNH. Delineamos como espaço de imersão todos os locais das unidades de trânsito livre, assim, circulávamos em todos os espaços, com exceção das salas onde ocorrem consultas ou procedimentos técnicos. Buscamos estar presentes, sempre que possível, nas reuniões das equipes, ou nas conversas em dupla ou grupos “informais” (nos corredores).

Para registro dessa imersão, utilizamos um diário de campo para cada uma das unidades de saúde, que funcionaram como instrumento descritivo e reflexivo sobre as experiências dessa etapa (Bogdan & Biklen, 1991). As notas feitas nos diários tiveram duas importantes funções: a) auxiliar na construção de um roteiro de entrevista que fosse condizente com a realidade de cada unidade; e b) registrar elementos do contexto, da interação dos participantes na condução da gestão, que pudessem enriquecer e dar subsídios para a posterior análise, considerando os objetivos da pesquisa.

Durante as visitas, foram feitos registros sintéticos. A escrita detalhada foi feita fora do campo e imediatamente após. Utilizamos um padrão para a escrita desses diários: buscamos indicar no cabeçalho a data de realização, por exemplo (02/05/2016), e a sequência das observações (*primeiro dia*, *segundo dia*, e assim consecutivamente), acompanhada do mês de observação (*décimo segundo dia*, *do terceiro mês*), e abaixo o dia da semana e horário da observação realizada (*sexta-feira das 8h às 12h*).

Ainda como um padrão buscamos grifar os momentos vivenciados considerados importantes (o critério de importância desses momentos refere-se ao potencial reflexivo – como eles proporcionaram ideias relevantes com relação ao tema ou à organização da gestão das unidades), ou momentos que geraram algum tipo de dúvida (grifamos para facilitar a localização das dúvidas posteriormente). As reflexões disparadas pelas observações, em geral, foram feitas ao final de cada dia, mas há também reflexões feitas ao longo das descrições. Utilizamos ainda interrogação entre parênteses (?) para indicar não haver certeza da

recordação, e colchetes [] para fazer comentários ou complementações. Os nomes dos profissionais foram substituídos para resguardar suas identidades. Sendo assim, os diários de campo estão organizados por dia de observação e compõem um total de 214 páginas digitadas no editor de textos Microsoft Word, incluindo tanto momentos de descrição de “cenas” observadas, quanto reflexões proporcionadas pela observação desses momentos, considerando o tema da pesquisa.

Após a etapa de imersão, essas notas de campo foram utilizadas para a elaboração do roteiro de entrevista com questões disparadoras. Para isso, desenvolvemos uma análise prévia do material através de releitura dos diários de campo. Nessa etapa, de análise prévia, foi realizada mais de uma leitura, conforme detalhado a seguir.

Primeiro Momento de Leitura: familiarização com o material

Nesse primeiro momento, buscamos destacar o que nos chamava atenção, considerando não apenas as observações descritas, mas também as reflexões incluídas ao longo das notas. Utilizamos como recurso a possibilidade de grifar o texto e anotar comentários no próprio arquivo do Word. O critério de importância com relação ao que se destacava nesse momento, relacionava-se, em grande medida, aos parâmetros estabelecidos para o modelo de Cogestão, considerando o que se espera de uma gestão compartilhada (conforme descrito na seção introdutória).

Segundo Momento de Leitura: organização temática

A partir da segunda leitura do material, foi possível identificar temas mais recorrentes, reflexões que surgiam em diferentes momentos de observação (tanto realizadas na escrita do diário, quanto nos comentários da primeira leitura), e que, de certo modo, indicavam o funcionamento, ou modo de se organizar, dos profissionais das unidades de saúde. Sendo assim, buscamos nomear esses temas identificados e recortar trechos dos diários de campo que correspondessem a eles. Abrimos então um novo arquivo no Word, para cada unidade, onde organizamos os temas e os trechos referentes recortados dos diários (indicando o dia de observação, mês e qual unidade de saúde). Por exemplo:

Tema: Sobre comunicação entre profissionais e população:

“Hoje o que ficou mais forte pra mim foi a questão da desumanização dos profissionais por parte dos pacientes, e de como isso afeta a saúde do profissional e as próprias relações de trabalho. E também a questão da ‘cidadania do direito’. Usuários que ameaçam profissionais de saúde (novamente desumanização)” [Trecho recortado do diário de campo – Sétimo Dia, Segundo Mês – NSF].

Terceiro Momento de Leitura: construção de questões norteadoras para entrevistas

A terceira leitura foi do recorte realizado nesse novo arquivo contendo apenas os temas e os trechos dos diários de campo. A partir desse material, elaboramos questões para cada uma das temáticas centrais identificadas. O objetivo, ao construir o roteiro de entrevista a partir dessa análise prévia do diário de campo, foi dar visibilidade para a especificidade de cada contexto, sem perder de vista os objetivos do estudo. Sendo assim, os roteiros são diferentes em alguns aspectos, mas, de maneira geral, abordam os mesmos temas extraídos da análise dos diários de campo.

Os roteiros de entrevistas contemplam três temas inter-relacionados: 1) Organização do Trabalho (Gestão da Unidade); 2) Trabalho em equipe; 3) Comunicação (entre profissionais e destes com a comunidade). Esses três temas são abordados pelo modelo específico da Cogestão, sendo o trabalho em equipe e o compartilhamento das decisões aspectos centrais. Dentro de cada tema, foram elaboradas questões específicas a cada local. Além desses três temas comuns aos dois contextos, criamos um quarto tema específico à UBS, sobre a reforma da estrutura física do local (Apêndices E e F).

Conforme pode ser observado nos roteiros, não utilizamos a palavra “Cogestão”, pois partimos do pressuposto de que, ao utilizar essa palavra precisaríamos, provavelmente, explicar o seu significado, e, desse modo, nossa conversa seria construída e pautada por essa definição, e não pelas vivências dos profissionais, como gostaríamos que acontecesse. Sendo assim, buscamos substituir a palavra “Cogestão” por “humanização da gestão” e, ao mesmo tempo, fizemos perguntas que se relacionavam com o que se espera de um modelo de Cogestão. Nesse formato, a conversa pareceu-nos mais produtiva, por dialogar de maneira mais próxima com as palavras usualmente utilizadas no contexto do trabalho. De toda forma, essa escolha construiu uma realidade, fundamentando a produção de sentidos junto aos participantes no momento da entrevista. Demos destaque a esse aspecto pois essa escolha da

supressão da palavra “Cogestão” construiu nossas conversas, e consequentemente nossos resultados.

As observações feitas na etapa de imersão, descritas nas notas de campo, constituem ainda importante material para a análise das entrevistas e para o levantamento de discussões ao longo desta tese. Além disso, após análise inicial do material, concluímos que os diários de campo deveriam ser profundamente analisados em conjunto à análise das entrevistas, com o intuito de subsidiar a proposta descrita no objetivo específico (c). Essa análise está descrita na subseção seguinte, “Procedimentos de análise”.

2) *Entrevistas*

Após a etapa de imersão e análise prévia dos diários de campo, conduzimos, na segunda etapa, o momento das entrevistas. Buscamos realizar, preferencialmente, entrevistas em grupo (grupos focais), mas, mediante a impossibilidade de condução de entrevista em grupo em uma das unidades, realizamos, também, uma entrevista individual.

O grupo focal corresponde a uma técnica de entrevista, usualmente adequada para pesquisas qualitativas que objetivem ouvir os participantes com relação a algum tema e, ao mesmo tempo, analisar as interações grupais (Kind, 2004). Assim, a escolha dessa técnica como central mostrou-se adequada aos objetivos propostos, uma vez que a interação e negociação de sentidos construídos nesse espaço constituem-se, também, como objetos de análise. Consideramos que essa interação pode exemplificar as relações estabelecidas no cotidiano e a maneira como esses profissionais dialogam para a tomada de decisões. Embora não signifique que esse momento criado (a entrevista) funcione exatamente como no cotidiano, analisá-lo em conjunto ao material produzido nos diários de campo pode nos oferecer aspectos interessantes sobre o que pode facilitar ou dificultar momentos de gestão compartilhada.

Portanto, através desse processo, buscamos detalhar e descrever o modo como os profissionais significam a gestão humanizada (objetivo específico a); descrever quais práticas ou ações, segundo o entendimento deles, exemplificam a humanização da gestão no cotidiano de suas práticas (objetivo específico b); e, com base na interação observada tanto no momento de imersão em campo, quanto nas entrevistas, buscamos analisar as relações, a organização do trabalho e o formato de diálogo estabelecido entre os profissionais (objetivo específico c) durante essas etapas, destacando aspectos que facilitam ou dificultam a construção de um modelo de Cogestão em cada um dos contextos.

Os grupos foram compostos de acordo com os critérios: aceitar participar da pesquisa, ter disponibilidade na data e horário marcados (que os participantes pudessem permanecer durante a entrevista toda sem que houvesse interrupção) e assinar os termos de consentimento de participação e de autorização para composição de banco de dados (Apêndices A e B).

No caso do Núcleo de Saúde da Família, após o momento de análise do diário de campo, entramos em contato com a enfermeira responsável pela unidade para checar qual seria a melhor data para realização do grupo, considerando os meses de julho ou início de agosto. A enfermeira conversou com a equipe em reunião e nos retornou, agendando para o dia 05 de agosto de 2016, uma sexta-feira, no horário previsto para a reunião da equipe, que ocorre geralmente das 8h às 10h, com a unidade de saúde fechada. A entrevista foi realizada na sala de reuniões, onde as cadeiras permanecem dispostas em círculo. No projeto, havíamos previsto que a duração das entrevistas seria em média de 2 horas, porém foi um pedido da equipe que pudéssemos terminar meia hora antes do horário de término da reunião para que eles acertassem alguns informes e comemorassem os aniversariantes do mês, como costumam fazer na primeira semana. Considerando esse pedido, buscamos nos adequar: utilizamos 30 minutos para explicações sobre a pesquisa e assinatura dos termos de consentimento e 1 hora para a realização do grupo focal. Essa questão do tempo, em certa medida, gerou uma limitação do potencial da entrevista, mas não houve prejuízo considerando os objetivos propostos.

Participaram da entrevista grupal no Núcleo de Saúde da Família 16 profissionais: 1 fonoaudióloga, 2 auxiliares de enfermagem, 2 agentes comunitárias, 2 médicas residentes, 1 auxiliar de serviços gerais, a coordenadora da unidade, 1 recepcionista (auxiliar administrativa), 1 fisioterapeuta, 1 médica que cobre folgas em diversas unidades (“folguista”), 1 médica de saúde da família, 1 dentista, 1 enfermeira e 1 farmacêutica. A segurança da unidade não costuma participar das reuniões, pois ela atende o portão caso alguém necessite de algo enquanto a unidade está fechada para a reunião. Dentre os profissionais que não estavam presentes, 3 agentes comunitárias de saúde faltaram por motivo de férias e licença-maternidade, uma médica residente, devido ao seu horário de trabalho ser no período da tarde, e uma das profissionais que compõe a equipe multiprofissional, por questão de horário também. Consta nas tabelas 2, 3, 4 e 5 as informações gerais dos participantes, as quais foram colhidas por uma lista de presença entregue no dia da entrevista, e uma análise descritiva dessas informações.

Apresentamos essas tabelas com um levantamento da frequência das respostas relativas aos dados gerais dos participantes por compreendermos que a composição de cada

grupo e a maneira como a conversa foi conduzida dependem, em grande medida, das pessoas que deles participam – dos discursos sociais que carregam de acordo com suas histórias de vida (Spink, 2004). A formação de um grupo em que a maior parte dos participantes é composta por essa ou aquela categoria profissional, com maior ou menor tempo de atuação na unidade de saúde e com determinado grau de escolaridade são aspectos que influenciam as conversas construídas nesses espaços. Por esse motivo, buscamos oferecer nesta descrição, da composição do *corpus*, informações gerais que indiquem as especificidades dos participantes das entrevistas em cada um dos contextos (NSF e UBS).

Tabela 2 – Função dos profissionais participantes da entrevista (NSF) e representatividade em quantidade e porcentagem de cada função

Função	Nº Participantes	Porcentagem
Auxiliar Administrativa	1	6%
Auxiliar de Enfermagem	2	13%
Auxiliar de Limpeza	1	6%
Enfermeira	1	6%
Médica Família	2	13%
Agentes Comunitárias	2	13%
Médicas Residentes	2	13%
Residente Farmácia	1	6%
Residente Odontologia	1	6%
Residente Fisioterapia	1	6%
Coordenadora	1	6%
Residente Fonoaudiologia	1	6%
TOTAL	16	100%

Tabela 3 – Escolaridade dos participantes da entrevista (NSF), distribuição quantitativa e porcentagem desse levantamento

Escolaridade	Nº Participantes	Porcentagem
Superior Completo	13	81%
Ensino Médio	3	19%
TOTAL	16	100%

Tabela 4 – Tempo de atuação dos profissionais na unidade de saúde (NSF), distribuição quantitativa e porcentagem desse levantamento

Tempo na Unidade	Nº Participantes	Porcentagem
Menos de um ano	4	25%
Um a dois anos	10	62%
Acima de dois anos a três anos	2	13%
TOTAL	16	100%

Tabela 5 – Idade dos participantes da entrevista (NSF), distribuição quantitativa e porcentagem desse levantamento

Idade	Nº Participantes	Porcentagem
Entre 20 e 30 anos	6	37,50%
Acima de 30 a 40 anos	6	37,50%
Acima de 40 a 50 anos	1	6%
Acima de 50 a 60 anos	2	13%
Acima de 60 anos	1	6%
TOTAL	16	100%

Considerando o número de participantes no contexto do NSF, contamos com a ajuda de uma “auxiliar de pesquisa” no momento de realização da entrevista grupal. Colega do grupo de pesquisa e com familiaridade na temática pesquisada, sua presença teve como objetivo apoiar a pesquisadora que conduziu a entrevista, fazendo anotações sobre as movimentações do grupo (aspectos que não são captados em áudio), e, ao mesmo tempo, auxiliá-la caso fosse necessário mediante alguma demanda do grupo.

No caso da Unidade Básica de Saúde tradicional, após a análise parcial do diário de campo e confecção do roteiro da entrevista, entramos em contato com uma das enfermeiras responsáveis pela unidade para checarmos a possibilidade de agendarmos as entrevistas em grupo, porém ela iria entrar de férias e solicitou que falássemos diretamente com a gerente. Conversamos com a gerente, que ficou de nos retornar, mas antecipou que talvez não seria possível fazermos conversas em grupo, pois a unidade não fecha para o almoço e não possui um momento de reunião coletiva. Considerando a especificidade do contexto, cogitamos realizar entrevistas individuais por entender que essa impossibilidade de reunir as pessoas para uma entrevista coletiva já seria um importante dado sobre o tema pesquisado.

Após alguns dias, a gerente entrou em contato informando que na sexta-feira, dia 29 de julho, não haveria agenda para as médicas e, portanto, o movimento da unidade estaria menor do que o usual. Caso fosse possível, elas tentariam reunir pequenos grupos, de modo que, enquanto um grupo estivesse na entrevista, os demais cobririam as atividades dos profissionais entrevistados. Concordamos e nos preparamos para estar o dia todo na unidade de saúde e nos organizar da melhor maneira possível. Logo que chegamos, conversamos com uma das enfermeiras responsáveis pela unidade. Ela comentou novamente que não sabia se seria possível montarmos grupos, mas se dispôs a ajudar. Colocamos apenas a importância de que não houvesse interrupção durante a entrevista. Diante desse pedido, ela solicitou que tentássemos fazer entrevistas de, no máximo, 1 hora, com o que concordamos.

Foi possível realizar nesse dia 3 grupos focais e uma entrevista individual. O primeiro grupo foi composto por 3 auxiliares de enfermagem, 1 auxiliar administrativa e 1 farmacêutica, total de 5 pessoas. O segundo grupo foi composto por 1 médica pediatra, 1 auxiliar administrativa e 4 auxiliares de enfermagem. O terceiro grupo foi composto por 1 auxiliar de serviços gerais e 2 auxiliares de enfermagem. E a entrevista individual foi feita com a enfermeira, pois já não havia mais profissionais disponíveis na unidade que pudessem compor com ela um grupo para a entrevista. A sala em que realizamos as conversas foi improvisada, utilizamos a sala de atendimento de uma das médicas que não atenderia no dia. A sala era pequena e com uma mesa no canto; procuramos colocar cadeiras em formato de círculo, mas a mesa acabava “quebrando” a roda. Embora tenha sido improvisado, foi um espaço bom, considerando o número de participantes, em uma sala fechada e reservada. Abaixo constam as informações gerais dos participantes dessa unidade divididas em quatro tabelas, numeradas 6, 7, 8 e 9.

Tabela 6 – Função dos profissionais participantes da entrevista (UBS) e representatividade em quantidade e porcentagem de cada função

Função	Nº Participantes	Porcentagem
Auxiliar Administrativa	2	13%
Auxiliar de Enfermagem	9	59%
Auxiliar de Limpeza	1	7%
Farmacêutica	1	7%
Enfermeira	1	7%
Médica Pediatra	1	7%
TOTAL	15	100%

Tabela 7 – Escolaridade dos participantes da entrevista (UBS), distribuição quantitativa e porcentagem desse levantamento

Escolaridade	Nº Participantes	Porcentagem
Superior Completo	5	33,5%
Superior Incompleto	2	13%
<i>continua</i>		
<i>continuação</i>		
Técnico	2	13%
Ensino Médio	5	33,5%
Ensino Fundamental	1	7%
TOTAL	15	100%

Tabela 8 – Tempo de atuação dos profissionais na unidade de saúde (UBS), distribuição quantitativa e porcentagem desse levantamento

Tempo na Unidade	Nº Participantes	Porcentagem
Menos de um ano	2	13%
Um a dois anos	3	20%
Acima de dois anos a três anos	4	26%
Acima de três a quatro anos	2	13%
Sete anos	1	7%
Oito anos	1	7%
Treze anos	1	7%
Vinte e seis anos	1	7%
TOTAL	15	100%

Tabela 9 – Idade dos participantes da entrevista (UBS), distribuição quantitativa e porcentagem desse levantamento

Idade	Nº Participantes	Porcentagem
Entre 20 e 30 anos	1	7%
Acima de 30 a 40 anos	4	26,5%
Acima de 40 a 50 anos	5	33%
Acima de 50 a 60 anos	4	26,5%
Acima de 60 anos	1	7%
TOTAL	15	100%

No caso dessa unidade, como os grupos foram menores, não contamos com a presença e participação da auxiliar de pesquisa. A pesquisadora que conduziu a conversa buscou transcrever as entrevistas imediatamente após, para que fosse possível recordar os movimentos do grupo não captados pela gravação em áudio.

Em todos os grupos, iniciamos a conversa contextualizando a pesquisa e o objetivo da composição das entrevistas. Embora tenhamos delineado algumas questões disparadoras para cada uma das unidades (Apêndices E e F), considerando o contexto observado, cada conversa grupal ou individual teve um andamento particular e abordou, em alguns casos, assuntos diferentes, isso porque buscamos nos manter responsivos na conversa (McNamee, 2005; Spink, 2004), construindo questões a partir não somente do roteiro de entrevista semiestruturado, como também do próprio fluxo conversacional em cada caso. As conversas desenvolvidas foram gravadas em áudio (gravador digital de voz Sony ICD-PX 312) e transcritas integralmente no editor de textos Microsoft Word. As entrevistas transcritas compõem um total de 102 páginas.

Embora as entrevistas em grupo nos ofereçam aspectos importantes sobre o modo como os profissionais se organizam em espaços coletivos de conversa, consideramos ser possível que a composição do grupo para uma entrevista inibisse alguns dos participantes entrevistados, que por vezes deixam de dizer algo importante ou por vergonha, por estar em grupo, ou até mesmo por questões relacionais desconhecidas pela pesquisadora. Por esse motivo, e com a intenção de abarcar esse aspecto, construímos, como parte da entrevista, um mini-questionário (Apêndices E e F) com questões abertas, para ser respondido individualmente e logo após a entrevista grupal, não sendo necessária a identificação dos nomes. O questionário é composto por três questões que buscam identificar se ficou algo por dizer, se, normalmente, eles se sentem à vontade para fazer colocações que consideram importante, e, por fim, se identificam transformações em si mesmos, considerando que o trabalho, em geral, modifica o modo de pensar e agir dos trabalhadores (Campos, 2007).

3.5 Procedimento de análise

É possível descrever dois momentos de análise na pesquisa, cada um deles com um objetivo específico: construção do *corpus* e análise do *corpus* constituído. O primeiro momento foi descrito como pré-análise dos diários de campo. O objetivo dessa pré-análise foi selecionar aspectos de interesse para serem conversados nas entrevistas, o que resultou na confecção dos roteiros de entrevista semiestruturada. Já o segundo momento de análise

buscou responder aos objetivos descritos na pesquisa, a partir do *corpus* constituído (diários de campo e transcrições das entrevistas). A seguir detalhamos os passos desse segundo momento, pois o consideramos como a análise do *corpus* propriamente dita.

3.5.1 Análise das Transcrições das Entrevistas

Como colocado, realizamos entrevistas, tendo sido uma entrevista individual e as demais em grupo, chamadas grupos focais. Os grupos focais podem ser delineados com base em diversas perspectivas teóricas (Kind, 2004). Neste estudo, eles foram desenvolvidos e analisados com inspiração e adaptação da proposta de Raser e Japur (2007), que, coerentemente com esta pesquisa, fundamenta-se na perspectiva construcionista social. Essa abordagem objetiva analisar tanto a produção de sentidos sobre o objeto de pesquisa quanto o próprio processo de construção grupal e das relações que se constroem nesse espaço de negociação. Embora essa metodologia tenha sido desenvolvida pelos autores para a análise de um grupo terapêutico, consideramos que as etapas desenvolvidas nos auxiliam a organizar o material e a construir sentidos sobre ele, sem perder de vista a interação e a ordem da construção dos assuntos. A entrevista individual foi analisada da mesma maneira, pois além de auxílio na organização do material, essas etapas proporcionam uma análise voltada para o processo de construção da conversa, seja ela do grupo ou entre pesquisador e participante.

De acordo com Spink e Menegon (2004), o rigor na pesquisa construcionista social possui um sentido distinto do usual na epistemologia moderna. O rigor, no caso de uma epistemologia construcionista, a qual não indica o melhor método de pesquisa *a priori*, significa descrever detalhadamente todos os passos realizados no estudo. Essa descrição convida o leitor a acompanhar a construção da pesquisa e de seus resultados, permitindo reconhecer como a pesquisa se constituiu enquanto uma prática social circunscrita pelo contexto em que foi produzida e pelos participantes desse processo, estando aqui incluído o próprio pesquisador. Buscamos descrever, a seguir, os passos dados para a construção da análise, de modo a manter o rigor metodológico da pesquisa. Assim, conforme desenvolvido por Raser e Japur (2007), realizamos os seguintes passos de análise:

Transcrições

As transcrições literais das gravações se constituem como importante passo da análise. Nelas são indicadas observações visuais anotadas durante a realização dos grupos, como, por

exemplo, entonação da voz, expressões, movimentos corporais, etc. Conforme padrão proposto por Schifffrin (1987, citado por Rasera & Japur, 2007) e adaptado: o ponto final indica pausa, finalização da declaração; o ponto de interrogação indica a entonação no formato de pergunta, entonação ascendente com pausa; a vírgula indica entonação contínua (embora em alguns casos haja pequenas pausas, a vírgula indica que o conteúdo ainda não foi finalizado); e o ponto de exclamação indica um tom animado.

Além desses, criamos ainda demarcadores próprios para a transcrição das entrevistas, apresentados na tabela 10.

Tabela 10 – Símbolos de transcrição e seus significados

Símbolo	Significado
(?)	Dúvida sobre quem falou, ou sobre conteúdo.
...	Pequena pausa no meio da fala (como se a pessoa estivesse pensando, ou buscando palavras para continuar).
(...)	Indica supressão de uma parte da entrevista.
[]	São indicados entre colchetes comentários sobre entonação das falas, risos, choro, sobre acontecimentos não detectados pelo áudio, sobre algo considerado pela pesquisadora como sendo importante de ser falado ou lembrado, sobre aspectos que foram omitidos na transcrição para manter sigilo das identidades, sobre indicação de pausa na conversa, sobre a interrupção das falas ou falas atravessadas umas pelas outras.
/	Indica quebra na fala, mudança brusca.

Vale destacar que todos os nomes dos participantes foram alterados com o intuito de manter suas identidades preservadas.

Cada entrevista foi transcrita em um arquivo separado, tendo sido nomeado pelo local de realização (NSF ou UBS), seguido pela letra “E” de entrevista, e, no caso da UBS, pelo número de 1 a 4 (pois realizamos 4 entrevistas). Dentro dos arquivos indicamos no cabeçalho a data de realização da entrevista, o local, os participantes e a duração da gravação. As páginas foram numeradas, e as linhas foram numeradas e reiniciadas a cada página. Essa numeração tem a função de facilitar a localização dos trechos nas transcrições literais. Sendo assim, após os trechos apresentados na análise como ilustração das entrevistas, indicamos um

código que corresponde à unidade de saúde, à qual entrevista o trecho se refere, qual a página e qual intervalo de linhas. Por exemplo, o código: UBS - E1 P1 L4-12 significa que o trecho de entrevista se refere à entrevista 1 realizada na UBS, estando na página 1 e linhas 4 a 12.

Leitura Flutuante, Curiosa e Intensiva

A leitura intensiva proporciona uma visão global da conversa e capacidade para identificar temáticas negociadas nesse processo. Nessa etapa, buscamos retomar o contato com as entrevistas e com o modo como conversamos sobre as questões, sem ter como intuito realizar qualquer categorização ou sistematização. Com essa aproximação do material, iniciamos uma etapa de observação dos momentos que se destacavam, considerando os objetivos do estudo. Esses momentos foram demarcados com a inserção de comentários ao longo das transcrições, os quais posteriormente nos auxiliaram na edição do material e na construção das descrições das delimitações temático-sequenciais. Aos poucos, tornou-se possível identificar como fomos construindo conjuntamente (entrevistador e participantes) as entrevistas, como foi a participação de cada um, e, até mesmo, o que esse modo de conversa nos diz sobre a temática em estudo.

Construção de delimitações temático-sequenciais

Após leitura intensiva do material, torna-se possível identificar momentos específicos na conversa que funcionam como delimitações. Essas delimitações contemplam o conteúdo da conversa grupal (o que se conversa) e o modo como ocorrem as negociações de sentidos (como se conversa), o que dá visibilidade às formas de se relacionar que surgem a partir dessa negociação, por exemplo: os participantes apoiam a fala uns dos outros? Rejeitam? Criticam? Como o grupo se constitui ao negociar sentidos?

Como colocam os autores (Rasera & Japur, 2007), a delimitação temático-sequencial não busca apenas descrever o conteúdo da conversa, mas, também, os momentos de interação que se tornaram possíveis a partir dessa negociação. Portanto, para fazer as delimitações temático-sequenciais, são utilizados dois critérios, o conteúdo das falas e o modo como os participantes interagem (processo). A delimitação e divisão dos momentos indica mudança no fluxo da conversa, em termos de processo e/ou conteúdo.

Para essa etapa da análise, imprimimos as transcrições e, a partir de novas leituras, fomos traçando delimitações dos momentos da conversa. Sempre que havia uma mudança no

fluxo conversacional, desenhávamos um traço, com intuito de fazer um recorte e definir o momento.

Após essa etapa, iniciamos o processo de edição do material. Abrimos um novo arquivo no Word, no qual passamos a nomear cada um dos momentos, na sequência em que aparecem nas entrevistas, junto a um nome construído com base no foco observado. Por exemplo, o **Momento 1** (primeiro momento na sequência da entrevista) – **Rodada de apresentação** (qual foi o foco desse momento). Dentro desses momentos buscamos descrever a sequência da conversa apresentando, de maneira sucinta, o conteúdo e o modo como foi sendo conversado, um resumo de cada trecho da entrevista. Importante destacar que a descrição do que foi conversado nas entrevistas já se constitui como uma produção de sentido do pesquisador sobre o *corpus* analisado (Spink, 2004). Essa etapa corresponde a uma edição do material e se constitui como parte da análise que engloba “o que se conversa” e o “como” se conversa.

Nessa descrição, buscamos manter a ordem das falas, entendendo que essa sequência nos informa a participação de cada um na construção dos temas. Mantivemos também algumas observações da pesquisadora entre colchetes (conforme símbolo estabelecido nas transcrições). Por exemplo: **Momento 6 – Negociando o sentido de reunião.** Descrição: Maria descreve que a recepção não participa das reuniões porque não precisa, elas [receptionistas] não interferem no trabalho das auxiliares. Júlia complementa dizendo que só chamam [gerentes] para reunião se tiver algum assunto relacionado diretamente com o trabalho. Maria diz que na equipe anterior era necessário fazer reuniões porque a recepção interferia a todo momento no trabalho da enfermagem, queriam orientar do jeito delas [reunião como um lugar para se orientar o trabalho errado]. Mas hoje não precisa reunir porque a recepção ajuda no trabalho da enfermagem.

Seleção dos momentos

A etapa de seleção de momentos depende, em grande medida, dos objetivos delineados. Após edição do material e início da construção de sentidos, conforme descrito no item anterior, selecionamos os *momentos nos quais negociamos os sentidos* sobre a humanização da gestão nas unidades (objetivo específico a) e sobre as ações compreendidas pelos profissionais como práticas de gestão humanizada no cotidiano de trabalho deles (objetivo específico b). Inicialmente, fizemos uma seleção e análise dos momentos referentes a esses temas para cada entrevista, porém, conforme realizamos a construção de sentidos,

utilizamos outros momentos que nos informavam sobre aspectos citados quando os participantes falavam sobre humanização da gestão. Por exemplo, sobre trabalho em equipe, que foi algo conversado em diferentes momentos das entrevistas e que fez parte do levantamento de sentidos sobre a humanização da gestão.

Com apoio da descrição feita na delimitação temático-sequencial e retorno ao diálogo estabelecido nas entrevistas transcritas, construímos um novo arquivo no Word no qual demos nomes aos sentidos negociados para cada um dos temas (humanização da gestão e práticas identificadas), e, ao mesmo tempo, recortamos os trechos dos diálogos dos quais construímos os sentidos, de forma a manter esse material organizado. Por exemplo:

Momento 14 – Negociando sentidos sobre humanização da gestão

Descrição: Giovanna pergunta o que eles consideram ser a humanização da gestão do trabalho. Júlia diz sobre a escala e a possibilidade de opinar nessa organização. Giovanna checa o entendimento. Júlia concorda reforçando sua resposta de que é a possibilidade de organizar o trabalho e, ao mesmo tempo, considerar o que é melhor para eles. Elisa fala que para ela tem a ver com pensar no que é melhor para o funcionário e também para o paciente. Maria concorda com Elisa. Giovanna pergunta para João e Patrícia o que acham. João concorda. Giovanna pergunta se acrescentariam algo. Patrícia diz que seria muito feliz se perguntassem para ela onde gostaria de ficar [aqui me deixa em dúvida se ela estava “denunciando” uma diferença de tratamento – alguns opinam enquanto outros não], e diz entender a necessidade de aprender todas as posições de trabalho. Maria concorda com essa necessidade. Júlia diz da possibilidade de opinar no horário de entrada e saída. Maria reforça que ao fazer o que gosta a pessoa trabalha melhor, e diz que lá procura organizar a escala considerando isso.

Um dos sentidos construídos sobre humanização da gestão deste momento:

1) Poder opinar na organização do trabalho (escala).

Trecho da entrevista:

Giovanna: (...) Com relação à humanização da gestão do trabalho, o que vocês pensam sobre isso? (...)

Júlia: Me veio a escala, estar dispensando a gente, da chefia pensar no funcionário, o que é o melhor pra gente... você poder escolher uma escala...

Giovanna: É... aí quando você pensa em humanização, é nesse sentido de poder opinar sobre a escala que é o que vai definir o seu trabalho...

Júlia: Isso, é o que for melhor pra gente. Achar o que for melhor pra mim.

Humanização, é isso que eu pensei... (UBS – E1 P18 L14-23).

Após a seleção dos momentos e posterior levantamento e construção dos sentidos para cada um dos temas (humanização da gestão e ações práticas identificadas pelos profissionais) em cada uma das entrevistas, construímos uma tabela com o objetivo de agrupar esses sentidos. A análise que descreve os sentidos não tem o objetivo de levantar a frequência ou representatividade com que cada um aparece. Assim, buscamos descrever todos os sentidos construídos na análise.

Embora não tenhamos uma preocupação com a representatividade, uma vez que nosso objetivo não é generalizar as informações, mas sim compreender a construção social local, consideramos importante nos manter atentos às peculiaridades de cada grupo formado nas entrevistas, afinal os sentidos são construídos nos momentos de interação em que as pessoas carregam para suas conversas os contextos históricos em que estão inseridas e também suas histórias de vida (Spink, 2004), mesmo que essas peculiaridades de cada grupo não tenham sido destacadas nesta tese. Em nossa análise, levamos em consideração as diferenças gerais entre NSF e UBS e mantivemos os sentidos agrupados por contexto, conforme pode ser visto nas tabelas primárias indicadas no Apêndice G.

Após essa etapa de agrupamento e delimitação em cada contexto, fizemos uma nova leitura e buscamos reconhecer as semelhanças entre os sentidos para que pudéssemos refinar nossos resultados e reuni-los como sentidos referentes a subtemas, conforme indicado em novas tabelas (Apêndice H).

Após a construção dos sentidos e organização das tabelas primárias, observamos que os sentidos construídos sobre a humanização da gestão estavam, em grande medida, baseados nas *experiências reconhecidas pelos profissionais no cotidiano como sendo humanização da gestão*. Assim, em muitos momentos, os sentidos dos dois eixos analíticos (correspondentes aos dois objetivos específicos) ficaram próximos em seu conteúdo. Partindo de uma abordagem construcionista social, compreendemos esse fato como intrínseco ao processo de *produção de sentido*, em que a linguagem é considerada em seu caráter performático (Burr, 2003; McNamee, 2010; Gergen, 2009; Gergen, 2014). Sendo assim, sentido e ação de humanização da gestão correspondem a um mesmo processo, em que o discurso não está descolado da prática, ele a constrói.

Vale destacar que, no momento das entrevistas, questionamos esses aspectos de forma separada por entendermos ser possível haver diferença entre o que se conhece em termos de política e o que se faz na prática (podendo haver inúmeros fatores para essa diferença, como falta de recursos, acordos políticos, dentre outros). Os profissionais poderiam, assim, descrever que humanização da gestão significa ter conselho gestor na unidade de saúde, e, posteriormente reconhecer que, embora o conselho gestor seja uma prática da Cogestão, na realidade do contexto da unidade não foi possível implantá-lo por diferentes razões.

De certo modo, ter como resultado a semelhança nas respostas indica que *o que os profissionais conhecem corresponde, em boa parte, ao que já fazem*. Assim, acreditamos que não conhecer o modelo de Cogestão em sua teoria e em sua proposta política dificulta a sua construção na prática, uma vez que os profissionais não possuem um repertório linguístico, e consequentemente prático, para colocá-lo em ação.

Por esse motivo, optamos por reconstruir esses resultados fazendo um novo reagrupamento de temas e sentidos descritos em tabelas, as quais apresentam nossos resultados na seção 4.3. Essas novas tabelas descrevem práticas de humanização da gestão e quais sentidos as sustentam, ou seja, quais compreensões de humanização da gestão constroem as práticas descritas pelos profissionais. Assim, o que inicialmente foi apresentado de forma desvinculada (sentidos x práticas), nessa última tabela é apresentado como partes de um mesmo processo, em que os sentidos indicam práticas e as práticas indicam os sentidos (sentidos $\leftarrow \rightarrow$ práticas). Essa análise foi desenvolvida com inspiração em Guanaes e Japur (2005) e buscou dar ênfase para a possibilidade de construção de efeitos e implicações. Importante destacar que não consideramos esses aspectos a partir de uma lógica linear, causal e determinista.

Com relação ao objetivo específico (c), os resultados foram desenvolvidos a partir da análise dos diários de campo, a qual será melhor descrita após o detalhamento das etapas para a construção dos resultados referentes à produção de sentidos nas entrevistas.

Análise dos momentos selecionados

Com base no aporte teórico referente à temática – Cogestão e PNH –, buscamos iniciar a discussão dos sentidos construídos nos momentos selecionados. A partir das conversas estabelecidas nos grupos e da literatura referente ao tema, procuramos desenvolver uma discussão dos resultados com algumas questões que traduzem os objetivos: Como a Cogestão é descrita pelos profissionais? Em que se aproxima e em que se distancia da proposta política?

Quais as repercussões possíveis desse(s) entendimento(s)? Quais ações do cotidiano foram identificadas e nomeadas pelos participantes como humanização da gestão? Elas correspondem ao traçado na política? Em que aspecto? Há práticas inovadoras identificadas nos contextos estudados? Como elas contribuem para a construção de conhecimento sobre a humanização da gestão? Essas questões nortearam a análise das entrevistas, e, também, a análise descrita a seguir, dos diários de campo.

3.5.2 Análise dos diários de campo

Após análise das entrevistas, retomamos a leitura dos diários de campo com objetivo de destacar *aspectos contextuais e relacionais* que influenciam a construção do modelo de gestão de cada unidade. Com esse levantamento, analisamos se e, como, esses aspectos se aproximam ou afastam de uma gestão compartilhada, conforme compreendida e descrita com os profissionais nas entrevistas e em diálogo com os parâmetros estabelecidos nos fundamentos ideológicos da Cogestão na PNH.

Esse momento se configura como segunda análise dos diários de campo. Retomamos o conteúdo dos diários na íntegra e fomos construindo um novo documento (arquivo do Word) em que descrevíamos os aspectos contextuais e relacionais observados por dia. Por exemplo, o trecho que no diário de campo estava descrito dessa forma:

Mas me chamou bastante atenção o modo como a conversa fluiu, a dinâmica do grupo me pareceu funcionar como um grupo de trabalho. Todos estavam ali com um objetivo, aparentemente comum, todos se sentiam responsáveis pelo que conversavam, todos pareciam livres para expressar suas opiniões, para discordar, ou para dar novas ideias. Mesmo com relação aos comentários que a gerente fazia. Vi, em vários momentos, a gerente dizer algo, e alguns da equipe refletirem sobre o que ela falou, proporem algo diferente e ainda negociarem o que seria possível. Em alguns casos, era necessário que alguém se candidatasse para algo pontual, por exemplo, uma palestra, ou reunião em outro lugar. A ideia era lançada e os profissionais que se ofereciam para fazer. Não vi uma delegação de atividades acontecendo. Hora ou outra os profissionais faziam alguma brincadeira e descontraíam um pouco a reunião (Trecho recortado do diário de campo – Primeiro Dia, Primeiro Mês – NSF).

Após essa nova leitura, esse trecho era descrito no novo arquivo de forma resumida indicando a centralidade do que foi observado e, também, analisado:

Primeiro dia do primeiro mês – 06/02/2016

Dinâmica do grupo na reunião – grupo de trabalho – aparente engajamento de todos – opinavam, discordavam da gerente e da enfermeira em alguns momentos, se candidatavam para as atividades (não era algo delegado, mas uma escolha). Buscavam delinear, conjuntamente, ações frente aos assuntos. A participação acontece no modo como se relacionam – cultura participativa/gestão compartilhada dos assuntos. Aspectos que parecem favorecer: ter o lugar e o momento para fazer uma reunião coletiva; a forma como a reunião foi conduzida (convite para pensarem juntos); relação anterior a esse momento que faz com que se sintam à vontade para participar (quais são os elementos desse contexto que favorece esse modo de se relacionar?).

O intuito ao fazer esse novo arquivo foi o de reduzir os dados, organizar as informações contidas nos diários, e ao mesmo tempo, levantar elementos para serem analisados e discutidos. Essa organização nos permitiu ter uma visão global de *aspectos marcantes*, como, por exemplo, dispositivos, formas de receber novos profissionais, funcionamento das reuniões etc., que contribuíram para a análise e descrição de cada modelo de gestão, em termos contextuais e relacionais. Para descrever esses modelos e seu funcionamento, delineamos os aspectos específicos a cada unidade os quais serão detalhadamente descritos na seção de resultados e conectados com a análise das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados correspondem à análise das entrevistas em seu conteúdo, além de reflexões realizadas durante a etapa de imersão em campo e sua posterior análise. Desenvolvemos como resultado central uma descrição da cultura construída em cada uma das unidades de saúde, pautada em três focos centrais: o contexto, a dinâmica relacional e a produção de sentidos. Esses focos, embora estejam apresentados separados, na prática estão imbricados e geram influências mútuas. A descrição da cultura fundamentou-se nos parâmetros específicos do modelo de gestão compartilhada indicado como uma das diretrizes da PNH.

Com a intenção de facilitar a visualização da análise, construímos uma figura que representa os três focos e a forma como consideramos que se relacionam ao sustentar a cultura observada, com influências mútuas (a seta não tem começo e fim, apontando para todas as direções), e, ao mesmo tempo, limitados por um contexto sócio-histórico, o qual participa das possibilidades de transformação ou manutenção dessa cultura local observada.

Consideramos a complexidade envolvida no tema trabalhado e também as limitações de nossa análise, que não abarca todos os aspectos envolvidos na construção social da cultura de cada unidade de saúde; há muitos elementos que ficam de fora. Contudo, o recorte analisado nos permite construir essa descrição que, apresentada no formato da figura abaixo, pretende facilitar a visualização do caminho percorrido e descrito como resultado, de forma a manter o rigor da pesquisa (Spink & Menegon, 2004).

Figura 3 – Ilustração da Análise descrita nos resultados

A forma como o contexto específico de cada unidade se organiza influencia no modo como os profissionais se relacionam e vice-versa, um aspecto reforça e retroalimenta o outro. Contudo, esse processo não se dá de maneira linear, mas sim de forma complexa, uma vez que há outros fatores que influenciam essa construção. Esses dois aspectos, por sua vez, geram possibilidades de entendimento com relação ao próprio trabalho e ao modo como ele é desempenhado pelo grupo de profissionais. Essas possibilidades de entendimento correspondem aos sentidos construídos nas entrevistas, ao modo como os profissionais, em diálogo com as pesquisadoras, descrevem a gestão das unidades e analisam ações correspondentes à humanização.

Para apresentar os resultados, organizamos o texto da seguinte forma. Primeiramente descrevemos as especificidades de cada contexto observado. De maneira geral, é possível notar que as diferenças contextuais favorecem ou limitam a possibilidade de se construir um modelo de gestão compartilhada. Nesse sentido, a análise e discussão desenvolvidas permanecem ancoradas nessas diferenças. Importante destacar que não pretendemos indicar qual das equipes é melhor no que se refere à gestão compartilhada, mas sim aquela que mais se aproxima do que preconiza a política e quais são os aspectos que facilitam ou dificultam essa aproximação. Nossa compreensão parte do princípio de que **os modelos de atenção das unidades são diferentes e constroem realidades distintas para a organização dos processos de trabalho** das equipes, que, muitas vezes, se adaptam à realidade organizacional e trabalham com os recursos que possuem.

Após apresentação do contexto, descrevemos alguns elementos da dinâmica relacional estabelecida entre os profissionais de cada uma das unidades de saúde. Essa análise busca responder ao objetivo específico (c), com relação à dinâmica das equipes em cada contexto, o que se articula à construção de sentidos detalhada no próximo item.

Como terceiro subitem dos resultados, descrevemos os sentidos construídos durante as entrevistas sobre humanização da gestão e sobre ações práticas, resultados que contemplam os objetivos específicos (a) e (b). Esses objetivos têm em comum o foco central no conteúdo e são atravessados pela forma como a equipe se descreve e como significa sua atuação.

4.1 Aspectos Contextuais das Unidades de Saúde

4.1.1 Núcleo de Saúde da Família

A história de criação do NSF participante do estudo decorre da construção dos demais Núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste. A iniciativa foi realizada a partir de 1999 por Professores do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, que identificaram a necessidade de haver um espaço para atuação prática da Residência em Medicina Geral e Comunitária com Ênfase em Família. A instalação dessas unidades, a partir de 2001, contou com apoio da Secretaria de Saúde do Estado e do Município, além do apoio de docentes de outras faculdades, como a Escola de Enfermagem, Psicologia, Odontologia dentre outras (Caccia-Bava, 2005).

Os professores que encabeçaram esse projeto montaram uma banca examinadora única, que selecionou os profissionais contratados para compor as equipes. Essa banca delineou valores importantes a serem avaliados durante a seleção, os quais, posteriormente, foram incentivados ao longo da composição dos grupos, o que nos indica uma construção da cultura organizacional já pautada em um projeto ético-político coerente aos preceitos da ESF. Houve, desde o início, valorização da gestão participativa, visto que as reuniões de equipe eram incentivadas a acontecer toda semana. Outro aspecto relevante corresponde ao critério de seleção dos médicos, que obrigatoriamente deveriam ter formação em Medicina de Família.

Atualmente, ao analisarmos a estrutura organizacional do Núcleo de Saúde da Família, notamos que sua composição ainda permite uma cultura participativa e uma noção de corresponsabilidade, em que todos possuem um único objetivo, apesar das especificidades de cada função. Notamos que o modelo organizacional de uma unidade com Estratégia Saúde da Família possui aspectos estruturais, próprios desse modelo, que facilitam a construção da Cogestão.

Neste item, descreveremos as características do contexto pesquisado, promovendo, ao mesmo tempo análises sobre essa descrição. Como colocam Calderon e Verdi (2014), é necessário que haja condições objetivas para que a Cogestão aconteça, como o estabelecimento de tempo e espaço para a reflexão, os quais podem ser considerados aspectos da estrutura contextual. Buscamos, também, refletir sobre os efeitos que esse modo de organização parece gerar na equipe, considerando as relações estabelecidas entre os profissionais, e na manutenção de uma cultura participativa predominante na unidade. Assim, os aspectos destacados foram escolhidos por serem considerados centrais para a manutenção

da cultura organizacional observada, descrita com maiores detalhes ao longo de toda análise da seção de resultados.

Dentre as características do contexto, destacamos: *o horário de funcionamento, equipe multiprofissional e necessidade de reuniões, formação do médico, agentes comunitários, e organização do espaço físico*. Importante ressaltar que esses não são os únicos fatores que facilitam a manutenção da cultura participativa, contudo foram os que escolhemos destacar em nossa construção da análise.

Com relação ao *horário de funcionamento*, observamos que, no contexto do Núcleo de Saúde da Família, a equipe possui certa flexibilidade e margem para negociar momentos de fechamento da unidade com algumas finalidades específicas. Embora o horário e a carga horária sejam previstos e predeterminados pela PNAB e pela Prefeitura, a equipe pode se organizar para fechar a unidade nos momentos de reunião geral e no horário de almoço.

As reuniões gerais com a presença de todos podem gerar como efeito a noção de pertencimento e participação, além de possibilitar o compartilhamento de informações de maneira coletiva e democrática. Assim, todos da equipe têm acesso às questões e demandas do contexto e podem ser convidados, a depender do modo como a reunião ocorre, a participar. Além disso, há nesse contexto a condição básica para que todos participem: o fechamento da unidade, mas sem deixar de oferecer acesso à comunidade em casos de urgência. A equipe coloca um aviso do lado de fora do portão que informa sobre a reunião e sobre o horário de abertura da unidade, além de sugerir que apertem a campainha em casos urgentes. Nesses casos, o segurança (único da equipe que não participa das reuniões) é o responsável por abrir o portão, e, se for o caso, chamar alguém da equipe. Ter segurança na unidade é algo que auxilia os profissionais e que não existe em todas as unidades da cidade. Há, inclusive, muitos assaltos em unidades de saúde no município de Ribeirão Preto, conforme notícias frequentes no jornal local da cidade¹⁰.

Com relação ao período de almoço, o fechamento da unidade favorece o contato interpessoal da equipe e proporciona, inclusive, momentos de confraternização, como chegada ou despedida de profissionais e aniversários. Esse aspecto facilita o potencial de construção da gestão compartilhada, pois oferece condições para o fortalecimento da equipe. Fechar a unidade para o almoço possibilita que momentos coletivos ocorram sem que com isso haja

¹⁰ <http://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2016/12/posto-de-saude-invadido-por-ladros-volta-atender-em-ribeirao-preto.html>
<http://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2017/02/contra-roubos-servidores-da-saude-de-ribeirao-protestam-e-param-10-postos.html>

algum prejuízo para a população, uma vez que os usuários podem solicitar a abertura em casos de urgência.

A nova PNAB (Brasil, 2017) indica como recomendação que as unidades de saúde tenham um funcionamento com carga horária de pelo menos 40 horas semanais, no mínimo cinco dias da semana. A portaria também indica como possibilidade a pactuação de horários alternativos, desde que não deixe de atender às necessidades da comunidade. Contudo, há uma recomendação expressa para que a unidade não feche em horário de almoço:

recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo o acesso da população. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente a necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local (Brasil, 2017, p.74).

Essa recomendação considera como objeto de análise **o acesso**, que **parece se resumir à abertura da unidade de saúde**. Porém, a partir da análise realizada, indicamos que o fechamento da unidade pode, a depender do modo como é utilizado, gerar benefícios para a equipe de profissionais e, conseqüentemente, **gerar maior compromisso** no que se refere ao seu trabalho e ao modo como a unidade se organiza, considerando inclusive o modo como se oferece o acesso. Por outro lado, muitos usuários trabalham em horário comercial e utilizam o horário de almoço para resolver questões do cotidiano. Com o fechamento da unidade, essa parcela da população pode ser prejudicada em suas necessidades, o que nos mostra **a importância de se pactuar aspectos como esse coletivamente**, com abertura para que essas tensões apareçam e sejam manejadas em gestão compartilhada com a população da área de abrangência.

O segundo aspecto contextual levantado se refere à composição da *equipe multiprofissional* e conseqüente *necessidade de reuniões* periódicas. Nesse modelo de atenção proposto na ESF, o trabalho é realizado por equipe multiprofissional, a qual é cobrada e avaliada pelo número de reuniões que faz. O Programa de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica, instrumento de avaliação das Unidades Básicas de Saúde – ao qual o NSF aderiu –, inclui como um de seus indicadores a frequência de realização das reuniões de equipe. Essa necessidade dos momentos coletivos está também atrelada ao preenchimento dos documentos (prontuários e levantamentos de dados do Sistema de Atenção Básica – SIAB, atualmente e-SUS) que dependem de uma comunicação mínima entre auxiliar de enfermagem, médico, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Essa característica da composição da equipe multiprofissional e da necessidade de reuniões, favorece o potencial de construção de

uma gestão compartilhada, pois assim como no caso do item anterior, oferece subsídios para que ela aconteça.

Ainda considerando as características desse modelo de atenção, para atuar na Saúde da Família, o ideal é que o médico possua formação em Medicina de Família, considerando a saúde em seu caráter integral. Essa característica relacionada à *formação do médico*, corresponde a um aspecto que pode favorecer o potencial de construção da gestão compartilhada, pois nesse modelo o médico é convidado a compreender que o seu papel se complementa com o papel dos demais profissionais da equipe. Assim, o convite é perceber que o cuidado integral depende da atuação corresponsável de todos, e não da palavra final determinada somente por ele. No contexto específico do NSF participante, a médica responsável fez residência em Medicina de Família e Comunidade em um dos NSF do distrito, tendo uma formação fortemente voltada para a integralidade e para o fortalecimento do trabalho da equipe multiprofissional. A forma como ela demonstrou compreender a sua atuação e a maneira como ela se posicionava frente à equipe pareceu facilitar o trabalho coletivo em diferentes momentos, o que, conforme análise descrita, favoreceu a construção de uma gestão compartilhada.

Como parte importante da equipe multiprofissional desenhada para atuar no modelo da ESF estão os *agentes comunitários de saúde*. A presença desses profissionais favorece o olhar integral, uma vez que eles são os responsáveis por compreender a vida dos usuários para além das demandas apresentadas nas consultas. As visitas domiciliares que fazem permitem maior diálogo com a realidade dos usuários, de forma a integrar esses aspectos de ordem social e contextual aos momentos de discussão dos casos que ocorrem entre os profissionais. A presença e atuação dos agentes podem funcionar como convites para o cuidado integral. Esse olhar focado na integralidade exige da equipe corresponsabilização, e, portanto, favorece e fomenta a gestão compartilhada.

Atualmente, com a nova portaria que regulamenta a PNAB, o papel do agente comunitário sofreu algumas alterações. Além de serem incluídas atividades antes atribuídas unicamente aos técnicos de enfermagem, há uma indicação de que esses profissionais incluam em seu trabalho o papel do agente de endemias (Brasil, 2017). Essas mudanças precisam ser avaliadas com muita cautela, uma vez que o papel do agente comunitário tem sido descrito como fundamental para o bom funcionamento da ESF. Um outro aspecto de mudança a partir da nova PNAB corresponde à flexibilidade dada aos municípios para compor as equipes, não havendo mais uma indicação do número de agentes (Brasil, 2017). Essas mudanças podem ser vistas como potenciais perdas de algo que ainda estava em plena construção. No que concerne

à gestão compartilhada, a presença dos agentes comunitários parece reforçar a necessidade de que a equipe se reúna para pensar sobre o modelo de atenção, e, consequentemente, sobre o modelo de gestão que atenda às necessidades identificadas. Os agentes trazem elementos complexos que exigem da equipe um trabalho conjunto e reflexivo.

Por fim, consideramos importante dar visibilidade à *organização do espaço físico*, ou ambiência, como um aspecto relevante do contexto. De acordo com a PNAB, “ambiência de uma UBS refere-se ao espaço físico (arquitetônico), entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais” (Brasil, 2017, p. 70).

Em nossa análise descrevemos a ambiência do NSF como acolhedora para os usuários, e, do que pudemos observar, funcional para os profissionais. O Núcleo está organizado em uma casa que possui vários cômodos, os quais são utilizados como salas para atendimento, recepção, sala de reunião e sala de trabalho dos profissionais. Nossa análise não nos permite dizer se a unidade está equipada com o que se espera em termos de normas, pois não é nosso objetivo descrever esses aspectos, além de não possuímos competência técnica para tal. Apenas notamos que o espaço onde os usuários aguardam atendimento é arejado, coberto, com bebedouro e bancos, além de cartazes com informações importantes sobre o modo como é realizado o acolhimento, sobre a emissão de atestado médico e sobre o Conselho Local de Saúde. Há, também, uma pequena brinquedoteca para as crianças, e uma mesinha para que elas possam pintar desenhos, impressos pela recepcionista da unidade. Durante os quatro meses de observação, não presenciamos filas grandes e nem pessoas aguardando em pé.

Essa organização do espaço nos pareceu garantir um conforto mínimo para os usuários que aguardam o atendimento, e, também, para os próprios profissionais, que possuem condições físicas/espaciais para realizar as suas atividades, inclusive com relação aos momentos de reunião de equipe. Ter uma sala destinada à reunião, com cadeiras dispostas em círculo, computador, lousa e ar-condicionado, favorece a construção de uma gestão compartilhada.

4.1.2 Unidade Básica de Saúde Tradicional

A UBS participante do estudo foi inaugurada na cidade em 1987, portanto é anterior à Constituição de 1988 a qual instituiu o SUS. Seu funcionamento inicial mantinha a Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e sala de vacina. A população procurava

atendimento indo até a unidade e solicitando consulta. Por ser uma unidade antiga, passou por uma série de mudanças ao longo de seu processo histórico. O modelo de gestão sofreu transformações que acompanhavam os modos de operar dos gerentes nomeados para coordenar a unidade em cada momento. Por um período, tiveram a composição de uma Equipe de Saúde da Família, em que os médicos já contratados passaram a atuar nesse novo modelo, embora não tivessem formação em Medicina de Família e, posteriormente, a unidade permaneceu somente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o qual também se extinguiu. Embora não seja objetivo desta pesquisa descrever em detalhe essa longa história, resgatá-la minimamente nos oferece parâmetros para analisar o modo como o contexto se constrói.

Atualmente, a Unidade Básica de Saúde tradicional possui um modelo de gestão e uma estrutura organizacional distintos dos que foram descritos sobre o Núcleo de Saúde da Família. O modelo de atenção, característica do contexto, difere, conforme será explicitado abaixo, o que gera um funcionamento da equipe bastante diverso e com pouco subsídio estrutural para a construção de uma gestão compartilhada.

O que se observa nesse contexto é a predominância de uma cultura organizacional fortemente pautada na divisão de tarefas e de responsabilidades por setor, o que gera uma rotina estruturada com baixa necessidade de participação e de compartilhamento das decisões. O critério de escolha dos aspectos destacados abaixo foi, assim como no caso do Núcleo de Saúde da Família, observar os efeitos que eles geram, como a possibilidade de manutenção da cultura observada, em que há menor nível de corresponsabilização e compartilhamento da gestão.

Dentre os aspectos do contexto dessa unidade tradicional participante do estudo, destacamos nessa análise: *estrutura organizacional, modelo médico e ausência de reuniões, horário de funcionamento, e organização do espaço físico*.

A *estrutura organizacional* da Unidade Básica de Saúde se construiu a partir de um modelo de atenção anterior ao SUS e à Estratégia Saúde da Família. Embora as Unidades Básicas de Saúde compoñham a rede de Atenção Básica do município e possuam ações próprias e diferentes das do Núcleo de Saúde da Família, o modelo de atenção se mantém, em muitos casos, fortemente pautado no modelo médico, e a unidade tende a funcionar como um pronto atendimento.

Hoje as unidades tradicionais podem aderir ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde ou à Estratégia Saúde da Família (desde que respeitados os parâmetros mínimos), mas a estrutura organizacional nuclear de uma unidade tradicional se mostra bastante diferente de

uma unidade de Saúde da Família, pois não preconiza tão fortemente a atuação da equipe multiprofissional. Assim, consideramos que mesmo com a implantação do PACS ou ESF, devido à estrutura organizacional do contexto, algumas dificuldades seriam enfrentadas pelos profissionais para que pudessem atuar como uma equipe corresponsável. No caso da unidade participante do estudo, não há PACS ou ESF. Houve PACS no passado, mas os profissionais não viam muito sentido para a atuação dos agentes comunitários naquele contexto, uma vez que o enfoque são as consultas médicas vistas como independentes da atuação dos agentes.

Pelo que foi possível notar, a unidade participante tem como objetivo oferecer agendamento de consulta em Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia, como era em seu início. Os profissionais chegam a verbalizar que a unidade tem como foco a prevenção, e descrevem: “ou seja, agendamento de consulta antes que a doença se instale”. Interessante notar que esse sentido sobre prevenção de doença e promoção da saúde se constrói de maneira bastante peculiar na interface com o discurso médico. Nesse contexto, essas palavras passaram a significar agendamento de consulta médica para prevenir doenças e, na visão dos profissionais, promover saúde não contempla outras práticas para além da consulta médica preventiva.

Além disso, a unidade tradicional oferece serviços como curativos, administração de medicamentos, coleta de exames, vacinação e farmácia para retirada de medicamentos. O enfoque nesse contexto são as consultas, os exames e medicamentos.

A unidade funciona, portanto, com base em um *modelo médico*, em que *a responsabilidade pelos pacientes é atribuída ao médico*. Esse aspecto contextual diz também sobre a estrutura organizacional que delimita as possibilidades de ação dos profissionais. Os auxiliares de enfermagem possuem um papel prioritário em receber os pacientes antes da consulta e orientá-los após a consulta, mas as decisões são tomadas pelo médico e são comunicadas para o paciente e auxiliar de enfermagem através de formulários, receitas e pedidos de exames preenchidos. No contexto da UBS tradicional, não há centralidade na atuação da equipe multiprofissional, mas sim na atuação do médico com auxílio dos demais profissionais.

Como não é previsto um trabalho e responsabilização da equipe, *não há reuniões nesse contexto*. As reuniões não são previstas ou cobradas como necessárias, como é o caso da unidade com Estratégia Saúde da Família que funciona a partir da atuação da equipe multiprofissional. O revezamento dos profissionais é também um fator que influencia nesse aspecto de não haver reunião com todos. Esse revezamento se deve ao horário de

funcionamento da unidade e ao contrato de horas dos profissionais que corresponde, em sua maioria, a 30 horas semanais.

Assim, o *horário de funcionamento* é também um aspecto contextual importante, pois diferente do Núcleo, a Unidade Básica não fecha para o almoço ou para reuniões de equipe. Ela funciona das 7h às 17h, e para que isso aconteça, há o revezamento de duas equipes de profissionais. Não há, portanto, a possibilidade de haver reunião com todos, nem no horário de almoço, pois eles se revezam tanto para almoçar, quanto para trabalhar, em que uma parte inicia logo cedo e sai no início da tarde, e a outra parte inicia no final da manhã e sai no final da tarde. Sendo assim, o horário de funcionamento também não oferece subsídio mínimo para que ocorra uma reunião com a participação de todos. Dessa forma, a cultura pouco compartilhada se mantém.

Outro aspecto contextual corresponde à *organização do espaço físico* da unidade, ou *ambiência*. Sua disposição encontra-se ao redor de um grande pátio em cujo centro há um banco de concreto que atravessa o salão. Ao redor desse pátio, há várias portas, que correspondem às salas de atendimento, de curativo, de medicação, sala do dentista, sala das enfermeiras, sala da gerente, banheiros, recepção e acesso para a cozinha. Não há uma sala grande onde caibam todos os profissionais no caso de haver uma reunião. Na área externa, o quintal é amplo, mas a farmácia estava sendo construída no momento da pesquisa. Há também no pátio diversos murais com alguns informes, bebedouros, ventiladores e uma televisão que nem sempre está ligada. O movimento na unidade varia muito, em alguns momentos não há ninguém na sala de espera, já em outros há um grande número de pessoas a ponto de não se ter espaço para que todos aguardem sentados. Nos momentos de maior movimento, o barulho é intenso e o espaço torna-se muito pouco confortável, pois significa muito tempo de espera com pouca estrutura. Não há um espaço específico para as crianças, em geral, elas ficam por ali correndo, ou sentadas com os pais. Esse fator pode ser uma consequência do número de habitantes da área de abrangência da unidade. Em 2010 foram estimados, pelo censo IBGE, 12.331 habitantes na área, em comparação à 2.227 habitantes na área de abrangência do NSF (Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2018).

Consideramos que apontar essas diferenças contextuais e suas implicações para a manutenção das culturas organizacionais observadas nos auxilia a analisar e discutir os resultados apresentados a seguir. Cada contexto possibilita a construção específica de um modelo prático de gestão que, nem sempre, pode funcionar de maneira compartilhada (conforme indicam as cartilhas do Ministério da Saúde quanto a esse tema, sobretudo a partir do princípio da transversalidade), devido às limitações da estrutura organizacional do local.

Da mesma maneira, cada contexto possibilitou a construção de uma entrevista (inclusive com relação ao seu processo de funcionamento) e de um entendimento sobre o que vem a ser uma gestão humanizada.

4.2 Dinâmica Relacional das Equipes de Saúde

4.2.1 Dinâmica Relacional do Núcleo de Saúde da Família

A equipe multiprofissional do Núcleo de Saúde da Família demonstra funcionar da forma como se descrevem durante a entrevista, com protagonismo, autonomia em alguns momentos, corresponsabilidade e conhecimento quanto à indissociabilidade entre atenção e gestão. Podemos reconhecer que a cultura desse contexto é predominantemente humanizada e participativa, uma vez que apresenta, em boa parte do tempo, um funcionamento que corrobora e sustenta os princípios norteadores da PNH, e da diretriz específica da Cogestão.

Porém, a análise do cotidiano, da dinâmica relacional, demonstra a complexidade que atravessa as relações interpessoais nesse contexto. Apesar de predominar uma cultura humanizada, colaborativa, democrática e com gestão compartilhada, em alguns momentos a relação pode se tornar hierárquica, focada na figura no médico ou do gestor, algo construído socialmente e, muitas vezes, sustentado pelos profissionais de saúde sem que percebam, já que se tornaram formas de organização pautadas em sistemas de valores não mais questionados (McNamee, 2014).

Considerando os dispositivos indicados na cartilha sobre gestão participativa e Cogestão, descritos na introdução desta tese, o NSF apresenta apenas a composição da equipe, a qual é considerada um colegiado. Uma análise rápida nos levaria a concluir que não há “implantação” dos dispositivos apresentados na cartilha para além da composição da equipe, e, portanto, não há gestão compartilhada nesse contexto.

Contudo, conforme indicado por Campos (2007), a gestão compartilhada pode ocorrer a partir de quatro modalidades: 1) conselhos de Cogestão; 2) colegiados de gestão; 3) *dispositivos* (que aqui significam promoção de encontros entre distintos sujeitos como assembleias, reuniões, sessões para discussão de caso, oficinas de planejamento, grupos com função específica etc.); e, 4) *diálogo e tomada de decisão no cotidiano*.

A análise da dinâmica da equipe do NSF demonstra um funcionamento através do que Campos (2007) nomeou como *dispositivo*, pois, como será apontado a seguir, a equipe constrói diferentes momentos coletivos a depender de sua necessidade; e como *diálogo e*

tomada de decisão no cotidiano, que corresponde a alguns momentos “informais” em que os profissionais conversam nos corredores, com a intenção de discutir algo e decidir conjuntamente.

Como a própria PNH indica, não há um modelo único a ser seguido, são os aspectos do cotidiano, da organização relacional e contextual que indicam a construção de uma gestão compartilhada, a partir do modo como os profissionais se relacionam e como constroem os espaços de conversa coletiva. Como colocam Martins e Luzio (2014, p.1101), “A PNH. . . . como uma experimentação a partir de sujeitos concretos que passam a utilizar de forma singular as diretrizes, os dispositivos e o método como ferramentas para repensar a si mesmos, os processos de trabalho e o SUS”.

Neste subitem da análise buscamos descrever o que compreendemos como *facilitadores relacionais* construídos no cotidiano da unidade. Assim, descreveremos os facilitadores e, em seguida, apresentaremos uma análise do modo como eles funcionam e, em que medida, as relações estabelecidas sustentam uma participação e gestão compartilhada ou, em contrapartida, se afastam do que propõe a gestão compartilhada.

O intuito dessa análise é dar visibilidade para os processos de construção social da gestão compartilhada e como as relações e o modo como as pessoas se comunicam permitem ou restringem essa construção, mais do que a simples “implantação” de espaços coletivos. A nossa tese se fundamenta na premissa básica do movimento construcionista social de que as realidades sociais são construídas por nós em nossas relações cotidianas, as quais são circunscritas pelo contexto local, social e histórico-cultural no qual vivemos. Portanto, essa análise busca demonstrar que, por ser uma construção social, ela ocorre de forma complexa e permeada por discursos sociais dominantes, pela organização social de âmbito macro.

Ao longo do texto, discutiremos os seguintes facilitadores: *liderança relacional enfermeira-equipe*, *construção de espaços coletivos de conversa*, *organização de momentos coletivos para além das atividades profissionais e grupos para usuários*. Com a intenção de ilustrar aspectos que subsidiaram nossa análise, apresentaremos recortes do diário de campo, e, também, da entrevista com a equipe.

O primeiro facilitador apontado corresponde à forma como a *liderança da enfermeira* é exercida, construída e sustentada na relação com os demais. Essa forma de liderar corresponde a um fator importante para a construção relacional do diálogo e da gestão compartilhada nesse contexto, algo também destacado pela equipe no momento da entrevista. Ao longo dos meses de imersão no campo, a enfermeira da unidade se mostrou bastante interessada em estudar assuntos como comunicação, gestão de conflitos, processos grupais e

outras abordagens com enfoque nas relações interpessoais. Muitas vezes, ela chegou a nos perguntar referências sobre esses temas, dizendo que considerava importante esse conhecimento sobre como lidar com as pessoas e com a equipe.

Em diferentes momentos, pudemos observar sua valorização da participação dos profissionais, abrindo espaço para que se corresponsabilizassem frente às demandas trazidas para ela. Além disso, demonstrou tranquilidade para estar em conversas coletivas, mesmo aquelas que envolviam algum tipo de conflito. O que nos chamou bastante atenção foi a sua forma de estar **com** os profissionais, pois sua presença não trazia direcionamentos ou orientações, mas trazia escuta às necessidades de cada um. Apresentamos a seguir alguns trechos do diário de campo que ilustram esses aspectos:

Trecho 1

*A enfermeira entra na sala perguntando se alguém havia chamado por ela. A [nome] e a agente nova contam de um episódio que viveram ao saírem para visitar a área. [Supressão do texto - As agentes contam a situação e solicitam a ajuda da enfermeira]. A enfermeira diz que vai ligar para Secretaria de Saúde e para o gerente para se informar sobre o que fazer. Dali uns 10 minutos, ela volta dizendo que foi informada a escrever um e-mail relatando o acontecimento. Ela pergunta se as agentes podem, e elas dizem que sim. **Ela senta no computador, na sala das agentes, e vai escrevendo o e-mail com ajuda da nova agente. Antes de enviar ela lê em voz alta para as duas e confere se elas concordam. Ela queria incluir [supressão – outras informações], mas as agentes acham melhor deixar apenas este fato e ela concorda** (Diário de Campo - Sétimo dia do segundo mês).*

Trecho 2

*Entrei na recepção e ali estavam a enfermeira e uma agente. [Supressão do texto - elas comentam sobre uma situação conflituosa](...), decidem que precisam **conversar com todos abertamente**, e a enfermeira combina que na reunião de amanhã fará uma conversa aberta com todos. Ela comentou comigo que sempre há conflitos, **e me perguntou do curso de comunicação não violenta**. Conversamos sobre isso, e ela pediu indicação de livro, fiquei de passar para ela (Diário de Campo – Oitavo dia do segundo mês).*

Além desses momentos apresentados, outros dois que exemplificam a postura de liderança relacional da enfermeira e a forma como ela se coloca em conversa, atenta à comunicação e à relação que estabelece, são: um apontamento feito por ela em uma das reuniões com a equipe sobre a dinâmica do grupo, e o diálogo estabelecido em outra reunião, entre a coordenadora da unidade, a médica e ela, na qual negociavam entendimentos e condutas frente a algumas questões.

Em geral, as reuniões do Núcleo são conduzidas com discussão de pontos e reflexão sobre eles, questionamentos são levantados e, para alguns deles, são definidas condutas; para outros, porém, embora levantados, permanecem em aberto e sem definição de entendimento compartilhado. Esse aspecto, sobre o modo como funcionam, é algo reconhecido pela enfermeira que busca, a sua maneira, apontar para a equipe. Com isso, ela demonstra uma sensibilidade ao processo grupal, recurso descrito por Guanaes-Lorenzi (2017). O seu comentário, descrito a seguir, fundamenta-se em uma análise do processo grupal (modo como se relacionam) e não somente do conteúdo, sobre o que falam durante a reunião.

[Reunião de Equipe] A enfermeira traz uma observação de que percebeu que na última reunião algumas pessoas tiveram entendimentos diferentes sobre os assuntos abordados, por isso foi tentando anotar todos os combinados (Diário de Campo – Quarto dia do segundo mês).

Para além desse aspecto que, em muitas situações, prejudica o entendimento e a coordenação da equipe, a enfermeira, nessa reunião, demonstrou certa sensibilidade para questões de comunicação, como a possibilidade de diferentes entendimentos frente a um mesmo aspecto. Essa sua forma de conduzir, observada também em outras conversas, ajuda a construção de entendimentos, e, ao mesmo tempo, valoriza as diferentes posições. Esse modo de condução se aproxima do recurso trabalhado por Guanaes-Lorenzi (2017) com relação à adoção de posturas colaborativas e dialógicas no trabalho com grupos. Como exemplo citamos a reunião com a médica e a coordenadora:

*A enfermeira coloca [frente a um questionamento da coordenadora] “Se a senhora quiser passar a gerir isso, eu não me oponho, eu tenho meu jeito de conduzir, e fico insegura de decidir se libero ou não, **eu quero saber desta conversa qual é o meu papel e qual é o da senhora?** Porque eu não me oponho de liberar quando pedem, desde de que não atrapalhe a rotina”, a gerente diz que é necessário ter*

“bom-senso” e a enfermeira responde dizendo “eu arrepio os cabelos quando escuto dizer de bom-senso, porque cada um tem um bom-senso, se eu for continuar conduzindo, vou conduzir da forma como estou fazendo, não julgo qual pedido é mais importante, libero todo mundo”, a gerente diz que é importante olhar se isso não atrapalha na produção (Diário de Campo - Nono dia do segundo mês).

Ao dizer que “cada um tem um bom-senso”, a enfermeira coloca a possibilidade de que há diferentes sentidos sobre o que é “bom-senso”. A partir dessa sensibilidade ela busca, sempre que possível, checar o entendimento dela e das pessoas com as quais conversa, estando atenta a esse processo de construção conjunta de sentidos. Com isso, em muitos momentos, evita que se construam acordos firmados a partir de subentendidos, o que pode gerar conflitos futuros, e, ao mesmo tempo, constrói corresponsabilidade com relação ao que se compreendeu.

A equipe, por sua vez, relata na entrevista reconhecimento quanto à liderança da enfermeira, considera-a como um aspecto positivo para a forma como se organizam e conduzem suas atividades. A equipe, portanto, sustenta e constrói conjuntamente esse posicionamento¹¹ de líder relacional assumido pela enfermeira. Destacam a maneira como essa liderança ocorre, com o fomento da corresponsabilidade e apoio mútuo. Como colocam Gergen e Gergen (2010, p. 62), “Ninguém poderá atuar como líder se não se associar a outras pessoas no processo de criação de significado”. Os trechos da entrevista destacados a seguir ilustram a análise desenvolvida:

Trecho 1

*Sabrina [residente]: Eu só... só queria é, pontuar, a professora falou [coordenadora – a equipe a chama de professora] do ponto de vista legal [sobre a organização da gestão da unidade], mas acho que do ponto de vista de dinâmica, a [enfermeira] tem uma posição de liderança. Além de, é... de supervisora assim [fala num tom de “coisa séria”], é, é mais... **a gente... enxerga nela uma líder, que, que... tenta incluir todo mundo, né?** E... só queria, pontuar isso... (NSF - E P3 L9-12).*

¹¹ As palavras “posicionamento” e “posições” utilizadas nesta análise se referem à Teoria do Posicionamento, citada por Guanaes-Lorenzi (2017) e desenvolvida por Harré, R. & Van Langenhove, L. (eds). (1990). Positioning: the discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 20 (1), 43-63.

Trecho 2

*Enfermeira: Isso [se refere ao nome dado pela pesquisadora de “corresponsabilidade” à fala de uma das participantes que diz que lá no núcleo eles sempre decidem as coisas juntos] tinha sido o que eu tinha anotado aqui, corresponsabilidade. Acho que **pra quem está um pouco mais nessa posição de liderança, colocar e decidir e pensar juntos**, e, e sair o fruto dessa, dessa discussão, é... pra ser operacionalizado no cotidiano, faz mais sentido pra mim, acho que esse modelo faz sentido também pra, pra aquilo não ficar desconectado, né? Veio de fora e só operacionalizar aquilo. Acho que é um **senso de corresponsabilidade e construção coletiva** (NSF – E P3 L31-34, P4 L1-2)*

Com essa fala, a enfermeira descreve como entende o papel de liderança que busca desempenhar, tendo como valor norteador a participação e construção conjunta, para que dessa forma faça sentido para todos, o que gera uma noção de corresponsabilidade. Estar sensível a esses aspectos impacta diretamente na maneira como ela se coloca em relação, como coordena suas ações junto à equipe (McNamee, 2014), o que mantém uma cultura participativa na unidade, sustentada e valorizada por todos, ou seja, uma construção social, que se dá na negociação de sentidos, nas relações. Contudo, vale lembrar que o contexto, o modelo de atenção favorece essa construção, não sendo possível identificar o que é causa e o que é consequência, como no gráfico circular apresentado por McNamee (2014).

O outro facilitador observado para a manutenção da cultura participativa corresponde à *construção de espaços coletivos de conversa*. Esse aspecto pode ser compreendido como facilitador e, também, como uma consequência da predominância da cultura participativa já instaurada, pois é algo bastante presente no NSF. A construção de espaços coletivos corresponde, de maneira geral, a uma das indicações da PNH no que concerne aos espaços de participação democrática. Considerando que os profissionais se veem como corresponsáveis pelas ações e resultados de sua atuação (o que será detalhado na próxima subseção dos resultados), os espaços coletivos acabam sendo uma necessidade que aparece em momentos até mesmo inesperados frente a alguma questão.

Portanto, além das reuniões pré-definidas existentes - por exemplo, reunião administrativa, reunião de supervisão da enfermeira com agentes comunitários, reuniões de discussão de caso, reunião de consultoria com psiquiatra e familiares para casos identificados como específicos de saúde mental, reunião com alunas do Direito -, há, também, momentos de reunião espontânea frente às necessidades dos profissionais.

Durante o período de imersão no campo, pudemos acompanhar alguns exemplos de reuniões solicitadas ou que ocorreram de maneira espontânea: uma reunião dos agentes comunitários com a médica e com enfermeira (solicitada pelos agentes comunitários para alinharem seu trabalho ao da médica); uma reunião da enfermeira com agentes para resolver questões da chegada de uma nova agente comunitária; uma reunião entre médica, enfermeira e gerente da unidade; além de momentos de conversa informais que ocorrem nos corredores, mas que contêm um funcionamento de participação coletiva e construção conjunta de decisões.

Contudo, uma análise profunda desses espaços nos permite identificar como as relações de poder e a cultura social ainda fortemente pautada no modelo médico atravessam esse funcionamento. Esses aspectos podem gerar, a depender do modo como as relações se desenvolvem e constroem a cultura local, uma gestão em modelo hierárquico, impositivo e informativo, que ocorre até mesmo em momentos coletivos, em rodas (as quais, em geral, são automaticamente relacionadas à participação e tomada de decisão coletiva). Assim, apesar de haver o espaço de reunião, o funcionamento construído, pela maneira como as pessoas se relacionam, pode tornar-se, **em momentos específicos**, pouco participativo e democrático, o que demonstra que o simples “implantar” rodas e reuniões não é suficiente.

Com a intenção de demonstrar essa análise, escolhemos alguns momentos do diário de campo para ilustrar o modo como as relações vão ocorrendo, e como elas vão oscilando entre participação coletiva e posicionamentos informados pelas relações de poder que determinadas profissões ou cargos carregam em nossa sociedade, como, por exemplo, a profissão do médico no contexto da saúde.

[Reunião solicitada pelos agentes comunitários para a enfermeira com a nova médica]

*Um dos agentes iniciou dizendo para a médica o motivo de solicitação da reunião – **saber o que ela esperava do trabalho dos agentes** e como eles poderiam se “adequar” à forma como ela trabalha. Justificaram esse pedido dizendo que perceberam que o modelo dela é diferente do modelo de gestão da médica anterior (...). Na prática, os profissionais reconhecem a atuação micropolítica no processo de trabalho, porém, **a postura que os agentes se colocaram inicialmente nessa reunião foi de submissão à médica, eles pedem orientações para que possam se “adequar” ao trabalho dela**, mesmo ela sendo a pessoa nova ali – normalmente quem chega depois vai aos poucos se “adequando” ao lugar. (...). **A reunião se desenrolou em***

um tom muito compartilhado, embora a médica e a enfermeira tenham se reunido antes para traçar algumas estratégias, elas eram colocadas para que os agentes pudessem discutir a partir da experiência deles. Por exemplo, elas diziam “olha, pensamos nisso, é possível? O que vocês pensam sobre isso?”. Achei interessante que os agentes de fato opinavam, e participavam ativamente das decisões, algumas coisas foram modificadas do plano inicial que a médica e a enfermeira traçaram, pois, os agentes deram suas opiniões e elas foram acatadas. Olhando de fora, fico com a sensação que a corresponsabilidade se torna real, os agentes se sentem responsáveis pelos combinados, e me parecem cumprir com eles (Diário de Campo - Terceiro dia do primeiro mês).

No trecho acima, os agentes comunitários posicionam a médica em um lugar de poder, como se ela fosse dizer a eles como deveriam atuar. Esse posicionamento é informado pelo discurso médico, pelo lugar de poder que o médico historicamente assumiu no contexto da saúde. A médica, porém, com auxílio da enfermeira, foi aos poucos se posicionando como parceira de trabalho. Ao invés de orientar a atuação dos agentes, elas buscavam ouvir o que eles tinham a dizer e, a partir disso, construíram juntos os direcionamentos.

Por outro lado, em outros momentos, o discurso médico predominava de uma forma bastante sutil. Durante o período de imersão, pudemos também acompanhar algumas reuniões para discussão de caso. Embora a ideia dessas reuniões seja a de corresponsabilizar a todos pelo cuidado dos pacientes, e isso pode ocorrer como um resultado final, de maneira geral, pudemos observar que **a condução da reunião** se mantinha atrelada à figura da médica.

Dessa forma, sem que os profissionais notassem, a reunião era toda conduzida em torno das questões trazidas por ela, funcionando como uma espécie de consultoria com outros profissionais. Em vários excertos do diário de campo apresentamos análises do processo de condução dessas reuniões. Abaixo trazemos um desses momentos de análise que ilustra a complexidade presente na maneira como os espaços de discussão coletiva e decisão compartilhada são construídos, pois são afetados por relações de poder e discursos sociais dominantes com relação ao papel de cada um.

O nome desta reunião é “discussão de caso”. Fiquei observando o modo como foram conduzindo a reunião. Estavam quase todos presentes [agentes, médica, enfermeira, e residentes] com prontuários nas mãos. A médica inicia dizendo se alguém quer começar. Uma das agentes inicia apresentando um caso “problemático”.

Ela conta a história da paciente, a médica se lembra quem é, e rapidamente as duas traçam um plano. (...) A agente e a médica decidiram quais seriam os próximos passos, e passaram para o próximo caso. Os demais que estão na reunião, praticamente não participam, ninguém discute o caso, apenas ouvem, riem, às vezes tiram dúvida do que não ouviram, mas ninguém participa pensando junto sobre o caso. Depois de finalizados os casos dessa agente, outro agente começa a falar dos casos dele. (...) Fui observando a dinâmica da reunião e ela pareceu funcionar assim: a médica estava no “centro” – ela era a referência, os profissionais falavam dos casos como que dando “satisfação” a alguma solicitação dela, ou como informe (o que aconteceu, o que deve prestar atenção), ou então, casos difíceis em que a médica é a referência do que fazer. As decisões são tomadas rápido demais, os outros profissionais presentes participam pouco e a discussão não se amplia, o foco, em boa parte do tempo, é a cura, reabilitação de doenças já instaladas, medicação (até onde entendo, essa é a expectativa da comunidade também – que seja resolutivo do ponto de vista da cura). (Diário de Campo – Quinto dia do segundo mês).

Esse trecho demonstra que, embora a equipe se corresponsabilize pelo cuidado, no momento de discussão do caso a participação fica centrada na figura da médica. Esta, por sua vez, em alguns momentos convida os profissionais para participarem mais ativamente, mas em outros assume a condução e segue em frente buscando soluções para os casos. A dinâmica da reunião tem como proposta solucionar os casos problemáticos, e, com isso, discute-se pouco, o olhar se volta para o resultado final, para o conteúdo, e não para o processo de funcionamento do espaço de conversa (Guanaes-Lorenzi, 2017). Momentos de discussão têm a intenção de ampliar, de buscar por novos sentidos e, conseqüentemente, novas análises sobre os casos difíceis que possam abarcar aspectos muitas vezes não vistos. Muitas vezes, perguntas de fora da área de conhecimento de cada profissão podem fazer diferença na condução dos casos. Dessa forma, embora o formato se aproxime de um modelo de atenção preconizado pela Reforma Sanitária, na prática, ele se aproxima também do modelo médico curativista, o que demonstra a influência dos discursos dominantes presentes em nossa sociedade.

Em geral, há nessas reuniões para discussão de caso o predomínio do discurso das especialidades, em que certos assuntos são de competência de certos profissionais. Embora não desconsideremos que, de fato, algumas questões envolvem conhecimentos técnicos específicos de cada profissão, isso não elimina a possibilidade de participação dos demais

profissionais a partir do levantamento de perguntas ou reflexões. A seguir, apresentamos um trecho da entrevista que discute a centralidade do papel desempenhado pelo médico nesse contexto.

Barbara [coordenadora]: (...) Isso assim, a... [nome médica], tem a responsabilidade do Núcleo, o CRM dela está aqui, entendeu? Qualquer coisa que acontece com qualquer pessoa dessa área, é responsabilidade dela. O CRM dela que está no... na reta. Inclusive, né? Com os residentes, porque tem esse papel, de responsabilidade [ênfase], né? Então... assim do ponto de vista hierárquico dessa gestão, vamos dizer assim, né? A gente coloca pra equipe... o máximo que a gente pode pra tomar decisão compartilhada, né? (NSF – P2 L14-19).

Neste trecho da entrevista, fica claro como a organização social, o contexto macrossocial, muitas vezes não favorece o compartilhamento da gestão. Como coloca a participante, embora toda a equipe seja responsável pelo cuidado dos pacientes, do ponto de vista legal a pessoa responsável é a médica da unidade. Essa maior responsabilização dada ao médico pode influenciar o modo como as reuniões são conduzidas, afinal os resultados do trabalho da equipe são atribuídos ao médico. Essa posição é dada pelo contexto social, sendo difícil para a pessoa que ocupa o lugar de médico se deslocar dela. Esse posicionamento estabelecido e legitimado socialmente influencia o modo como a dinâmica da equipe vai se construindo, nas microinterações e na construção e manutenção da cultura grupal e organizacional.

Cecílio e Mendes (2004) analisam a proposta de mudança de gestão em um hospital, com inclusão de colegiados de gestão e intenção de construção de uma gestão compartilhada, a qual não se concretizou no cotidiano devido à complexidade e às vicissitudes das relações de poder nesse contexto, em especial o poder do médico. Este, em muitos casos, mantém os demais profissionais como seus assistentes, e não como corresponsáveis pelo cuidado.

Apesar de partir de referencial teórico distinto, Santos Filho (2014) aponta que, embora os modelos atuais de gestão proponham a participação, muitas vezes o próprio sistema inviabiliza ou limita essa prática, barreiras que vão desde falta de instrumentação até os modos de organização e estruturação das relações. Daí a importância de se incluir essas dimensões na análise do processo de trabalho para além da resolução dos problemas internos apresentados como questões de ordem administrativa ou assistenciais.

Com essa análise, pretendemos demonstrar a complexidade existente para a construção de uma gestão compartilhada, pois até mesmo a forma como a sociedade está organizada é algo que atravessa as relações e que determina certas possibilidades de mudança ou de permanência de alguns modos de funcionar.

Ainda considerando a *construção de espaços coletivos*, a equipe intencionava uma forma de reiniciar as reuniões de Educação Permanente em Saúde (EPS), mas não estava encontrando um momento para realizar essa atividade. No passado, faziam o encontro de EPS 30 minutos antes da reunião que ocorre com a equipe toda às sextas. Isso gerava uma carga horária de 30 minutos excedentes por semana, e banco de horas para serem descontadas pelos profissionais. No momento em que realizamos a imersão no campo, houve uma determinação para que os profissionais não excedessem a carga horária prevista. Por essa razão, a equipe reiniciou as reuniões de EPS e, para compensar esses 30 minutos, fechava a unidade 30 minutos mais cedo. Contudo, os moradores denunciaram para a Prefeitura que o Núcleo estava fechando mais cedo, e mediante esse acontecimento, a equipe parou de fazer as reuniões de EPS, por não conseguir um outro momento com horário comum.

Esse movimento da comunidade nos conta sobre sua participação no que se refere à gestão. A comunidade, por não saber as razões que levavam a equipe a fechar mais cedo, sente-se desrespeitada e denuncia para a Prefeitura. Talvez, se soubessem essas razões, se tivessem participado desse momento de decisão sobre o fechamento, essa situação não teria acontecido, e todos se sentiriam atendidos em suas necessidades. Com isso, pretendemos chamar atenção para o fato de que “atender às necessidades” (termo muito presente nas políticas de saúde) é algo que se faz em diálogo, faz parte de um processo de negociação de sentidos, e, portanto, se constrói na comunicação, na relação.

Por outro lado, os profissionais, ao relatarem em conversas informais com a pesquisadora sobre o funcionamento das reuniões de EPS, descrevem uma condução semelhante à proposta de aulas, ou seminários, o que se aproxima muito da educação tradicional. A EPS se diferencia das propostas de ensino tradicional, pois tem como finalidade fomentar o protagonismo e autonomia dos profissionais, que, mediante problemas vivenciados no cotidiano, busquem formas para resolvê-los utilizando para isso o estudo coletivo. Assim, aquilo que se estuda em EPS deve ter uma ligação com o contexto e com a realidade vivenciada pelos profissionais (Silva, 2017). O modo como os profissionais relataram se organizar no Núcleo se aproximava mais de uma Educação Continuada, do que de uma Educação Permanente, pois, do ponto de vista das pesquisadoras, era possível

identificar diferentes momentos de Educação Permanente ocorrendo no cotidiano, embora os profissionais não os nomeassem dessa maneira.

Como exemplo, podemos citar a reunião solicitada pelos profissionais às alunas do Direito. Essa solicitação surgiu mediante a necessidade dos profissionais de dar um retorno a questões de ordem legal envolvidas em aspectos da vida dos usuários, os quais a equipe não se sentia capaz de resolver. Assim, construíram um espaço coletivo de reunião, em que todos aqueles que pudessem participavam para adquirirem conhecimento, com o auxílio das estudantes, sobre questões enfrentadas no cotidiano de trabalho. Esse momento poderia ser descrito como EPS, mas não era visto pela equipe como tal. E mais do que isso, poderia ser visto como um momento de gestão compartilhada.

Por fim, um outro espaço coletivo identificado nesse contexto, mas que contava com a participação de somente uma profissional, a qual foi escolhida para representar a unidade, era o Conselho Local de Saúde. Acompanhamos uma discussão sobre essa questão em uma das reuniões de equipe em que a representante comenta sobre sua saída do Conselho e justifica a partir do modo como esse espaço vem funcionando.

*A agente começa a falar de sua experiência no conselho local e diz que está há dois anos como representante dos profissionais, mas que está abrindo mão do cargo. Oferece para saber se alguém gostaria de ocupar. Segundo o relato dela, é um espaço pouco produtivo, muitas vezes os responsáveis pelo conselho, o presidente, vice, **quem entende do que poderia ser feito**, acaba não indo na maioria das reuniões, e elas ficam esvaziadas, às vezes não dá nem quórum, na última em que iriam eleger o representante (?) não tinha pessoas suficientes para essa decisão, optaram deixar o [nome] como representante não eleito e farão uma nova eleição em outubro. Ela comenta que (...) as reuniões nunca rendem. (...). Ninguém manifesta interesse em assumir o cargo da agente no conselho. (Diário de Campo - Quarto dia do primeiro mês).*

Sua colocação ilustra, mais uma vez, como a existência do espaço coletivo, nesse caso o Conselho Local de Saúde, não garante a participação das pessoas, e nem mesmo a sua responsabilização com as decisões tomadas. Nesse caso, houve um posicionamento claro sobre “quem sabe o que pode ser feito” (presidente, vice ou responsáveis pelo conselho) e “quem não sabe o que pode ser feito” (demais participantes). Assim, reforçamos a ideia de que é o **modo como as pessoas compreendem aquele espaço, e o modo como se**

relacionam, circunscritas pelo contexto social, histórico e cultural, que influenciará a possibilidade de construção de uma gestão compartilhada.

O terceiro facilitador apontado nesta análise corresponde à *organização de momentos coletivos para além das atividades profissionais*. Esses outros momentos coletivos são as confraternizações, como festas em datas comemorativas, recepção de novos profissionais ou despedida dos profissionais que por alguma razão deixam de atuar na unidade. A equipe organiza ainda, por iniciativa própria e de forma coletiva, um bazar, em que os profissionais doam peças de roupa ou acessórios para serem vendidos para os próprios profissionais, a um valor bastante reduzido, ou para a comunidade. O dinheiro arrecadado nesse bazar é revertido para o uso do próprio Núcleo, para compra de material para o grupo de artesanato ou para financiar essas comemorações.

Essa organização *coletiva* demonstra o envolvimento dos profissionais, pois eles criam esses momentos por vontade própria, com intenção, inclusive, de gerar recurso financeiro que possa custear trabalhos ou outras confraternizações. Conforme aponta Lewin (Mailhiot, 1991), esses momentos de comunicação livre, em que os profissionais conhecem uns aos outros, criam o vínculo necessário para que possam atuar como uma equipe de trabalho. Geram uma sensação de pertencimento ao grupo, uma vez que todos são convidados a participar.

Durante o período em que estivemos no Núcleo, pudemos presenciar a organização da Festa Junina, de um Bazar, vários aniversários e uma despedida de um agente comunitário. Nessa despedida, a equipe organizou uma retrospectiva com depoimentos de outros profissionais que gravaram vídeos apresentados durante o almoço coletivo da equipe. Essa despedida foi bastante emocionante e pareceu resgatar na equipe lembranças boas sobre a maneira como funcionam, o que pareceu gerar uma motivação em todos. Esse momento informal serviu como disparador para que a equipe pudesse olhar para si, para o seu funcionamento. O resgate das histórias permitiu a construção dessa equipe como colaborativa e corresponsável, crenças que norteiam o “como” coordenam suas ações futuras (McNamee, 2014; McNamee & Hosking, 2012).

Interessante notar que no NSF os profissionais parecem se sentir convidados a fazer propostas. Pudemos acompanhar várias ideias que partiram dos profissionais em reuniões, como a composição de grupos para a comunidade, um panfleto explicativo sobre Atenção Básica e sobre o papel do Núcleo, as reuniões com as alunas do Direito, dentre outras que partiam de uma pactuação da equipe. Durante o período de imersão, sentimos um movimento constante da equipe em busca de melhoria para o próprio trabalho e também para atender melhor a comunidade. Contudo, as ideias de melhoria para a comunidade eram discutidas

entre os profissionais, a participação dos usuários no que concerne à gestão da unidade era quase nula.

Por essa razão, consideramos *os grupos para usuários* como um facilitador para a construção da gestão compartilhada. Porém, o modo como esses grupos funcionam nem sempre facilita a construção desse espaço como abertura para a comunidade participar da gestão do núcleo, não se configurando, assim, como espaço político para exercício de cidadania como define Guanaes-Lorenzi (2017), e como indicado por Campos (2007) em sua proposta.

Com relação à construção desses grupos como espaços potentes para exercício da cidadania, Trad e Espiridião (2009) colocam que a comunidade desconhece os mecanismos de mobilização social. Por outro lado, os profissionais, muitas vezes, não valorizam o saber popular e assumem uma postura educativa, em que a participação dos usuários se resume a acatar as prescrições dadas. A atuação e manejo de grupos é analisada por Tiveron e Guanaes-Lorenzi (2013) no contexto da ESF como uma prática de onde emergem tensões discursivas, como o manejo diretivo ou participativo e a adesão como responsabilidade do paciente ou da equipe.

No contexto estudado nesta pesquisa, os espaços abertos para diálogo com a comunidade ficam esvaziados, e o que se nota é uma postura que demanda mudanças, mas com baixa participação e compartilhamento de decisões: “Compartilhar com os usuários os problemas enfrentados pelas equipes no dia-a-dia do seu trabalho na unidade e no território pelo qual são responsáveis contribuiria para tirar o usuário de uma posição de ‘demandante’” (Trad & Espiridião, 2009, p.567). A seguir, apresentamos uma parte do diário de campo em que acompanhamos a discussão quanto à construção de grupos **para** os usuários.

A gerente diz que precisam aguardar os residentes antes de decidirem sobre os grupos (muitas vezes uma parte do grupo se dispersa, há conversas paralelas e o que foi falado é trazido novamente, ou aparecem novas questões não levadas em consideração). Quando a gerente falou isso, a enfermeira disse que estavam pensando sobre grupos possíveis com base no que gostariam e também com base na necessidade da população. Como ela coloca são várias opções: podem fazer grupos com homens, gestantes, diabetes, tabagismo etc. A médica sugere que predefinam algumas possibilidades com base na demanda, porque assim quando os residentes chegarem ela já conversa com eles considerando essas possibilidades. Pensam nos seguintes grupos: Tabagismo, Casa Terapêutica, Gestante e Aleitamento, Grupo de odonto (não

seria aberto, a dentista que indicará para alguns), crianças (odonto), adolescentes. (...) Alguém comenta que as ideias que tiveram para os grupos exclui o maior público da unidade que são os idosos e os hipertensos. Embora haja esse apontamento, ele não é discutido. Começam então a checar quem seriam os interessados por quais grupos, a enfermeira passa uma rodada perguntando quem se interessa por qual e vai anotando os nomes (Diário de Campo – Quarto dia do segundo mês).

Embora esse não seja o objetivo delineado para esses grupos, consideramos que eles poderiam funcionar como um dispositivo para a construção de uma gestão compartilhada que incluísse os usuários. Na prática do NSF, em geral, os grupos funcionam como espaços de compartilhamento de algum saber específico, do profissional para os usuários, a depender do tema estabelecido como objetivo. Em alguns momentos, os participantes usavam aquele espaço para tirar dúvidas sobre alguma questão referente ao Núcleo ou ao uso de algum medicamento, mas essas situações ocorriam de maneira aleatória, não era previsto utilizar o grupo como uma forma para compreender as necessidades da comunidade e, ao mesmo tempo, trocar informações importantes sobre o funcionamento da unidade, algo que poderia iniciar um movimento de participação e corresponsabilidade dos usuários com relação à gestão.

Sendo assim, nossa ideia é a de que esses grupos possam ser usados com uma dupla função, a promoção do cuidado e, ao mesmo tempo, o fomento à participação na gestão. Ao longo dos quatro meses de observação, desenvolvemos essa reflexão sobre a possibilidade de se construir uma gestão compartilhada que fosse iniciada nesses grupos, com a inclusão dos usuários participantes que, no futuro, poderiam trazer novos usuários, e assim sucessivamente. Porém, é importante pensar que a equipe precisaria de tempo para trabalhar algumas questões com os usuários, e, ao mesmo tempo, disponibilidade para ouvi-los. Talvez, essa proposta poderia gerar ainda mais sobrecarga de trabalho aos profissionais e ainda mais desgaste.

Essa gestão compartilhada que inclua a comunidade exigiria um trabalho intenso, pois de acordo com nossa análise, profissionais e comunidade se veem, em boa parte do tempo, como grupos opostos. Em muitos momentos, os usuários se posicionam como vítimas dos profissionais, que “não querem atendê-los de maneira satisfatória”, algo bastante presente no relato dos profissionais no cotidiano do serviço e presente no diário de campo.

Por outro lado, os profissionais se colocam como vítimas dos usuários que, os “enganam” ou que os maltratam pelas mais diversas razões. Ao invés de se reconhecerem como cidadãos, que possuem direitos e deveres, cada um informado pela sua posição, de profissional ou usuário, os grupos se colocam, em boa parte do tempo, como “adversários” ou

pertencentes a grupos opostos. A ausência de momentos coletivos com a comunidade sustenta essa cultura e a mantém em movimento.

Embora a ideia da gestão compartilhada tenha como uma de suas intenções a construção dessa consciência de cidadania e de luta pela manutenção dos direitos e atenção aos deveres, na realidade raramente ocorre, pois falta conhecimento para a construção desses espaços de forma produtiva.

4.2.2 Dinâmica Relacional da Unidade Básica de Saúde Tradicional

Conforme apontado anteriormente, o modelo de atenção da unidade tradicional constrói a figura do médico como central. Considerando que não há a composição de uma equipe multiprofissional com a presença dos agentes comunitários e residentes multiprofissionais, e que o enfoque do cuidado ainda permanece no âmbito individual, o papel do médico se restringe a atender as consultas agendadas, e o dos demais profissionais, a oferecer suporte para a atuação do médico. Essa dinâmica é também observada em diferentes estudos (Cardoso & Hennington, 2011; Cecílio & Mendes, 2004). Como colocam Cardoso e Hennington (2011, p.107):

A assistência fundamentada no modelo tradicional, biomédico, traz limitações ao trabalho em equipe, favorece a fragmentação da atenção, a produção de saúde centrada nos procedimentos e na doença, e não no usuário, e a concentração do poder de decisão na figura do médico, situando a atuação dos demais profissionais de forma periférica e com desigual valoração.

Assim, a equipe se organiza como em uma linha de produção, em que o usuário passa de sala em sala para completar o seu atendimento. Essa descrição sobre o fluxo foi também relatada pelos profissionais quando solicitados a comentar sobre o funcionamento da gestão da unidade. Os profissionais, frente a essa questão, sentiram dificuldade para analisar o funcionamento para além de seus setores: descreviam a rotina de suas ações e especificavam suas áreas. A palavra “equipe”, em muitos momentos, foi usada para se referir às subequipes, equipe de auxiliares de enfermagem, equipe da farmácia, equipe da recepção e assim por diante.

Essa forma como os profissionais descreveram o funcionamento demonstra a maneira como eles se relacionam e como se constrói a cultura organizacional local, fragmentada em setores, com hierarquia bem definida, em que o médico é o responsável pelo cuidado, e o gestor, pela gestão, apesar da possibilidade que os profissionais destacam quanto a

“participarem” opinando sobre a organização previamente definida, algo que será desenvolvido no subitem 4.3 dos resultados.

A análise da dinâmica relacional desse contexto buscou dar visibilidade para alguns fatores que contribuem para a manutenção da cultura observada. Esses fatores funcionam como *dificultadores* para a construção de uma gestão compartilhada e participativa, dentre eles estão: *modelo de gestão, ausência de reuniões coletivas, funcionamento das pequenas reuniões, comunicação e impacto nas negociações, desconhecimento da equipe quanto aos seus componentes e contato com a comunidade.*

A seguir, apresentamos alguns trechos das entrevistas em que os profissionais descrevem o modelo de gestão da unidade. Interessante notar que há poucos momentos de interação relatados no diário de campo. Em geral, o diário aborda a rotina dos profissionais e as anotações vão se esvaziando com o passar dos dias, pois as pesquisadoras já haviam observado certa repetição de atividades no dia a dia da unidade. As conversas descritas no diário tratavam, principalmente, de aspectos da vida pessoal dos profissionais. Esse é um dado importante que nos conta sobre a organização do contexto, sobre o *modelo de gestão*, e sobre a forma como os profissionais se relacionam. Momentos de encontro para pensar e planejar suas ações são geralmente atribuídos à gerente ou às enfermeiras. Os profissionais se reúnem informalmente e trocam informações, tiram dúvidas uns com os outros nos momentos problemáticos, inusitados, inesperados, mas de maneira geral, para além dessas situações, conversam sobre suas vidas, pois não cabe a eles o planejamento, mas sim a execução de tarefas.

Trecho 1

Giovanna [pesquisadora]: É. Como é a organização, como se dá a gestão do trabalho na unidade.

Júlia [auxiliar de enfermagem]: Ah, a enfermeira faz as escalas, cada um já sabe pra onde vai, e também já sabe o trabalho, como que é o andamento dentro daquele local.

Giovanna [pesquisadora]: Uhum.

[pausa]

Maria [auxiliar de enfermagem]: Claro que disponível, sempre que termina seu trabalho, estar ajudando às vezes um amigo que está... assim com movimento maior. E procurando sempre aprender porque a enfermagem é uma área muito complexa. (...)

Giovanna: Uhum.

Maria: Entendeu? Então acho que... a enfermagem é um trabalho em conjunto. Então, é... você tem que estar / um trabalho às vezes depende do outro, da forma como você conduz, você consegue melhorar às vezes o serviço do seu próximo também... (...)

[pequena pausa]

Giovanna: Uhum. Tá, vocês estão falando um pouco como a perspectiva da, como a enfermagem vai funcionando, né?

Júlia: É.

Giovanna: E os demais? Elisa, que está lá na recepção? João? (UBS - E1 P1 L25-34, P2 L1-15).

Trecho 2:

Giovanna: Ótimo. Bom, primeira pergunta que eu queria fazer pra vocês, se fosse pra vocês explicarem como que funciona a organização do trabalho aqui da unidade de saúde, como que vocês organizam a gestão do trabalho, como que vocês definiriam?

(...)

Daniele[auxiliar de enfermagem]: Pode falar, então?

Giovanna: Pode.

Daniele: É organizado pela gerente, e passa... e a enfermeira passa pra nós, né? É isso o que você quer saber? (UBS - E2 P1 L16-25).

Esse modelo de gestão gera a *ausência de reuniões coletivas* (como já descrito na subseção sobre o contexto), e mais do que isso, gera uma forma de relacionamento em que as reuniões são compreendidas, muitas vezes, como desnecessárias. Há nesse contexto certa rigidez no cumprimento das atividades que se tornam rotineiras. Sendo assim, alguns profissionais não sentem a necessidade de se reunir ou de construir momentos coletivos para discutir e tomar decisões coletivas, pois o que devem fazer em seu trabalho já está dado. Essa ideia não aparece como unânime, pois parte da equipe sente falta de momentos coletivos, mas, ao mesmo tempo, reconhecem haver uma limitação de tempo, de interesse, e, até mesmo, de espaço. Com isso, não há o estabelecimento de uma cultura que contemple os princípios ideológicos da PNH. A responsabilização acaba sendo predominantemente individual, como colocam “depende do compromisso de cada um” ou “cada um fazendo sua parte”. Esses

valores sustentam e são sustentados pelo modo como coordenam suas ações (McNamee, 2014). Como apontam os exemplos abaixo:

Trecho 1

Elisa [auxiliar administrativa/recepção]: Então, lá na recepção não tem escala, a gente está lá, eu e a Carla todo dia, mas a gente tem assim, umas divisõezinhas de tarefas. Então, por exemplo, eu sou responsável pelo malote, por cuidar das guias, então enquanto isso a Carla [auxiliar administrativa/recepção] está lá na frente... os aprendizes têm as partes deles, tipo, guardar as pastas, ligar pro pessoal pra avisar as coisas, mas a gente sempre acaba fazendo de tudo assim (UBS - E1, P2 L16-20).

Trecho 2

Giovanna: E reunião então com todo mundo não tem... vocês acham que seria [Rodolfo – auxiliar de enfermagem – interrompe: “como assim com todo mundo? Médico, tudo junto? – voz de estranhamento].

Giovanna: É. Com todos os setores. Ter algum momento de diálogo.

Gislaine [auxiliar de enfermagem] e Antônia [auxiliar de limpeza]: Não.

(...)

Giovanna: Vocês acham que faz falta? Ou não?

Gislaine: Não.

Giovanna: Qual é o impacto de não ter uma reunião com todo mundo, tem algum tipo de impacto, positivo ou negativo?

Gislaine: Nunca teve! [entonação de espanto querendo dizer: “por que faria falta se nunca teve?”]

Rodolfo: Mas para quê [ênfase] essa reunião? Eu acho que não tem... (UBS - E3 P11 L12-L30).

Trecho 3

Giovanna: Tá. E o que dificulta de vocês terem reuniões no momento, atualmente? Porque pelo que eu estou entendendo não tem reunião, e quando tem, são grupos pequenos, é isso? [algumas falam “isso”]. O que dificulta de reunir?

Tainá [auxiliar de enfermagem]: Não sei. [outra pessoa fala “também não”] eu acho que sei lá...

(...)

Daniele [auxiliar de enfermagem]: O querer.

(...)

Giovanna: O querer de quem?

Daniele: Se vem de cima pra baixo? [alguém fala baixo “do gestor?”] do gestor...

Giovanna: Mas, na visão de vocês ter um espaço de reunião seria útil...

*Cláudia [auxiliar de enfermagem]: Seria ótimo, né? Pelo menos todas nós colocaríamos as nossas dificuldades, as nossas dúvidas, também alguma resolução, e melhorar bem mais a equipe também, né? Porque realmente **cada um tenta resolver**, mas a gente precisaria estar todos juntos **para decidir todos juntos uma situação só**. Acho que deixaria o grupo mais forte (UBS - E2 P17 L13-28).*

Como não há momentos de reunião coletiva, a possibilidade de responsabilização conjunta fica menor. Além disso, a *comunicação* entre profissionais e entre eles e os usuários se dá, na maioria das vezes, com a mediação da enfermeira, às vezes das recepcionistas, ou através de recados levados pelos primeiros profissionais que aparecem ou pelos próprios usuários. Funciona como no jogo “telefone sem fio”, em que alguém pede para que outra pessoa diga para outra tal informação. Durante o período de imersão no campo, esse modelo de comunicação foi observado em diversos momentos. Em muitos deles, as enfermeiras faziam o papel de mediadoras e porta-vozes, pois elas circulavam em todos os espaços. Os trechos do diário de campo indicados abaixo ilustram essa análise sobre a comunicação:

Trecho 1

O paciente chega, pega uma senha e a recepcionista diz para onde ele deve ir. Se a pessoa conhece a unidade é mais fácil, mas se não conhece fica muito confusa a informação “vai aqui do lado”, “vai nas meninas daqui da frente”, “na parede de lá, penúltima porta”. Eu fiquei bem perdida quando fui a primeira vez na unidade. O paciente então passa pela pré-consulta, onde as auxiliares às vezes passam alguma informação. Chegando na consulta o paciente ouve a médica e sai com informações que são passadas por ele para as auxiliares. Pelo que eu já acompanhei fica sempre alguma informação solta – o paciente às vezes não entendeu o que a médica falou e a auxiliar fica tentando adivinhar. Depois disso, se precisar agendar exame ou algo assim, esse paciente chega na recepção, e nem sempre sabe pedir o que ele precisa.

Os papéis de encaminhamento ajudam a Carla [auxiliar administrativa / recepção] a se localizar, mas às vezes a comunicação ainda não fica clara (...) (Diário de Campo – Quarto dia do primeiro mês).

Trecho 2

*Voltei a ficar em pé ao lado da recepção, o irmão de um paciente da pediatria se aproximou da recepção, ficou aguardando a recepcionista atender uma usuária e depois de uns cinco minutos ele entregou um papel dizendo que a médica tinha perguntado se aquele exame estava lá. A recepcionista tentou entender a questão, e ele entregou o papel e disse, ela pediu isso aqui. Ela foi procurar a pasta do paciente e não achou, imagino que procurou se o exame que ela pedia poderia estar na pasta de pendências e não achou, e por isso foi perguntar para a auxiliar de enfermagem na sala ao lado (onde estava o casal que foi fazer o teste do pezinho) havia paciente na sala, mas a recepcionista foi tentar resolver a questão da médica. A auxiliar saiu da sua sala e veio tentar entender o que era. **Ficam os três, a recepcionista, a auxiliar e o irmão do paciente tentando entender o que a médica quer**, elas dizem “a pasta está com ela, não entendi o que ela quer”, daí decidem ir os três perguntar para a médica o que ela quer. Essa cena me chamou muito a atenção, **a médica solicita algo, os profissionais não entendem o pedido, mas tentam levar uma solução e para isso buscam apoio entre si**. Eles vão até a médica como último recurso, evitaram ao máximo ir checar com ela (Diário de Campo – Sétimo dia do segundo mês).*

Embora esse formato de “comunicação em telefone sem fio” ocorra em boa parte do tempo, alguns profissionais relatam sobre pequenas reuniões que ocorrem entre a gerente e enfermeiras, entre a gerente e os médicos, ou entre enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Consideramos o modo de *funcionamento das pequenas reuniões* também como um aspecto que dificulta a construção da gestão compartilhada. Essas reuniões geralmente ocorrem sem previsão ou pré-agendamento, os profissionais são chamados nos corredores e participam aqueles que “estavam passando” no momento e que foram chamados, ou que chegaram no local em que a reunião estava acontecendo, por acaso. Pudemos presenciar alguns momentos assim. Destacamos a seguir duas passagens do diário de campo que descrevem essa circunstância. Na primeira, a gerente pede uma reunião com “todos” para apresentar a pesquisadora que faria a imersão em campo, e na segunda, a enfermeira se reúne com alguns auxiliares para conversar sobre a escala:

Trecho 1

*[Supressão do texto - A gerente da unidade passou por mim e me convidou para uma conversa informal na cozinha, perguntei a ela o número de profissionais que havia na unidade e ela me convidou para checar com ela no computador em sua sala] (...) Depois disso, perguntei se os profissionais estavam achando ruim minha presença, pois eu não tinha conseguido conhecer todos, e imaginava que seria estranho para eles me verem ali. Ela se desculpou mais uma vez por não ter conseguido me apresentar e pediu para que a pessoa que trouxe uma compra em sua sala **chamasse “todo mundo”** para a sala dela. Vieram para a sala o Rodolfo, a Gislaine, a Daniele [os três auxiliares de enfermagem que eu tinha conhecido no dia anterior], Tainá e Jaqueline [auxiliares de enfermagem]. Com esse “todo mundo” eu me apresentei, falei do projeto, disse que anotaria coisas para me lembrar, falei que o segundo momento seria conversa em grupo, etc. Eles disseram “seja bem-vinda” e se retiraram da sala (Diário de Campo – Segundo dia do primeiro mês).*

Trecho 2

*A Júlia [auxiliar de enfermagem] entra na recepção, ficam ali conversando ela, a Cláudia [auxiliar de enfermagem] e a Carla [auxiliar administrativo/recepção]. A Antônia [auxiliar de limpeza] vem falar pra Carla que a moça do doce estava lá, elas conversam disso. Toca o telefone, a aprendiz está no arquivo e a Cláudia atende, era alguém perguntando de vacina, ela orienta a procurar **outro posto** porque lá a sala de vacina está fechada (...)*

*Jaqueline [auxiliar de enfermagem] entra e comenta que às 11h tem muita gente (olhando a escala) a Lilian [enfermeira] entra pra olhar algo no computador. Lilian pergunta se a Cláudia vai fazer hora extra, ela responde que a Maria [auxiliar de enfermagem] veio pedir ontem e ela disse que poderia, mas que está achando desnecessário, se ela não acha também. **Ficam em roda atrás da Carla, na recepção**, a Lilian, Júlia e Jaqueline [auxiliares de enfermagem e enfermeira] **conversando sobre a escala**, a Lilian diz que o modelo que enviaram [escala enviada pela Secretaria de Saúde] é muito pior, que a que ela faz é muito mais fácil, que agora está difícil pra entender pela enviada. A Cláudia diz novamente que acha que é muita gente na unidade, que acha desnecessário ter tanta gente à toa. **A Lilian [enfermeira] diz que já disse que não é pra ficar à toa que serviço sempre tem, é só procurar.** A Cláudia diz que sempre procura serviço. A Lilian fala “até arrumar gaveta é serviço”.*

Ficam a Jaqueline, Lilian, Cláudia e Júlia negociando a escala. Uma das auxiliares da odonto vem e passa alguma coisa para a aprendiz, conversa com a Carla, pede ajuda pra fazer alguma coisa e sai. A Carla comenta uma hora [achando engraçado] “esse povo vem fazer reunião na recepção” e comenta de um moço que trabalhou com ela que reclamava “do povo reunindo na recepção”, mas que ela não liga (Diário de Campo – Décimo sétimo dia do quarto mês).

Apesar da cultura predominantemente rotineira, pouco participativa e com responsabilização individual, é possível identificar momentos passageiros de protagonismo, momentos de autonomia e momentos de corresponsabilidade, mediante alguns desafios e questões problemáticas que aparecem no cotidiano, conforme exemplo apresentado acima em que a enfermeira **conversa com alguns** auxiliares sobre a escala. Mas esses momentos não ocorrem com o envolvimento de toda equipe, ele ocorre entre os profissionais que possuem maior intimidade, ou entre os que estavam presentes no dado momento, e com isso, o efeito gerado não ganha força para transformar a cultura já instaurada.

Caso fique algo resolvido nessas reuniões, a informação é repassada aos demais pela enfermeira. Contudo, não consideramos o nome “reunião” adequado para a prática observada, pois ela se difere do que se espera em um modelo de gestão compartilhada. “Reunião”, nesse contexto da UBS analisado, significa junção de alguns da equipe para falar sobre algo, ocorre de forma repentina entre os que estão presentes no momento.

Esse modo de repasse de informações após decisão entre os presentes, a comunicação em “telefone sem fio”, pode gerar desentendimentos e necessidade de se discutir a mesma coisa mais de uma vez, pois, quando comunicado aos demais profissionais, o combinado pode passar por nova análise e necessidade de ser repensado e reavaliado. Assim, o que parece ser um ganho de tempo, pois não param para se reunir com a equipe toda, gera desgaste para alguns, além de maior chance de desentendimento e pouco comprometimento com o que foi negociado. O trecho da entrevista a seguir ilustra a discussão sobre um aspecto já negociado entre gerente, médicos e recepção que, no entanto, ainda gera desgaste para os auxiliares de enfermagem, que não concordam com essa negociação, mas, ao mesmo tempo, não participam da definição, embora se considerem diretamente afetados, pois os usuários reclamam para eles.

Daniele[auxiliar de enfermagem]: Mas tem coisa que a gente não consegue mudar. Por quê? Eu já sugeri que a agenda médica fosse aberta uma vez por mês.

Porque eu acho muito triste falar para o paciente “liga, vem semana que vem que vai abrir a agenda”... vem na outra “não abriu ainda” vem na outra “não abriu ainda” no dia que ele vem [alguém fala “acabou”] (...) então eu acho que isso gera uma angústia muito grande para o paciente, é, eu acho que essa... incerteza de quando vai abrir não, não... eu não... eu não sinto.... **[Tainá - auxiliar de enfermagem: “até pra gente também”** falam ao mesmo tempo] não me sinto confortável de falar pra ele “daqui três meses pode ser que, não sei que dia vai abrir” [tom de inconformada], e...
(...)

Carla [auxiliar administrativo / recepção]: Só que assim, quando eu entrei aqui, eu estava vendo essa dificuldade, mas porque assim, não tinha médico, nem pra abrir agenda.

Daniele: Mas agora tem.

Carla: Agora tem e a agenda está normal, [tem pros três].

Daniele: E já abriu.

Carla: Já abriu pra agosto, abriu pra... quando abriu, abriu pra julho, agosto e setembro.

Daniele: Tudo bem. Aí vem paciente lá, como fala... ficou doente numa outra ponta da cidade e veio morar com o filho aqui, aí vem aqui “eu quero vaga, quero marcar uma consulta”, vamos supor que já acabou todas as vagas, só vai abrir daqui três meses, e você não sabe informar que dia. (...)Você entendeu? Isso não está nas nossas mãos, isso só quem decide é a gerente. Só ela que muda.

Carla: Só que na outra unidade que eu já trabalhei e que tinha o dia certo, **pra nós da recepção é péssimo, é péssimo** porque no dia que abre [alguém fala “a fila é enorme”] a gente não tem como atender. Simplesmente. Porque vem trezentos pacientes, que você não dá conta [Cláudia – auxiliar de enfermagem – “tudo no mesmo dia”] então **na visão da recepção, pra mim, do jeito que é feito aqui, é ótimo**. Porque a agenda tem sempre vaga... [Daniele “tem agora”] as agendas que não tem a vaga / é tem agora [responde ao comentário da Daniele que entrou em sua fala], mas é o que eu te falei, quando não tem profissional, isso é o caos, porque quando estava só o Dr. [nome] a gente falava para o paciente “ó, volta o mês que vem, que talvez abriu a agenda”... [falam juntos] (UBS – E2 P15 L1-33).

Esse trecho ilustra o funcionamento relatado. Cada setor tem um ponto de vista, conforme as negociações vão sendo feitas entre gerente e enfermeiras, é possível que elas

deixem de fora aspectos enfrentados pelos profissionais que estão na execução do serviço, ou que abarquem somente um dos setores. Com isso, é possível que um mesmo aspecto seja modificado várias vezes, pois não houve um momento como esse, proporcionado pela entrevista, de discussão coletiva. Muitas vezes, ao ouvir o ponto de vista do colega, as opiniões vão sendo transformadas, e a possibilidade de uma negociação comum se torna maior, como consequência cria-se uma corresponsabilização. Mas, no caso da UBS, esses momentos ocorrem em subgrupos e em menor frequência, pois o papel de decisão é atribuído e reconhecido à gerente e enfermeiras.

Um outro aspecto que dificulta a construção de uma gestão compartilhada corresponde ao *desconhecimento dos componentes da equipe de profissionais*. Durante os quatro meses de imersão no campo, notamos que a equipe não se conhece. Presenciamos momentos em que os profissionais que atuavam na unidade há anos ou meses eram apresentados para outros profissionais que atuavam ali há anos ou meses. Também evidencia esse não reconhecimento da equipe o fato de não estranharem pessoas novas no ambiente. A pesquisadora presente na unidade passou os quatro meses de imersão se apresentando para os profissionais que não a conheciam, mas que também não questionavam quem ela era, afinal a rotatividade da equipe é muito grande. Há sempre novos profissionais ou profissionais cobrindo férias de outros ou fazendo hora extra na unidade para cobrir a equipe. A alta rotatividade de profissionais é apontada na literatura como um dificultador para a construção da gestão compartilhada (Calderon & Verdi, 2014; Mori & Oliveira, 2014). Apresentamos, a seguir, alguns trechos para ilustrar a análise:

Trecho 1

Fiquei uns 15 minutos na recepção, conversei um pouco com a Roberta [menor aprendiz], ela não sabia que meu nome era Giovanna. (...) A Elisa [auxiliar administrativa/recepção] comentou com a Carla [auxiliar administrativa/recepção] que a Roberta tinha conhecido a Kely [médica] hoje, a Carla perguntou em tom inconformado “Você não sabia quem era a Kely?”, a Roberta disse que não sabia, só conhecia de nome, mas nunca tinha visto. Perguntei há quanto tempo ela estava na unidade e ela disse que faria um ano em agosto deste ano (Diário de Campo – Décimo sexto dia do quarto mês).

Trecho 2

Eu volto pra recepção e lá estava a G.O. que eu nunca tinha visto, ela me olha entrando, mas não estranha (eles não sabem exatamente quem é da equipe e quem não é) (Diário de Campo – Décimo dia do terceiro mês).

Trecho 3

O Rodolfo, auxiliar de enfermagem, está na unidade há dois anos, ele chegou para falar com a Matilde, auxiliar odontológica, no pátio e a chamou de “Marlene”, ela disse “É Matilde”, e ele respondeu “Foi o que eu disse”, brincando. Achei curiosa essa cena, pois desde que ele entrou a Matilde já trabalhava lá, mas ele ainda não decorou o seu nome (Diário de Campo – Segundo dia do primeiro mês).

Trecho 4

Pelo que percebi, chega profissional novo na unidade a todo momento, tem uns que vão cobrir férias de alguém, tem outros que são “extra”, é completamente inviável conhecer todo mundo! Quando eu chego, sempre tem alguém diferente na unidade. Isso me chama muito a atenção – os profissionais nunca sabem exatamente quem está na unidade. Em um determinado momento, alguém ligou na recepção perguntando por “Manuela” – profissional, se não me engano enfermeira, a Carla [auxiliar administrativa/recepção] saiu procurando se hoje tinha alguma Manuela, enfermeira, “no posto”. Quais são os impactos desse tipo de situação? (Diário de Campo – Quarto dia do primeiro mês).

Essa organização em que a equipe não sabe quem a compõe faz com que os profissionais novos não sejam apresentados, como foi o caso da pesquisadora que realizou a imersão no campo. Não houve uma oportunidade formal para apresentá-la devido à impossibilidade de reunir a todos, assim, ela passou os quatro meses se apresentando, o que ocorre, também, com os profissionais. Essa maneira de receber novos profissionais impacta diretamente no sentimento de pertencimento de quem chega. A pessoa que chega e não é apresentada para todos não reconhece o grupo como uma equipe, e, aos poucos, sente-se parte somente de seu setor de trabalho, não se reconhece como parte de um todo. Essa ideia pode ser observada também durante as entrevistas em que os participantes sentiam muita dificuldade para ampliar suas descrições quanto ao funcionamento da unidade para além do setor do qual faziam parte. Com isso, o sentimento de responsabilidade individual - cultura

predominante na unidade - é sustentado e mantido nas relações, conforme apontado na descrição da construção de realidades sociais por McNamee (2014).

Portanto, no contexto da UBS, não conseguimos identificar a construção de *facilitadores* de gestão compartilhada por parte da equipe. Isso decorre também da estrutura do contexto, que não favorece novas formas de relacionamento. Notamos que as enfermeiras são as pessoas que, de alguma forma, recebem pedidos dos profissionais e tentam articular esses pedidos à organização do trabalho na unidade, mas vale ressaltar que esses pedidos são em grande medida de ordem pessoal, como, por exemplo, a troca na escala previamente elaborada.

Os profissionais não são convidados a olhar para si enquanto equipe corresponsável e protagonista. Embora demonstrem bastante comprometimento, esse comprometimento se restringe a fazer o previsto da melhor maneira possível, de forma individual ou com o **auxílio** dos colegas, e não há um movimento criativo para gerar novas possibilidades de ação, novos projetos, novos espaços de discussão e tomada de decisão conjunta, como proporcionam as conversas em grupo (Guanaes-Lorenzi, 2017).

Por fim, o último aspecto que não favorece a construção da gestão compartilhada corresponde ao modo como se *comunicam e se relacionam com a comunidade*. O modelo de atenção da UBS não favorece a construção de vínculo com a população. O vínculo acontece atrelado à amizade com os pacientes. Os usuários buscam a unidade de saúde quando a doença já está instalada. Nesse momento o interesse se restringe à consulta médica ou à execução de procedimentos de enfermagem. O contato com a população é feito quando procuram a unidade de saúde, não há proposta de grupos ou outro espaço para esse contato.

Além do pouco contato no que se refere a ações de promoção de saúde, como grupos com usuários ou visitas feitas pelos agentes, no que concerne à gestão, assim como observado no Núcleo, a participação da comunidade é, praticamente, nula. Abaixo constam alguns trechos de entrevista em que os profissionais descrevem esse contato com os usuários.

Trecho 1

Giovanna: Como que vocês sentem essa questão da comunicação atualmente entre população e vocês. Quando você fala “respeito”, né? Estou entendendo que, vocês sentem um desrespeito? Como é essa comunicação?

Cláudia [auxiliar de enfermagem]: Da maioria.

Rita [médica]: Da maioria da população sim. É desrespeitosa.

Tainá [auxiliar de enfermagem]: Desmerecimento. Do nosso trabalho, é bem essa a palavra.

Giovanna: E vocês imaginam porque isso acontece, assim?

Tainá: Porque infelizmente [Carla – auxiliar administrativa/recepção – fala: **“porque generalizam, né?”**], as pessoas generalizam, e isso é da pessoa também, do jeito do brasileiro pensar. Eu acredito. Ele tem na cabeça, que o funcionário público, no geral [ênfase] é uma pessoa que não ajuda, que... [Cláudia – auxiliar de enfermagem – “só bate papo”] que só bate papo, que não trabalha [Cláudia fala ao mesmo tempo “que não trabalha”] então ele, ele... o que nós não fazemos é porque nós não queremos, não é porque [Daniele – auxiliar de enfermagem – “está fora do alcance”] entendeu? Não é porque está fora do alcance, é porque nós não queremos... é... **é generalizado...**

Giovanna: E quando a pessoa chega com essa postura, como é que isso influencia em vocês?

Daniele: Não dá vontade de fazer um bom trabalho [alguém fala “a gente se fecha”] porque desmotiva [Giovanna repete o que ouviu “não dá vontade, se fecha”]... que nem, tem encaminhamento que demora que a Secretaria de Saúde não retorna, que extravia. **Aí vem achando que a culpa é nossa**, nunca a culpa é lá onde / a ponta, a ponta somos nós, então **a gente ouve o desrespeito**. Está demorando para marcar uma consulta, com o neuro, porque é uma especialidade? É a Secretaria, é a gestão do município não somos nós, aqui foi feito o que nos é possível... encaminhar! **Aí como que vem desconta em nós?** Está fora do nosso, do nosso alcance fazer mais... (UBS - E2 P11 L6-L29)

Trecho 2

Giovanna: Entendi, essa era uma pergunta que eu ia fazer, que aí vocês já estão trazendo um pouquinho, né? Como que é a população, ou a comunidade, e a gestão? Como que é essa relação? A participação, enfim, comunidade participa de alguma forma? Porque antes aqui tinha PACS, né? Agora não tem mais?

Maria [auxiliar de enfermagem]: Não. Não tem mais...

Giovanna: Como que funciona? Como que vocês veem essa questão?

Patrícia [auxiliar de enfermagem]: **É meio complicado a comunidade entender** porque eles chegam aqui procurando uma consulta, aqui é uma **unidade de agendamento**, tem vaga pra encaixe? Tem. Tanto adulto, quanto criança. Só que eles

acham que é chegar e ser atendido. Por exemplo, tem encaixe? / Mas primeiro os agendados, eles acham que eles têm que chegar, ser atendido, porque a criança está tossindo, está com febre. Então a comunidade não entende muito...

(...) [Supressão do texto – a conversa segue com os profissionais dizendo que a população deveria compreender sobre o funcionamento do SUS, que deveriam ser educados, orientados. Comentam que buscam orientar sempre que possível. Giovanna pergunta como fazem essa orientação, dizem que através de conversa quando procuram a unidade]

*Júlia [auxiliar de enfermagem]: Conversa. E muitas vezes eles **xingam a gente, brigam** (UBS E1 P11 L22-L33, P13 L7).*

Trecho 3

Gislaine [auxiliar de enfermagem]: Com certeza, quando os pacientes tratam bem a gente [pausa] é... a, a receptividade deles é bem mais fácil, que eles chegam cumprimentam, e a gente já conhece também os que já gosta de chegar pra brigar...

*Rodolfo [auxiliar de enfermagem]: É aqueles de sempre, né? [pausa] Uns falam assim... “ah se não fosse esse posto, isso aqui é uma maravilha” **aí tem outros que falam “isso aqui não presta” [com tom de descaso].***

Gislaine: “isso aqui não presta, quando eu preciso” “ninguém aqui trabalha, tudo vagabundo”.

Rodolfo: “Agenda, agenda só pra dezembro? Até lá minha mãe já morreu, até lá...” não é? É assim... agora tem uns que já gosta mesmo daqui... então... (UBS - E3 P15 L26-L34).

Como presentificado nesses trechos e relatos, os momentos de interação entre profissionais e usuários, assim como no Núcleo, é marcado por desconfiança e acusação mútuas. Os profissionais se sentem desrespeitados e acusados pelos pacientes, que, em muitos momentos, reclamam dos profissionais alegando que “eles não fazem nada”, e os pacientes se sentem desrespeitados pelos profissionais, que não sabem dar as informações ou que não podem dar o que necessitam. Nota-se, no modo como constroem as falas, discursos generalizantes, os usuários generalizam o “servidor público que não quer trabalhar”, e os profissionais, por sua vez, generalizam os usuários, considerando-os como “comunidade que não entende do funcionamento” e “povo sem educação”. Esse modo de descrição é típico em situações de conflito, em que se despersonaliza o outro atribuindo a ele características

abstratas e estigmatizadas mediante discursos sociais dominantes. Evitar partir de posições abstratas é um dos recursos, dentre outros, apontados por McNamee (2013) para promoção de diálogo em situações conflituosas, algo que poderia ser proporcionado por espaços coletivos de conversa e oportunidade de conhecer o outro para além de discursos generalizantes.

A proposta de construção de uma gestão compartilhada que inclua os usuários é bastante pertinente considerando o contexto observado. Ter esse espaço de conversa proporcionaria a construção conjunta de conhecimento sobre as necessidades singulares, sobre políticas públicas e sobre a organização social do Brasil. Contudo, a análise apresentada nesta tese buscou demonstrar que a construção desses espaços exige preparo; não basta abrir uma roda de conversa, pois a tendência é que essa roda reproduza a cultura social pouco participativa já instaurada.

4.3 Sentidos construídos sobre humanização da gestão e sobre ações práticas

A análise sobre os sentidos e práticas de humanização da gestão buscou identificar o modo como os profissionais, em conversa com as pesquisadoras, compreendem esses aspectos. As análises descritas anteriormente, com relação ao contexto e à dinâmica relacional, oferecem-nos subsídios para compreender o modo como os profissionais constroem sentido sobre suas práticas em relação ao tema de humanização da gestão, e que informam o modo como coordenam suas ações (McNamee, 2014).

Os resultados quanto à construção de sentidos são apresentados a partir da descrição de três temas: 1) Participação das Decisões; 2) Relações Interpessoais; e, 3) Trabalho em Equipe e Indissociabilidade entre Atenção e Gestão. Os temas foram trabalhados a partir de dois eixos centrais, considerados partes de um mesmo processo: os sentidos construídos sobre *o conceito* de humanização da gestão e os sentidos construídos sobre as *ações práticas* identificadas no cotidiano de trabalho dos profissionais como sendo humanização da gestão. Assim, por fazerem parte de um mesmo processo, os sentidos e as práticas são apresentados conjuntamente para cada um dos temas e contextos estudados.

4.3.1 Participação das Decisões

A seguir apresentamos tabelas com os sentidos construídos e práticas no que se refere à participação das decisões para cada um dos contextos analisados. Posteriormente,

discorreremos sobre cada uma das tabelas, apontando discussões e reflexões específicas a cada unidade de saúde.

Tabela 11 – Participação das Decisões e Gestão Humanizada no Contexto do Núcleo de Saúde da Família

Tema: Participação das Decisões	
<i>Sentidos de humanização da gestão</i>	<i>Práticas de humanização da gestão</i>
Ter espaço para se comunicar sobre diversos assuntos (trabalho ou questões relacionais).	↔ Reuniões Administrativas.

Tabela 12 – Participação das Decisões e Gestão Humanizada no Contexto da Unidade Básica de Saúde

Tema: Participação das Decisões	
<i>Sentidos de humanização da gestão</i>	<i>Práticas de humanização da gestão</i>
Poder opinar sobre organização do trabalho quando apresentada para a equipe.	↔ <ul style="list-style-type: none"> - Opinar sobre a escala quando esta é apresentada; - Escolher uma posição de trabalho que mais agrada quando a escala é apresentada; - Falar das insatisfações frente à organização do trabalho; - Sentir haver acesso à chefia; - Chefia buscar satisfazer profissionais dentro do possível.

Conforme apresentamos, em ambos os contextos a gestão humanizada é descrita como a **possibilidade de participar das decisões sobre a organização do trabalho**. Essa ideia geral, de participar das decisões sobre o próprio trabalho são indicadas pela PNH na cartilha sobre a diretriz Cogestão (Brasil, 2012a).

No entanto, uma análise detalhada nos permite descrever que o sentido de “participação” difere em cada um dos contextos. Assim, no que se refere à participação, no NSF, uma gestão humanizada significa “*Ter espaço para se comunicar sobre diversos*

assuntos (trabalho ou questões relacionais)”, ou seja, ter a possibilidade de poder falar e ser ouvido é indicada como algo que possibilita o sentir-se “humano”. A equipe destacou a importância de poder conversar sobre aspectos relacionais, que geram conflitos em alguns momentos, mas também reconhece a necessidade de aprimorar a comunicação. Essa, às vezes, fica atravessada (não conseguem trabalhar com transparência algumas questões conflituosas e não sabem como poderiam fazer, o que prejudica o trabalho da equipe). Em nossa análise, notamos que o espaço de troca no NSF é proporcionado pelas “reuniões administrativas” das quais todos participam ativamente, inclusive na construção das propostas, antes da tomada de decisão. A seguir, apresentamos um trecho de entrevista que ilustra a construção desses sentidos.

Tânia [enfermeira]: Acho que... [falam algo baixinho inaudível] acho que... já foi falado, a questão desse espaço de troca, né? [falaram desse aspecto quando questionados sobre o funcionamento da gestão da unidade] Eu acho que a gente... o fato de se ouvir, ou de pelo menos, com dificuldade de comunicação [se refere à fala de uma colega que apontou haver dificuldades para conversas transparentes em algumas situações – nem sempre conseguem se comunicar bem para resolver conflitos], que acho que sempre pode ser aprimorado, mas, ter espaço para parar o trabalho e se ouvir, e tentar ali, é... identificar onde que o conflito começou, como que aquilo ali pode ser resolvido de uma forma, né? Assim ali, pontual que não tenha repercussões maiores nem pra equipe e nem pra vida pessoal, eu acho que esse espaço de escuta, ele é um momento de humanização assim. Assim, eu me sinto mais gente, e também me sinto trabalhando com gente, quando a gente consegue se ouvir... (NSF - E P18 L10-17).

No caso da UBS, a participação, incluída como característica de uma gestão humanizada, é descrita, de forma geral, como “*Poder opinar sobre organização do trabalho quando apresentada para a equipe*”. Esse sentido atribuído à participação, bem como as possibilidades práticas para que essa participação aconteça, descrevem uma relação hierárquica em que se participa “opinando” sobre algo previamente construído, conforme descrito: “*Opinar sobre a escala quando esta é apresentada; Escolher uma posição de trabalho que mais agrada quando a escala é apresentada; Falar das insatisfações frente à organização do trabalho; Sentir haver acesso à chefia; Chefia buscar satisfazer profissionais dentro do possível*”.

Assim, a participação não apenas tem um sentido distinto, ela se constrói de forma diferente do NSF, como buscamos demonstrar na análise dos contextos e das dinâmicas relacionais de cada equipe. No contexto da UBS, participação significa poder opinar, ter acesso à chefia, poder sentir liberdade para dizer das insatisfações, e a partir desse sentido que atribuem à humanização da gestão, os profissionais consideram praticar a humanização da gestão, pois muitos deles sentem essa liberdade para opinar nas decisões apresentadas pela chefia. O trecho a seguir ilustra a análise desenvolvida quanto ao sentido de participação no contexto da UBS:

Giovanna: (...) Com relação à humanização da gestão do trabalho, o que vocês pensam sobre isso? E aí lembrando que vocês podem pensar várias coisas diferentes... [antes da entrevista, com objetivo de que os participantes se sentissem à vontade, falei que eles poderiam ter opiniões e pensamentos diferentes] Não precisam ter uma resposta certa e única... quando a gente fala “humanização da gestão do trabalho”, o que vem na cabeça? O que é isso?

Júlia [auxiliar de enfermagem]: Me veio a escala, estar dispensando a gente, da chefia pensar no funcionário, o que é o melhor pra gente... você poder escolher uma escala...

Giovanna: É... aí quando você pensa em humanização, é nesse sentido de poder opinar sobre a escala que é o que vai definir o seu trabalho...

Júlia: Isso, é o que for melhor pra gente. Achar o que for melhor pra mim. Humanização, é isso que eu pensei... (UBS – E1 P18 L14-23).

Essa ideia de participação como “liberdade para dar sugestões ou opiniões” é sustentada também por Becchi et al. (2013) ao relatarem a experiência conduzida em um Núcleo Integrado de Saúde. Os autores comentam sobre a implantação de uma caixa de sugestões como uma forma de incluir aqueles não presentes nas reuniões do Grupo de Trabalho em Humanização. Essa ideia de que opinar é participar nos parece decorrer de uma visão simplista de participação. A proposta da Cogestão é abrir espaço para a conversa, para a negociação de sentidos, para uma reflexão conjunta e que inclua diferentes pontos de vista para análise.

Como apontado, esse entendimento se difere do sentido atribuído pela equipe do NSF, em que a participação significa construção coletiva de propostas e compartilhamento das decisões. Essa ideia não exclui a possibilidade de haver uma hierarquia, mas essa se torna

diluída em boa parte do tempo nas discussões em equipe. Da mesma maneira como na UBS, a equipe do NSF entende praticar a humanização da gestão nos momentos em que se reúnem e conversam sobre as questões da unidade.

Importante destacar, como indicado acima e de acordo com o que fora apontado pelos profissionais do NSF, que o fato de haver uma construção coletiva não significa que não haja uma hierarquia, inclusive necessária. Em alguns casos, principalmente momentos em que há impasses na tomada de decisão, a equipe se sente segura por poder deixar nas mãos da coordenação algumas das decisões. Além da coordenadora, há ainda uma hierarquia superior a ela, pois muitas decisões e diretrizes chegam de cima para baixo com uma indicação “cumpra-se” (da instituição que coordena os núcleos, das Secretarias de Saúde ou do próprio Ministério da Saúde). Porém, nesses casos, a equipe do NSF se sente fortalecida para acatar e, ao mesmo tempo, adaptar ao seu contexto, como uma decisão coletiva, em que a divisão de responsabilidade fortalece o grupo, não recaindo sobre um único profissional. Esses apontamentos sobre a especificidade das funções, a presença da hierarquia e o modo como a equipe pode lidar com essas questões é algo proposto e discutido por Campos (2007).

Portanto, embora a participação seja bastante valorizada e considerada como aspecto central de uma gestão humanizada, o seu significado difere em cada um dos contextos. Enquanto no contexto do NSF a participação é compreendida como a construção coletiva de discussões e reflexões sobre o trabalho e sobre as relações (para tomada de decisões ou para flexibilizar decisões que venham “de cima” e adequá-las ao contexto e à realidade da equipe), no contexto da UBS participação significa poder dizer o que pensa quando a organização do trabalho é apresentada.

4.3.2 Relações Interpessoais

O tema referente às relações interpessoais aparece de maneira mais explícita no contexto da UBS. Os profissionais destacam aspectos importantes das relações, os quais são considerados exemplos da humanização da gestão. No Núcleo de Saúde da Família esse tema aparece, mas não é destacado pelos profissionais quando questionados sobre a humanização da gestão. Por esse motivo, abaixo apresentamos apenas uma tabela referente ao contexto da UBS. Buscamos, também, comentar sobre as razões possíveis para que esse assunto não tenha sido destacado no contexto do NSF.

Tabela 13 – As Relações Interpessoais e a Gestão Humanizada no Contexto da UBS

Tema: Relações Interpessoais	
<i>Sentidos de humanização da gestão</i>	<i>Práticas de humanização da gestão</i>
Bom relacionamento entre colegas de trabalho.	<div>↔</div> <ul style="list-style-type: none"> - Fazer pedidos específicos de ajuda mútua; - Participação de todos no trabalho, como em uma família.
Apoio dos colegas para dificuldades da vida pessoal.	<div>↔</div> <ul style="list-style-type: none"> - Conversas de orientação mútua e desabafo com colegas.
Momentos descontraídos com a equipe.	<div>↔</div> <ul style="list-style-type: none"> - Almoço na unidade de saúde, café com bolo no período da manhã e tarde; - Festas fora da unidade; - Comemoração de aniversários, dentre outras possibilidades.

Considerando a estrutura organizacional no contexto da UBS, os profissionais identificam que uma gestão humanizada significa ter “*Bom relacionamento entre colegas de trabalho*” o que os permite “*Fazer pedidos específicos de ajuda mútua*” e ter “*Todos participando do trabalho, como em uma família*”. Em nossa análise, compreendemos que essa é uma possibilidade de autonomia e flexibilidade frente à organização rotineira do trabalho e indicada pela escala. Ter um bom relacionamento com os colegas é uma oportunidade para flexibilizar essa organização através de acordos e trocas que sejam possíveis sem que haja prejuízo para o funcionamento da unidade. Essa é uma forma de se estabelecerem “acordos” entre os profissionais, algo que não ocorre em reuniões. Considerando esse aspecto, parece óbvio que, quanto mais próximos os profissionais se sentem, maior a liberdade que possuem para pedir ajuda e, também, maior a chance de que o colega compreenda o pedido e o atenda. Essa ideia traz embutida a noção de que a colaboração é maior quanto melhor for o relacionamento entre as pessoas, a colaboração não é uma técnica a ser colocada em prática, ela é uma construção conjunta que se dá nas relações.

Um fator que auxilia a desenvolver essa relação de colaboração na UBS e de conhecer melhor o colega é a possibilidade de conversarem sobre a vida pessoal e de auxiliarem uns

aos outros frente a algumas questões da vida. O segundo sentido indicado na tabela como resultado em nossa análise propõe que uma gestão humanizada é aquela que possui espaço para que haja “*Apoio dos colegas para dificuldades da vida pessoal*”. Esse apoio aumenta a amizade e conhecimento dos colegas de trabalho, o que facilita, inclusive, a organização do trabalho, conforme descrito acima. Esse apoio é desenvolvido através das “*Conversas de orientação mútua e desabafo*” nos momentos de menor movimento da unidade.

No contexto da UBS, o movimento de pacientes varia bastante. Há horários em que os profissionais ficam sem nenhuma atividade, pois não há pacientes, ou médicos para atendê-los. Nessas horas, os profissionais conseguem conversar sobre a vida pessoal e passam a conhecer melhor uns aos outros. Porém, esse estreitamento dos laços acontece com maior frequência entre os pares (auxiliares de enfermagem entre si, recepcionistas entre si), pois são poucas as vezes que a equipe tem a oportunidade de interagir. Os momentos de integração ampliada ocorrem, geralmente, na cozinha, durante o café ou almoço, e nas confraternizações. Interessante que os profissionais identificam esses momentos como próprios de uma gestão humanizada. Assim, a humanização da gestão significa, também, a possibilidade de ter “*Momentos descontraídos com a equipe*”, através de “*Almoços na unidade de saúde, café com bolo no período da manhã e tarde; Festas fora da unidade; Comemoração de aniversários, dentre outras possibilidades*”. O trecho a seguir ilustra os três sentidos de humanização da gestão construídos no contexto da UBS e trabalhados conjuntamente dentro do tema “relações interpessoais”:

[Giovanna pergunta o que significa humanização da gestão do trabalho. Alguns profissionais começam a falar sobre humanização do cuidado. Giovanna escuta um pouco e retoma a pergunta pedindo para que foquem na questão do trabalho].

Rita [médica]: Eu vejo sempre um ajudando o outro... seja assim, no posto [refere-se a posto de trabalho – escala] em que está colocado, né? Às vezes precisa dar um remanejamento, as meninas elas se dividem, então estão sempre uma ajudando a outra...

Giovanna: Na sua visão essa... a Rita entende que um ajudando o outro no trabalho é uma forma de humanização?

Rita: É uma das, um dos ramos pra humanizar....

Giovanna: A Cláudia falou “está melhorando bastante”, fala um pouco mais, Cláudia.

Cláudia [auxiliar de enfermagem]: Ah, eu acho que a gente vai começando a se conhecer, né? A gente sabe o limite do outro, né? E vai ajudando também a dificuldade do outro, a minha, o outro percebe a minha, me ajuda, é como às vezes eu digo assim “me corrige, mas assim, me corrige entre eu e você, não na frente do outro, né?” [Daniele – auxiliar de enfermagem – “vou pegar água” e sai da sala] pra que eu possa melhorar o meu atendimento, por que não, né?

Giovanna: Tainá ia falar alguma coisa, não?

Tainá [auxiliar de enfermagem]: Ah eu acredito que a humanização é nesse sentido mesmo de você ver que o colega está apertado, se você sai, ele vai lá e... ajuda, aí acaba misturando... como a gente passa muito tempo aqui, acaba não sendo somente o profissional, né? Acaba misturando um pouquinho do seu pessoal também [alguém fala “ser humano, né?”], você divide com o seu colega, alguma coisa que você está vivendo e às vezes ali é uma ajuda, também é um tipo de humanização porque você não vem aqui só pra trabalhar com o seu colega, você passa mais tempo com o seu colega do que com a sua família...

Giovanna: Uhum. Desenvolvendo uma relação de afeto um com o outro [alguém fala “sim” “também” “com certeza”] (UBS – E2 P7 L17-34, P8 L1-4).

Este outro trecho também exemplifica a análise descrita:

Giovanna: E o que vocês gostam... do trabalho, desse modo de organização do trabalho aqui da unidade? O que é muito legal, que vocês acham diferente, que é um potencial mesmo?

[pequena pausa]

Rodolfo [auxiliar de enfermagem]: Alguém já falou comida? Pessoal come muito aqui?

Giovanna: Da comida? Reuniãozinha... [Gislaine – auxiliar de enfermagem] ri alto] na cozinha?

Rodolfo: É, assim... tem dia que...

Giovanna: O que que é bom isso, Rodolfo?

Gislaine: Ah, é bom...

Giovanna: Então, mas o que ajuda?

Gislaine: Esse dia todo mundo se reúne.

Antônia [auxiliar de limpeza]: É. Todo mundo.

Gislaine: Médico, mistura com os enfermeiros, com os auxiliares, come todo mundo na mesma mesa...

Giovanna: Então é legal porque acaba misturando um pouco as equipes, nesse sentido?

Gislaine: É, mistura tudo.

Giovanna: Mistura tudo. E é bom mesmo, né Rodolfo? Comer um pouquinho?

Rodolfo: É, ou então alguém compra um negócio “ó tem isso aqui lá na copa, vai lá” [dão risada].

Antônia: Fiz bolo [rindo].

Giovanna: É o momento que vocês se encontram, mas pelo jeito vocês também fazem encontros fora daqui...

Gislaine: Fazemos. (UBS – E3 P12 L33-44, P13 L20).

Nesse sentido, parece haver uma relação intrínseca entre “*Momentos descontraídos com a equipe*” que os permite “*ter um bom relacionamento com os colegas de trabalho*”, com consequente ajuda mútua e maior colaboração entre os profissionais, além de “*Apoio dos colegas para dificuldades da vida pessoal*”. Esses aspectos parecem estar relacionados com a atuação dos próprios profissionais no cotidiano, não havendo uma cobrança para que esses momentos aconteçam, eles dependem das afinidades construídas.

No caso do NSF, esse não foi um aspecto destacado pela equipe. Embora eles comentem sobre a importância das relações e de se conversar sobre elas nos momentos de conflito, o modo como atuam parece estar mais relacionado ao aspecto profissional do que pessoal. As reuniões facilitam a comunicação e as discussões para negociação das atividades, não sendo necessário ter uma relação de amizade para se responsabilizar e responsabilizar os colegas pelas ações realizadas no núcleo. Assim, reconhecem a importância de se conhecerem e terem boas relações, mas, caso não tenham com todos, este não será um impeditivo para se estabelecerem diálogos no momento das reuniões. O conflito pode dificultar o diálogo, mas não impedirá que ocorram conversas e negociações. No caso da UBS, fica a impressão de que as negociações não são feitas com responsabilização de toda equipe, mas somente entre pessoas que se dão bem, e talvez por esse motivo a equipe tenha destacado essas questões sobre bom relacionamento nesse contexto.

4.3.3 Trabalho em Equipe e Indissociabilidade entre Atenção e Gestão

Apresentamos abaixo os resultados, em tabelas e separados para cada uma das unidades de saúde, no que se refere aos sentidos construídos e práticas sobre o tema “Trabalho em Equipe e Indissociabilidade entre Atenção e Gestão”. Em seguida, apontamos as principais discussões realizadas frente a essa análise.

Tabela 14 – Trabalho em Equipe e Indissociabilidade entre Atenção e Gestão Humanizada no Núcleo de Saúde da Família.

Tema: Trabalho em Equipe e Indissociabilidade entre Atenção e Gestão	
<i>Sentidos de humanização da gestão</i>	<i>Práticas de humanização da gestão</i>
Equipe toda disposta a assumir outras funções e pensar coletivamente na solução dos problemas.	Trabalho em equipe (sentido de equipe específico a esse contexto).
Todos são igualmente responsáveis pelos pacientes.	Outras Reuniões (momentos coletivos) e conversas “informais” nos corredores.
Atender os pacientes considerando suas necessidades.	Implantação do Acolhimento da demanda espontânea conforme indicado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Tabela 15 – Trabalho em Equipe e Indissociabilidade entre Atenção e Gestão Humanizada na Unidade Básica de Saúde

Tema: Trabalho em Equipe e Indissociabilidade entre Atenção e Gestão	
<i>Sentidos de humanização da gestão</i>	<i>Práticas de humanização da gestão</i>
Cada um fazer sua parte da melhor maneira possível	↔ Trabalho em equipe (sentido de equipe específico ao contexto).
Atender às necessidades dos pacientes, ser resolutivo.	↔ <ul style="list-style-type: none"> - Entregar material de curativo para a pessoa fazer em casa; - Visita domiciliar; - Ter amizade com alguns pacientes; - Chamar paciente pelo nome; - Acolhimento (aqui significa ouvir o paciente). - Outras ações que facilitem de alguma forma.
Ter espaço para conversarem sobre a organização do trabalho*	↔ <ul style="list-style-type: none"> - Grupo gestor (algo a ser implantado na Unidade); - Reuniões (com todos).

* As práticas indicadas são reconhecidas como possibilidades por alguns, mas não fazem parte da realidade da UBS.

O trabalho em equipe é um aspecto bastante destacado na literatura sobre Cogestão (Brasil, 2012a; Campos, 2007) e que aparece nos sentidos construídos com os participantes sobre a humanização da gestão e sua prática. Em ambos os contextos, quando falamos sobre “humanização da gestão”, falamos sobre trabalho em equipe. Porém, mais uma vez, é possível identificar uma diferença no sentido atribuído às palavras “trabalho em equipe” em cada um dos contextos estudados.

No contexto do Núcleo de Saúde da Família, trabalho em equipe tem um sentido de todos serem igualmente responsáveis pelo bom funcionamento da unidade. O objetivo de todos os profissionais inseridos naquele contexto é o mesmo, embora cada um exerça uma função. Nesse sentido, parece óbvio que, em caso de necessidade, para que o objetivo da equipe seja atingido, as funções ficam menos estanques e uns acabam assumindo a função dos

outros. Embora não seja obrigatório, quando um dos profissionais tira férias ou precisa se ausentar, os demais buscam abarcar o trabalho desse colega para que a população não seja prejudicada. Esse sentido dado ao trabalho em equipe gera uma noção de corresponsabilidade, em que corresponsabilidade significa que todos são igualmente responsáveis pelos resultados, e todos podem contribuir para além de sua função estabelecida.

Como consequência, o cuidado também passa a ser compreendido como responsabilidade de todos, conforme descrito no sentido “*Todos são igualmente responsáveis pelos pacientes*”. O paciente não é responsabilidade apenas do médico, mas de toda a equipe, inclusive daqueles não diretamente envolvidos com o cuidado (como a recepcionista e o segurança). A equipe do NSF descreve esse sentimento de corresponsabilidade no cuidado com os pacientes e procura sempre discutir e decidir sobre o tratamento de maneira coletiva. Os profissionais sentem a necessidade de se reunirem em outros momentos que não apenas a reunião administrativa.

As práticas que podem ser relacionadas a esse sentido são “*Outras Reuniões e conversas ‘informais’ nos corredores*”. Durante o período de imersão, pudemos observar diversos momentos de reunião de toda equipe ou parte dela, como explicitado e analisado na subseção anterior.

Embora acreditemos que parte dessas reuniões poderiam incluir os pacientes (algo indicado pela própria PNH), consideramos que essa prática de reunir a equipe multiprofissional já é um primeiro passo importante e que demonstra sensibilidade à ideia de indissociabilidade entre atenção e gestão (Brasil, 2010). Quando a gestão dos processos de trabalho é coletiva, automaticamente o cuidado passa a ser gerenciado coletivamente, pois se constrói uma cultura organizacional de corresponsabilidade frente às ações promovidas pela equipe, e consequentemente todos os profissionais se sentem protagonistas dos resultados, protagonistas coletivamente. O trecho a seguir ilustra o sentimento de corresponsabilidade da equipe do NSF no que se refere, também, ao cuidado:

[Giovanna pergunta o que consideram como sendo humanização da gestão e pede para que já identifiquem quais seriam as práticas desenvolvidas no Núcleo. A enfermeira comenta sobre o espaço para diálogo, inclusive, de questões relacionais, e a médica complementa com a fala a seguir]

Médica: Uma questão que eu acho que é humanizada, é... eu já trabalhei em outros lugares, e... tudo ficava muito centralizado no médico, então o médico que dava a ordem, e aqui eu não vejo isso, o paciente ele é de todos, a população é de

todos, então assim, o médico / não é centrado no médico, então assim, a gente leva em discussão aquela pessoa, todo mundo opina, então todo mundo dá sua opinião, todo mundo acaba ajudando naquela conclusão. Então, eu acho que fica bem humanizado. Não fica centralizado a uma decisão, então assim isso eu acho bem humano, não fica uma coisa centrada hierárquica, nada disso, então... a gente age todo mundo dessa maneira...

Helena [auxiliar de enfermagem]: Uma coisa que eu acho bem humanizado, é... por exemplo, o período de férias, né? De uma de nós auxiliares, tem uma escala pro pessoal estar ajudando no acolhimento, então é muito bom porque você não vai estar lá sozinha, porque tem períodos que é... sufocante, né? E muita gente, e... é muito bom as meninas falam “ó... eu que estou lá, viu? Só vou em tal lugar, mas eu que estou na escala, viu? Vou lá te ajudar”(NSF – E P18 L18-30).

Os profissionais entrevistados na UBS também destacam a importância do trabalho em equipe, mas quando exemplificam, descrevem uma prática diferente dessa descrita no NSF. No contexto organizacional da UBS, o trabalho em equipe é compreendido como “*cada um fazendo da melhor maneira a sua parte*”, pois dessa forma o trabalho será facilitado quando o colega que recebeu o paciente no momento anterior tiver feito um bom trabalho. A palavra “parte” é muito utilizada pelos profissionais nesse contexto, ela demonstra o modo como eles se veem e como constroem o trabalho em equipe. A ideia de equipe nesse caso está relacionada ao modo como funcionam, como uma linha de montagem aplicada ao contexto de saúde, conforme discutido por Campos (2007), em que cada profissional é responsável por uma pequena parte do trabalho, o que faz com que percam a noção da integralidade do cuidado.

Compreender a equipe dessa forma, da mesma maneira, impacta no modelo de cuidado oferecido. Os profissionais se comunicam muito pouco, fazem o seu papel e encaminham para o próximo profissional no fluxo do atendimento. Quando o paciente chega à UBS ele passa pela recepção, que o encaminha para a pré-consulta com as auxiliares de enfermagem, que o encaminha para o atendimento médico, que por sua vez o encaminha para a pós-consulta com as auxiliares de enfermagem novamente. Obviamente, no NSF há também um fluxo de atendimento em que o paciente percorre da recepção à consulta médica, mas o trabalho da equipe não se restringe a esse fluxo. Há momentos de discussão e planejamento em que se fala, inclusive, sobre a funcionalidade desse fluxo.

Sendo assim, os profissionais da UBS destacam a importância do trabalho em equipe nestes termos, cada um fazendo sua parte do fluxo da melhor forma possível, pois há uma dependência entre as funções para que tanto o paciente saia satisfeito e atendido em suas necessidades, quanto a equipe obtenha sucesso em suas ações. Além disso, a equipe da UBS ainda destaca que é muito importante que **uns não opinem na função dos outros**, porque gera desentendimento e desgaste. Cada um sabe qual é a melhor forma de atuar em sua função, por exemplo, as recepcionistas não devem opinar sobre o trabalho das auxiliares, a menos que a questão envolva diretamente o trabalho das recepcionistas também. A seguir, o trecho ilustra as conversas estabelecidas nas entrevistas que possibilitaram a construção dessa análise:

Giovanna: E o Rodolfo [auxiliar de enfermagem] e a Antônia [auxiliar de limpeza], o que pra vocês seria humanização da gestão do trabalho?

[pausa]

Giovanna: Como que se junta?

[pausa]

*Antônia: Da minha parte, como diz, eu faço **a minha parte**... [inaudível] também faz a dela, se eu não to bem eu já vou lá e reclamo. Até falei pra ela uma vez “Dona [nome colega] eu trabalho, eu faço de um lado, você faz do outro, cada um faz o seu bonitinho e pronto”. Agora [pausa] o resto... (UBS – E3 P9 L26-33).*

Outro trecho de entrevista também corrobora a discussão apresentada:

[Giovanna comenta que eles começaram a falar sobre o trabalho em equipe e que gostaria de ouvir como eles definem o trabalho em equipe. Patrícia – auxiliar de enfermagem – descreve como melhor colaboração para quem procura atendimento. Maria – auxiliar de enfermagem – descreve como sendo trabalho em que um depende do outro]

Maria: É porque quando um trabalho depende do outro então cada pessoa...

João [farmacêutico]: [fala junto] é um ajuda o outro...

*Maria: [continua] é... cada pessoa tem a sua importância, né? Desenvolve o **seu trabalho**, então... um depende do outro, por exemplo, no meu serviço pra ser bem feito eu dependo do João me dar as pomadas...*

João: [ri]

Maria: Então assim...

João: E eu dependo de ter a pomada lá... [rindo]

Maria: Então... (UBS – E1 P7 L23-31).

Um outro aspecto discutido como parte da humanização da gestão é a importância de buscarem ser resolutivos e “*atenderem às necessidades dos pacientes*” da melhor forma possível. No NSF, o acolhimento foi reconhecido como uma prática de humanização da gestão. A palavra “acolhimento” apareceu também em alguns trechos das entrevistas com os profissionais da UBS, mas com sentido diferente.

No caso do NSF, o acolhimento se refere à adesão e à implantação de um processo de Acolhimento da Demanda Espontânea conforme indicado pela Secretaria Municipal de Saúde. O trecho a seguir ilustra a indicação do acolhimento como parte da gestão humanizada:

[Giovanna pergunta o que consideram como sendo humanização da gestão e pede para que já identifiquem quais seriam as práticas desenvolvidas no Núcleo. Dentre as respostas, uma residente coloca]:

Sabrina [residente Medicina]: Outra coisa que eu acho que é humanizado na gestão, né? E na assistência, é o próprio acolhimento, que não acontece em todas as unidades. E é uma forma de, todo paciente que chega aqui é acolhido, é ouvido. Pode não ser atendido no mesmo dia, mas sempre tem uma atenção pra ele. Acho isso uma parte da humanização da saúde muito, é, muito... forte assim, porque, já trabalhei em outros lugares que não tem isso e, o quanto isso faz a diferença, é... é bem visível.... é isso... (NSF – E P19 L23-28).

Logo que iniciamos a etapa de imersão em campo, o Núcleo de Saúde da Família mantinha o agendamento de consultas médicas, e atendia a demanda espontânea somente quando a urgência do caso era visível. Casos não urgentes de demanda espontânea eram indicados a buscarem outras unidades de saúde de emergência ou a voltarem em outro dia para conseguir consulta (quando a agenda da médica abrisse)¹². Essa questão com relação a atender ou não a demanda espontânea gerava certa divergência entre alguns profissionais, uns defendiam que a unidade deveria ouvir a todos que chegassem, enquanto outros

¹² A agenda médica abre a cada três meses; quando completa, ela será aberta novamente no último mês para os próximos três meses. Não há controle do preenchimento da agenda, os pacientes têm que ter a sorte de procurar consulta em um momento em que a agenda esteja aberta e ainda com vaga. Do contrário, ele passará meses tentando acertar a data de abertura da agenda e o momento adequado em que ainda haja vaga. Não há uma lista de espera ou algo nesse sentido.

compreendiam que não deveriam atender a todos, pois não havia tempo e nem recurso humano para atender a essa demanda.

Em meados do segundo mês da etapa de imersão no campo, notamos que o acolhimento na unidade havia mudado, e fomos informadas de que eles haviam implantado o Acolhimento da Demanda Espontânea, conforme estudo realizado e treinamento oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde (Ribeirão Preto, 2015). Após adesão, colocaram na sala de espera um painel informativo com indicação da classificação das condições dos pacientes através de cores (vermelho, amarelo, verde e azul) e, de acordo com a urgência, quantos dias esse paciente poderia aguardar para receber um atendimento. Por exemplo, se for classificado como vermelho (urgente), deve receber atendimento no mesmo dia, e assim por diante.

A classificação é realizada pelas auxiliares de enfermagem que passaram a ouvir todos aqueles que chegam à unidade solicitando consulta. Para realizar essa classificação, elas receberam alguns parâmetros, instrumentos como uma tabela com sintomas em cada uma das cores e um formulário a ser preenchido com informações básicas do paciente e de seu problema relatado. Com essa classificação, as próprias auxiliares agendam a consulta com a médica. Essas tabelas decorrem de um estudo realizado pela Secretaria, que teve como objetivo facilitar o agendamento de consulta e o acesso da população, reduzindo o tempo de espera e a questão de não encontrarem agenda aberta (Ribeirão Preto, 2015).

Embora a implantação desse acolhimento tenha sido descrita na entrevista como uma prática de gestão humanizada, no cotidiano observamos divergências entre os profissionais com relação à utilidade dessa ferramenta para o trabalho da equipe. Em alguns momentos, as auxiliares de enfermagem relataram grande insegurança e desconforto para fazer uma classificação que indicaria a consulta imediata do paciente ou não. O maior temor se referia ao fato de não serem médicas e talvez prejudicarem alguém por não compreenderem bem os sintomas. Além disso, ouvir a todos que chegam à unidade gerava uma sobrecarga de trabalho e uma sensação de não estarem oferecendo o melhor à população. Outros profissionais, porém, viam este como um recurso muito bom, pois permitia um maior acesso.

Esse contexto nos convida a refletir sobre as nuances de cada ação. O acolhimento é também uma das diretrizes da PNH e busca dar parâmetros para que a equipe ofereça um atendimento humanizado. O modo como esse acolhimento é oferecido varia, havendo inúmeros estudos na literatura (Sato & Ayres, 2015; Ayres, 2009b; Coutinho, Barbieri & Santos, 2015) que vão para além da classificação das condições físicas, enfocando a própria escuta e a possibilidade de que ele possa ser feito por qualquer membro da equipe. Porém, na prática, o modo como ele é compreendido e implantado gera uma série de consequências para

o funcionamento da própria equipe. Uma diretriz que busca humanizar o atendimento, pode, ao mesmo tempo, gerar conflitos e desconfortos dentro da atuação da equipe, e funcionar como um dificultador do trabalho em Cogestão.

Assim, mais do que “aplicar” modelos, compreendemos que a humanização é uma transformação almejada para o modo como as pessoas se relacionam, como elas se comunicam e constroem a si mesmas e a suas práticas nessas ações. O desafio que permanece é justamente o de se pensar sobre **“como”** transformar as relações de modo que, independentemente das proposições, a equipe mantenha a Cogestão e a comunicação corresponsável. Sempre haverá divergências; assim, parece-nos que o importante é a cultura instaurada para abordá-las e mediá-las. Os conflitos, ou as divergências de pensamento, demonstram a importância do aspecto relacional inclusive no momento em que a equipe decide questões administrativas e processos de trabalho, questões aparentemente objetivas, mas que dependem e estão condicionadas a questões subjetivas (Cecílio, 2005), ou como preferimos nomear questões relacionais, como a própria produção de sentido. Implantar modelos não tem se mostrado um caminho útil ou produtivo para que essas mudanças ocorram de maneira ampliada e abarcando várias frentes, fica a impressão de que se conserta de um lado e desconserta de outro. Como coloca Campos (2009, p.25), “...considero que a gestão não é só administração, mas é lidar com o tal manejo, o manejo da vida”.

No contexto da UBS, os profissionais também relacionam o bom atendimento, a resolutividade, com a humanização da gestão. Porém para além do acolhimento incluem outras práticas como *“Entregar material de curativo para a pessoa fazer em casa; Visita domiciliar; Ter amizade com alguns pacientes; Chamar paciente pelo nome; Acolhimento (ouvir necessidades)”*.

O acolhimento descrito no contexto da UBS não significa a implantação do Acolhimento da Demanda Espontânea, pois a unidade não aderiu a essa proposta. Acolhimento nesse contexto foi descrito como “tratar com respeito a todos”, “se colocar no lugar do outro”, “parar para ouvir e buscar entender”, “não se comportar como uma máquina”, ações que não se limitam ao momento de recepção dos pacientes que buscam a unidade de saúde (demanda espontânea), até mesmo porque não há uma ação direta para receber pessoas não agendadas. Aqueles que buscam atendimento fora do agendamento são convidados a aguardar os horários de encaixe ou a falta de algum paciente agendado, mas eles são avisados que correm o risco de esperar e não serem atendidos, caso nenhum paciente falte ou o horário dos médicos seja ultrapassado. Casos visivelmente urgentes são encaminhados pela

recepcionista para a pré-consulta, e as auxiliares conversam com a médica, que definirá se trata-se de urgência ou não.

A seguir, apresentamos alguns exemplos dos trechos das entrevistas na UBS dos quais construímos sentidos sobre o “Atender às necessidades dos pacientes, ser resolutivo”:

Trecho 1

[Giovanna pergunta sobre ações ou práticas que identificam como sendo formas de humanizar a gestão. Alguns profissionais respondem e Daniele – auxiliar de enfermagem – complementa]:

Daniele: [inaudível] entrega de material, também é uma ação, né?

Giovanna: Entrega de material para os usuários?

Daniele: Para os usuários.

Giovanna: Igual a Rita [médica] falou?

*Daniele: Igual a **doutora** Rita falou, de curativo, até pra coleta de exame... é... quando perde, que nem uma prática que a gente já faz, perdeu o exame, ou então a doutora precisa de um exame de urgência, não precisa chegar na recepção, a recepção está com uma fila, eu sei que é pra semana que vem por causa de um tratamento que está fazendo, a gente mesmo já larga. Então agiliza o trabalho, né? (UBS – E2 P13 L11-19).*

Trecho 2

[Giovanna pergunta se conseguem identificar alguma prática de humanização da gestão que já façam na unidade. Após alguns dizerem não saber, o Rodolfo – auxiliar de enfermagem – pergunta]:

Rodolfo: Uai, não é aquelas visitas que a Samara faz que a gente vai? [rindo]

Gislaine [auxiliar de enfermagem]: Visita domiciliar?

Rodolfo: É.

Gislaine: Acho que isso aí não tem nada a ver com a gestão do trabalho... e humanização, é um tipo de humanização...

Rodolfo: De continuidade, uai...

Gislaine: É um tipo de humanização, mas que só vai um enfermeiro e um auxiliar fazer visita domiciliar... [pausa] (UBS – E3 P15 L8-15).

Trecho 3

[Giovanna pergunta se conseguem identificar ações de humanização da gestão na unidade. Mediante a resposta negativa dos profissionais ela coloca que para dizerem não haver nenhuma prática eles partem de alguma concepção sobre o que seriam práticas, e então pede que expliquem que concepção é essa. Após longa pausa Rodolfo – auxiliar de enfermagem – responde]:

Rodolfo: Amizade com os pacientes? Tem uns que a gente tem mais amizade, tem uns que [rindo] delgado [?], tem uns que... [rindo]

Antônia [auxiliar de limpeza]: Tem uns que bagunça e quer matar...

[pausa]

Giovanna: O Rodolfo falou da amizade, vocês têm mais alguma?

Rodolfo: [interrompe] ah tem uns que a gente tem mais afinidade, não tem? Uns que vem aí? (UBS – E3 P15 L20-25).

Humanização considerada como sendo amizade com os pacientes é algo bastante presente no cotidiano dos serviços de saúde, funcionando como um discurso dominante no que se refere à PNH. Como apontado na introdução, esse discurso é considerado por alguns autores como sendo uma banalização ou simplificação do conceito de humanização que se pretende desenvolver na saúde. Apesar de apoiar essa descrição de simplificação e banalização do conceito, compreendemos que o bom relacionamento, ou, como descrevem alguns profissionais de saúde, “a amizade”, é um primeiro passo para transformar a dinâmica de funcionamento das relações dicotômicas entre profissionais e pacientes já descritas anteriormente e para aprimoramento da comunicação (embora consideremos este como sendo um processo de via dupla, em que a melhoria na comunicação pode gerar relação de respeito e bom relacionamento).

O trabalho em equipe na ausência de reuniões, inclusive com a comunidade, torna-se inviável para a construção de uma gestão compartilhada. Como no contexto da UBS as reuniões são realizadas de maneira informal, em alguns momentos foi expressa a necessidade de haver reuniões com toda a equipe e indicada inclusive a intenção de se construir um Conselho Gestor. Embora a ideia de necessidade de reunião não tenha sido algo unânime, pois o próprio objetivo de se ter reuniões foi significado de diferentes maneiras (alguns consideram que a reunião tem como objetivo o repasse de “broncas” ou a comunicação de que algo no trabalho não vai bem), alguns profissionais identificam que as reuniões poderiam ser úteis para o alinhamento da equipe e melhoria na comunicação. Sendo assim, “*Ter espaço para conversarem sobre a organização do trabalho*” aparece como um sentido de humanização da

gestão no contexto da UBS e como algo a ser atingido com a implantação do “*Conselho Gestor ou de reuniões com toda a equipe*”.

O Conselho Gestor é uma das modalidades descritas na cartilha de Cogestão (Brasil, 2012a), sendo uma das mais conhecidas e aplicadas nos diversos contextos da saúde. Esse dispositivo foi o único citado pela equipe da UBS, porém, não restringimos nossa análise a um *check list* “conhecem ou não” os dispositivos.

A partir da análise realizada nesta pesquisa, notamos que aspectos específicos de cada contexto influenciam no modo como as equipes compreendem o que é humanização da gestão, algo que se constitui inclusive pelas delimitações da própria estrutura organizacional das unidades. Conforme apontado, a comunicação e as relações são aspectos que se destacam quando pensamos sobre o trabalho em equipe e o estabelecimento de uma cultura de participação e gestão compartilhada. Partindo de nossa fundamentação epistemológica, também consideramos que é na comunicação e nas relações que os sentidos e práticas são construídos, assim como as relações de poder.

No campo de estudos da comunicação, dentro de uma perspectiva pós-moderna, algumas contribuições se mostram úteis para pensarmos processos relacionais. Dentre essas ideias, citamos contribuições desenvolvidas por autores considerados participantes do movimento construcionista social, os quais destacam a linguagem e seu caráter performático, a construção relacional dos sentidos e do *self*, o que implica posicionamentos e práticas e a construção de realidades e mundos sociais (Gergen, 2009; McNamee, 2010; McNamee & Hosking, 2012; McNamee, 2014).

As ideias do movimento construcionista vêm sendo aplicadas em diferentes contextos como clínica, educação, organizações, saúde mental, comunidades, dentre outros. Em comum, há nessas produções um destaque para a corresponsabilidade e a colaboração na construção de realidades sociais que sejam mais úteis, havendo engajamento político nessas práticas. Dentre as inovações desenvolvidas no campo, podemos citar as *Práticas Colaborativas e Relacionais* (Anderson & Gehart, 2007; Camargo-Borges, 2014; Hornstrup, Loeh-Petersen, Madsen, Johansen & Jensen, 2012; Seikkula & Arnkil, 2014), *Investigação Apreciativa* (Barrett & Fry, 2005; Schiller, Holland & Riley, 2001; Anderson, et al., 2008), *Mediação de Conflitos Narrativa*¹³ (Winslade & Monk, 2008), *Mediação de Conflitos como jogo Relacional* (Japur

¹³ Nos dias 20 e 21 de outubro de 2017, as pesquisadoras participaram de um workshop ministrado por Stephen Madigan, Ph.D., um dos autores da Mediação Narrativa. A entrevista relacional apresentada valoriza o resgate da história anterior ao conflito, momento em que as pessoas conseguiam coordenar suas ações adequadamente, e, a partir dessa narrativa, identificar recursos e valores que possam ser carregados para a situação conflituosa. Essa técnica pode ser muito útil para o contexto de trabalho das equipes, uma forma positiva de superar os conflitos.

& Ruffino, 2014), *Trabalho com Grupos e Equipes* (Rasera, 2015; Guanes-Lorenzi, 2017; Rasera, 2012), *Terapia Familiar* (Andersen, 1999; McNamee & Gergen, 1998; Martins, 2017), *Produção de sentidos e análise das relações no contexto Organizacional* (Larsen & Ramussen, 2014; Larsen, 2014; Larsen & Madsen, 2016; Larsen, 2017), *Projetos que buscam fomentar a gestão comunitária, democrática e participativa*, conforme citados por Rasera (2012, p.19): “Projeto de Conversações Públicas (Herzig & Chasin, 2006), o Consórcio de Diálogo Público (Spano, 2001), os Fóruns de Questões Nacionais (Mathews, 1999), e o Democracia Cotidiana (Campell, Malick & McCoy, 2001)”, *Projeto Imagine Chicago*, pautado na epistemologia construcionista e com influência da Investigação Apreciativa - buscou desenvolver participação e engajamento da comunidade com as necessidades de melhoria da cidade (Rasera, 2012), *Projeto Cupertino* realizado pelo Consórcio do Diálogo Público como uma proposta de desenvolvimento de democracia participativa (Rasera, 2012), dentre outras inúmeras práticas que buscam desenvolver recursos conversacionais e partem de análises relacionais.

Contudo, vale manter uma postura reflexiva frente às possibilidades apontadas anteriormente, lembrando que toda escolha discursiva implica, ao mesmo tempo, limitações e potencialidades (McNamee, 2005). Como coloca Rasera (2012) ao analisar os projetos de Conversações Públicas, Imagine Chicago e Projeto Cupertino:

Em contextos de mudança social, essa visão do diálogo como colaboração pode trazer alguns riscos, tais como: privilegiar idéias (sic) de civilidade entre as partes em detrimento de mudanças sociais efetivas; e, ao sugerir o diálogo como método superior de mudança social, acabar por promover uma desvalorização do ativismo baseado no protesto e na contraposição (Ganesh & Zoller, 2012). Além disso, a visão do diálogo como colaboração pode sustentar uma ‘ideologia da harmonia’ que desconsidera as relações de poder e oculta o uso do diálogo como ferramenta para apaziguamento das desigualdades e manutenção do status quo (Wolfe & Yang, 1996; Nader, 1990) (Rasera, 2012, p.50).

Assim, a partir desse olhar reflexivo sobre limites e potencialidades, consideramos que a produção de conhecimento e as respectivas práticas que vêm sendo criadas com fundamentação epistemológica relacional podem ser importante referencial para pensarmos sobre a construção da corresponsabilidade entre os membros das equipes. Essa epistemologia relacional nos convida a ter consciência dos processos sociais e do modo como participamos deles ativamente. Sendo assim, o seu modo de compreender pode se tornar um recurso na construção de conversas da equipe sobre si mesma e sobre o modo como, mesmo sem saber, cada profissional participa da manutenção ou transformação do contexto local de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa apresentada buscou dar visibilidade para o processo complexo de construção do funcionamento das unidades de saúde indicando alguns aspectos que funcionaram como facilitadores ou dificultadores em comparação aos princípios da PNH e norteadores da gestão compartilhada. Ao fazer isso, iluminou aspectos da cultura organizacional, aqui entendida como construção social, e de como ela sustenta e é sustentada discursivamente e relacionalmente no interior das unidades de saúde.

Essa produção é descrita em nossa tese como uma *construção social da gestão compartilhada*, uma vez que se dá nas relações, no modo como os profissionais veem e descrevem o seu trabalho, o que é delimitado por um contexto organizacional local e, mais amplamente, pelo contexto social, histórico e cultural que influencia o processo de produção de sentidos e de práticas sociais.

Com intuito de demonstrar o processo de construção social, desenvolvemos três focos de análise: o contextual, o relacional e a construção de sentidos, entendendo que estão interconectados, em retroalimentação, sendo causa e consequência ao mesmo tempo. Esses focos podem ser comparados ao modelo gráfico desenvolvido por McNamée (2014) sobre o modo como a construção social ocorre. Consideramos, portanto, as limitações do *contexto*, enquanto as ações das equipes se coordenam (*foco relacional*) a partir do modo como compreendem suas ações (*construção de sentidos*), o que, por sua vez retroalimenta a coordenação de novas ações que são informadas por esses valores e limitadas pelo contexto.

Com relação ao foco contextual, destacamos alguns elementos em cada uma das unidades analisadas. No NSF, destacamos como sustentadores ou facilitadores contextuais para manutenção da cultura predominantemente participativa: o *horário de funcionamento* e a flexibilidade que possuem para fechar a unidade em momentos de reunião e almoço; o modelo de atenção pautado pela ESF, com *equipe multiprofissional e necessidade de reuniões* que articulem os saberes dos profissionais; *formação do médico* em Medicina de Família, que proporciona uma possibilidade de olhar integral e de necessidade de equipe multiprofissional; a presença dos *agentes comunitários*, que contribuem com elementos específicos de suas visitas e podem convidar a um olhar integral e corresponsabilização da equipe; e a *organização do espaço físico*, que busca atender às necessidades dos usuários e também dos profissionais. Esses marcadores se constituem como parte da história da unidade de saúde, a qual foi construída com o propósito de fomentar a Saúde da Família. Com esse objetivo, uma série de critérios foram adotados pelos participantes dessa história, como, por exemplo, a

contratação de médicos com formação em Medicina de Família, e o fomento às reuniões de acompanhamento com as equipes, mesmo após a contratação e início do trabalho.

Já a UBS nasce em um momento histórico distinto, anterior à promulgação da Constituição de 1988. A unidade, desde a sua criação, carrega uma lógica de funcionamento distinta, fortemente pautada no modelo médico e na procura dos usuários pelo serviço. Dentre os aspectos contextuais destacados para a manutenção de uma cultura pouco participativa e descritos como dificultadores para a construção da gestão compartilhada estão: *estrutura organizacional*, a qual decorre dessa história, em que o enfoque inicial não se pautava pelo modelo de Saúde da Família, razão pela qual há, até os dias atuais, um predomínio do *modelo médico e ausência de reuniões*, visto que o médico é quem decide sobre o cuidado, e o gestor define questões de ordem administrativa; *o horário de funcionamento*, com menor flexibilidade para fecharem, e pela composição da equipe de profissionais com carga horária de 30 horas, o que gera a necessidade de um revezamento entre duas equipes; e a *organização do espaço físico*, muitas vezes pouco confortável, pois a unidade, eventualmente, tem uma demanda maior do que a sua capacidade, o que gera fila e pouco espaço para acolher a população.

Cada um dos contextos possibilita uma lógica de funcionamento relacional das equipes. No caso do NSF, há a instauração de uma lógica participativa e corresponsável, a qual se sustenta por uma série de fatores, dentre os quais destacamos: a construção da *liderança relacional entre enfermeira e equipe*, em que a equipe a reconhece como líder aberta ao diálogo e à construção conjunta de decisões; a construção de *espaços coletivos de conversa*, como as reuniões administrativas, reuniões para discussão de caso, supervisão da enfermeira com agentes, dentre outras, compreendidas por Campos (2007) como dispositivos; por funcionarem em um modelo participativo constroem, também, espontaneamente, outros *momentos coletivos para além das atividades profissionais*, como, por exemplo, as confraternizações e o bazar; e *grupos para usuários*, os quais são construídos como espaço pedagógico, mas que poderiam funcionar, também, como espaço para compartilhamento da gestão. Nesse contexto do NSF, embora se observe uma construção maior de vínculo com a comunidade, há ainda a separação e disputa entre os dois grupos, de profissionais x usuários, os quais não se reconhecem como cidadãos, parte de um único grupo, mas como parte de grupos opostos. Ao longo de nossa análise, buscamos demonstrar que a existência desses momentos coletivos não garante a democratização do poder e a instauração de uma cultura participativa, uma vez que as relações são atravessadas por discursos e posicionamentos já

institucionalizados em nossa sociedade, os quais organizam práticas e modos de operar, como, por exemplo, a responsabilidade da unidade de saúde ser atribuída ao médico, e não à equipe.

Na UBS, observamos uma cultura pouco participativa e uma gestão pouco compartilhada, sendo a gerente e as enfermeiras responsáveis pela parte administrativa, e os médicos, responsáveis pelo cuidado com auxílio dos demais profissionais. Dentre os aspectos que sustentam essa lógica de funcionamento e que dificultam o compartilhamento da gestão, destacamos: o *modelo de gestão*, que permanece pautado no modelo médico hegemônico; *ausência de reuniões coletivas*, uma vez que a divisão do trabalho já está dada, o que gera uma rotina estruturada e baixa necessidade de reunião; quando há, o *funcionamento das pequenas reuniões* se dá de forma pouco partilhada, com participação de alguns; a *comunicação* nesse contexto ocorre como um “telefone sem fio”, visto que não possuem espaço para dialogarem e definirem conjuntamente, gerando um *impacto nas negociações* que, muitas vezes, são redefinidas várias vezes, conforme se acrescentam pontos de vistas; o *desconhecimento da equipe quanto aos seus componentes*, que também gera uma divisão da equipe; e o *contato com a comunidade*, que ocorre somente quando eles buscam o serviço. Assim como ocorre no NSF, os profissionais e usuários acusam uns aos outros pelos seus problemas e não se reconhecem como parte de um mesmo grupo, mas de grupos opostos e em disputa. Portanto, a participação da comunidade na gestão é praticamente nula também nesse contexto.

Por fim, a organização contextual e relacional gera a construção de sentidos sobre o próprio trabalho e modos de atuação considerados pelas equipes como relacionados à humanização da gestão. Em ambos os contextos, a *participação nas decisões* foi considerada como uma forma de gestão humanizada, mas ao descreverem o significado dessa participação, observamos que os sentidos diferem. Enquanto no NSF a participação significa diálogo coletivo durante as reuniões de equipe, na UBS, significa poder opinar sobre a organização do trabalho, como, por exemplo, na escala, e sentir liberdade para dizer o que pensa à “chefia”. No contexto da UBS, a equipe destaca as *relações interpessoais* de amizade entre os profissionais como um aspecto importante que humaniza a gestão. Notamos que esse destaque pode estar relacionado à facilidade que gera no momento de negociação de trocas na escala e outros pedidos, algo que não se destacou no NSF, visto que, para ocorrerem negociações, há o espaço das reuniões com participação de todos. Por último, outro aspecto destacado pelas equipes de ambos os contextos foi a importância do *trabalho em equipe*, também significado de diferentes formas. Enquanto no NSF a equipe se vê como um todo que trabalha buscando a integralidade, o que nos demonstra uma sensibilidade no que se refere à indissociabilidade

entre atenção e gestão, na UBS a equipe considera importante que cada um faça da melhor forma a sua parte, e, nesse sentido, há uma divisão de tarefas, enfraquecendo a integralidade.

No início de desenvolvimento da pesquisa, a comparação dos modelos de atenção de cada unidade não era um objetivo. Porém, a riqueza das informações coletadas nos permitiu fazer análises que descrevem o modo como os contextos constroem possibilidades ou as restringem. E, nesse sentido, a compreensão da PNH como uma política transversal, com enfoque nas relações interpessoais, esbarra nas condições concretas que constroem, assim como as relações, realidades sociais, conforme buscamos demonstrar ao longo da análise pautada na epistemologia construcionista social.

A epistemologia construcionista ajuda a elucidar o processo de construção social através da *desfamiliarização* e proposta de construção de futuros preferíveis. Dentro dessa literatura, apontamos uma série de práticas que vêm sendo desenvolvidas em diferentes contextos e que podem ser consideradas recursos relacionais para o trabalho com os grupos ou equipes que pretendem desenvolver a gestão compartilhada. Buscamos demonstrar como essa epistemologia é um recurso útil em sua forma de construção de conhecimento, pois nos coloca em *reflexividade* constante sobre nossa participação das realidades sociais, o que os autores Gergen e Warhuus (2001) nomeiam como consciência da construção.

Assim, o foco desta tese está no *processo de análise*, em como fomos construindo reflexões, mais do que nos resultados finais, pois partimos da ideia de que esse *processo reflexivo realizado nesse estudo* e fundamentado pela epistemologia construcionista social poderia ser algo desenvolvido com as equipes de profissionais para propiciar novos sentidos, novas formas de coordenação das ações, e consequentemente uma cultura organizacional participativa consciente, como preconiza a Cogestão. Vale ressaltar que esse não é um processo simples e nem garantido, pois ele se constrói no “tornar-se”, nas relações, nunca se completa ou se torna estático.

Intencionamos demonstrar ainda a importância de se trabalhar com reflexividade sobre nossa participação na manutenção ou transformação do contexto em que vivemos, seja como profissionais, gestores, usuários ou pesquisadores, o que não significa dizer que não há delimitações de ordem macrossocial. A ideia central é demonstrar que a participação, algo almejado pela gestão compartilhada, é intrínseca aos processos sociais. Mesmo quando não estamos atentos a isso, estamos ativamente sustentando a manutenção do *status quo*. Assim, “não participar” é também uma forma de participação da realidade vivida, é um ato político. Desse modo, consideramos que a proposta de gestão compartilhada deve incluir em seu

percurso de construção a possibilidade de tomada de consciência desse processo social de participação, à qual a epistemologia construcionista social nos convida.

Para se tomar consciência desse processo, é importante que as equipes passem a olhar para si mesmas como objeto de análise (processo), e não apenas para as questões administrativas e de organização dos serviços (conteúdo) que oferecem à comunidade. O processo grupal envolvido no trabalho das equipes de saúde ao ser analisado oferece subsídios para a desfamiliarização dos profissionais em relação ao que já estão acostumados a fazer em seu cotidiano. Com isso, novas necessidades podem surgir, como por exemplo, a de envolver mais a comunidade em algumas decisões que são tomadas nas reuniões dos profissionais de saúde.

Em nossa pesquisa, colocar as equipes para conversar em grupo nas entrevistas e a partir do convite para que comentassem sobre o modo como ocorre a gestão do trabalho fez com que os profissionais refletissem sobre o cotidiano e ficassem com algumas questões sobre seus modos de operar – algo relatado por eles ao final de todas as entrevistas. Embora a proposta da pesquisa não tenha dado continuidade a esse movimento através de novos encontros, foi possível notar que a abertura de um espaço para a equipe olhar para si fez diferença, oferecendo a possibilidade de construção de uma compreensão coletiva sobre o trabalho que exercem e, ao mesmo tempo, a identificação das diversidades presentes em seus modos de operar.

Buscamos, ao longo do estudo, dar visibilidade para a importância desses processos que, por serem do cotidiano, podem passar despercebidos por aqueles que analisam o desempenho das equipes, no formato de avaliação com indicadores, como sugere o material referente ao Monitoramento e Avaliação (Brasil, 2012b). Em muitos casos, essas ações do cotidiano não podem ser transformadas em indicadores, pois incluem aspectos não padronizáveis, aspectos da relação entre pessoas (linguagem verbal, não verbal, história relacional e contexto), e a maneira como ocorrem depende em grande medida da cultura instaurada e dos aspectos da estrutura organizacional. Nenhum desses dois aspectos consegue, de forma isolada, construir uma organização de gestão compartilhada; é a complexidade com que se constroem nos espaços cotidianos entre as pessoas que possibilita ou não a participação e fomento da corresponsabilidade.

Apontamos como limite desse estudo a não inclusão da voz dos usuários. As análises realizadas partem de conversas com profissionais de saúde, os quais colocam, muitas vezes, o modo como ocorre a sua relação com a comunidade. Considerando a proposta da gestão compartilhada e a necessidade de envolvimento dos usuários nesses espaços coletivos de

conversa, indicamos a necessidade de novos estudos que contemplem esse aspecto como útil para uma compreensão mais complexa da temática. Da mesma forma, entendemos que a proposta de trabalho com as equipes a partir de uma epistemologia construcionista social precisaria ser melhor desenvolvida e estudada na prática. Apontamos aqui como uma possibilidade útil para o fomento da gestão compartilhada, mas novos estudos são necessários para a análise dessas propostas em contextos práticos reais. Também entendemos como uma necessidade pesquisas que analisem e demonstrem aspectos relacionais e o modo como se torna possível trabalhar esses fatores para além da aplicação de técnicas, pesquisas que busquem uma maneira humanizada, ou relacional, de se trabalhar com a humanização.

Esperamos que esta tese possa oferecer boas ideias sobre quais aspectos podem ser analisados para a promoção de uma cultura participativa, e mais do que isso, que possa oferecer uma ferramenta metodológica, a partir do uso da epistemologia construcionista social, para ser utilizada, demonstrando uma possibilidade de “**como**” se trabalhar as relações e o contexto de cada unidade de saúde.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS¹⁴

- Alvesson, M. (2002). *Understanding Organizational Culture*. Londres: SAGE Publications.
- Andersen, T. (1999). *Processos reflexivos*. Rio de Janeiro, RJ: Noos/ITF.
- Anderson, H., Cooperrider, D., Gergen, K., Gergen, M., McNamee, S., Watkins, J. M., & Whitney, D. (2008). *The Appreciative Organization*. Taos Institute Publications.
- Anderson, H., & Gehart, D. (Eds.). (2007). *Collaborative Therapy*. New York, NY: Routledge.
- Andrade, M. A. C., Barros, S. M. M. de, Maciel, N. P., Sodré, F., & Lima, R. de C. D. (2014). Apoio institucional: estratégia democrática na prática cotidiana do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*, 18 (suppl 1), 833–844. doi: <http://doi.org/10.1590/1807-57622013.0222>.
- Araújo, C. E. L., & Pontes, R. J. S. (2012). Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (9), 2357-2365. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a16v17n9.pdf>.
- Astley, W. G. (1985, dec). Administrative Science as Socially Constructed Truth. *Administrative Science Quarterly*, 30 (4), 497-513. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/2392694>.
- Ayres, J. R. de C. M. (2004, set-dez). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13 (3), 16-29. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>.
- Ayres, J. R. de C. M. (2005). Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3), 549-560. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v10n3/a13v10n3.pdf>.
- Ayres, J. R. de C. M. (2009a). Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, 8 (supl. 2), 11-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>.
- Ayres, J. R. de C. M. (2009b). *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde. Rio de Janeiro, RJ: Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva.

¹⁴ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

- Baptista, T. W. F. (2005). O Direito à Saúde no Brasil: sobre como chegamos ao sistema único de saúde e o que esperamos dele. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.), *Textos de Apoio em Políticas de Saúde* (Série Trabalho e Formação em Saúde). (pp. 11- 41). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Baremlitt, G. (1994). *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes. Teoria e Prática* (2 a. ed). Rio de Janeiro, RJ: Editora Rosa dos tempos.
- Barrett, F. J., & Fry, R. E. (2005). *Appreciative Inquiry: A Positive Approach to Building Cooperative Capacity*. Taos Institute Publications.
- Barros, M. E. B. de, Guedes, C. R., & Roza, M. M. R. (2011). O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12), 4803-1814. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/29.pdf>.
- Becchi, A. C., Albiero, A. L. M., Pavão, F. de O., Pinto, I. de S., Godoi, A. V. de, Dias, B. C., Gonçalves, E. C. A., & Cavalheiro, R. F. (2013). Perspectivas atuais de cogestão em saúde: vivências do Grupo de Trabalho de Humanização na Atenção Primária à Saúde. *Saúde e Sociedade*, 22 (2), 653–660. doi: <http://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200032>.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1991). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Ed. Porto.
- Borduque, M. C. B., & Camargo-Borges, C. (2016). Narrativas Estratégicas para a Mudança Organizacional: A perspectiva da Linguagem Poética. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 54, 17-28. Recuperado de: <http://www.revistanps.com.br/index.php/nps/article/view/100>.
- Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. A., & Macedo, M. (2011, maio/agosto). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade – Belo Horizonte*, 5 (11), 121-136. Recuperado de: www.ges.face.ufmg.br
- Brasil. (1986). *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.
- Brasil. (2006). *HumanizaSUS na Atenção Básica*. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2008). *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. (2010). *Política Nacional de Humanização*. Cadernos HumanizaSUS. v. 1. Formação e intervenção. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011). *Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011*. Recuperado de <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>.
- Brasil. (2012a). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Gestão Participativa e Cogestão. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012b). *Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS*. Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012c). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Recuperado de: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Brasil. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Burr, V. (2003). *Social Construcionism* (2nd ed). New York, NY: Routledge.
- Caccia-Bava, M. C. G. G. (2005). *Relatório Técnico 2005*. Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Material não publicado.
- Calderon, D. B. de L., & Verdi, M. I. M. (2014). Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH). *Interface (Botucatu)*, 18 (Suppl 1), 859-70. doi: 10.1590/1807-57622013.0960.
- Camargo-Borges, C. (2007). *O Construcionismo Social no contexto da Estratégia de Saúde da Família: articulando saberes e práticas* (Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de: www.teses.usp.br.
- Camargo-Borges, C. (2014). Em busca de uma formação integral e ampliada: construindo práticas colaborativas para o cuidado em saúde. In. C. Guanaes-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster, & L.V. Souza (Orgs). *Construcionismo Social: discurso, prática e produção do conhecimento* (pp.341-358). Rio de Janeiro, RJ: Instituto Noos.

- Camargo-Borges, C., & Moscheta, M. (2014). Health 2.0: Relational Resources for the Development of Quality in Healthcare. *Health Care Analysis*, v.1. doi: 10.1007/s10728-014-0279-2.
- Camargo-Borges, C., & Rasera, E. F. (2013). Social Constructionism in the Context of Organization Development: Dialogue, Imagination, and Co-Creation as Resources of Change. *SAGE Open*, 3, 1-7. Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2158244013487540>.
- Campos, G. W. S. (1998, out-dez). O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Caderno de Saúde Pública*, 14 (4), 863-870. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000400029>.
- Campos, G. W. S. (2007). *Um método para análise e co-gestão de Coletivos* (3a ed.). São Paulo, SP: Hucitec.
- Campos, G. W. S. (2009). Saúde, Sociedade e o SUS: o imperativo do sujeito. *Saúde e Sociedade*, 18 (supl 2), 24-34. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/04.pdf>.
- Campos, G. W. S., Cunha, G. T., & Figueiredo, M. D. (2013). *Práxis e Formação Paideia: apoio e gestão em saúde*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Cardoso, C. G., & Hennington, E. A. (2011). Trabalho em Equipe e Reuniões Multiprofissionais de Saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9, 85–112. doi: <http://doi.org/10.1590/S1981-77462011000400005>.
- Cardoso, J. R., Oliveira, G. N. de, & Furlan, P. G. (2016). Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 32 (3). doi: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00009315>.
- Cavalcanti, P. C. S., Oliveira Neto, A.V. & Sousa, M. F. (2015, abr-jun). Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? *Saúde em Debate*, 39 (105), 323-336. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042015105002323>.
- Ceccim, R. B., & Merhy, E. E. (2009). Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface (Botucatu)*, 13 (supl 1), 531-542. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500006>.
- Cecílio, L. C. O. (mar-abr, 2005). É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (2), 508-516.

- Cecílio, L. C. O. & Mendes, T. C. (2004, maio-ago). Propostas Alternativas de Gestão Hospitalar e o Protagonismo dos Trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? *Saúde e Sociedade*, 13 (2), 39-55. Recuperado de: <http://jararaca.ufsm.br/websites/ephusm/download/nild.pdf>.
- Chia, R. (1995, July). From modern to Postmodern Organizational Analysis. *Organizational Studies*, 16 (4), 579-604. doi: 10.1177/017084069501600406.
- Cintra, T. S. (2013). *Sentidos construídos com profissionais de saúde da família sobre trabalho em equipe* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de: www.teses.usp.br.
- Coutinho, L. R. P., Barbieri, A. R., & Santos, M. L. de M. (2015, abr-jun). Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate*, 39 (105), 524-524. doi: 10.1590/0103-110420151050002018.
- Dachler, H. P., & Hosking, D. M. (2013). The primacy of relations in socially constructing organizational realities. In D. M. Hosking, H. P. Dachler & K. J. Gergen (Eds.). *Management and Organization: Relational Alternatives to Individualism*. Chagrin Falls, Ohio: Taos Institute Publications, E-book format, p. 1-28.
- Damasceno, R. F., Souza, L. P. S., Ruas, M. F. L., Brito, P. A., Silva, E. A., & Silva, J. L. S. (2012). O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. *J. Health Sci Inst*, 30 (1), 37-40. Recuperado de: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/01_jan-mar/V30_n1_2011_p37-40.pdf.
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (1), 7-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100002>.
- Deslandes, S. F., & Mitre, R. M. A. (2009). Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface (Botucatu)*, 13 (supl 1), 641-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500015>.
- Deus, A. D. de, & Melo, E. M. de. (2015). Avaliação de uma experiência de gestão hospitalar participativa no âmbito do SUS: produção de saúde, sujeitos de coletivos. *Saúde em Debate*, 39 (106), 601–615. doi: <http://doi.org/10.1590/0103-110420151060003003>.
- Doricci, G. C. (2014). *A prática dos articuladores da atenção básica: comunicação e mudança do modelo de atenção em saúde* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de: www.teses.usp.br.

- Ferreira, J. A., & Araújo, G. C. (2014). Humanização na saúde: uma análise dos sentidos na óptica do trabalho cotidiano. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 13 (1), 199–213.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2006). Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: E. E. Merhy, H. M. M. Junior, J. Rimoli, et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (pp. 55-133). São Paulo, SP: Hucitec.
- Gergen, K. J. (2009, janeiro/julho). O movimento do construcionismo social na Psicologia moderna (E. J. S. Filho, trad.). *Revista Interdisciplinar INTERthesis*, 6 (1), 299-325. (Original publicado em 1985).
- Gergen, K. J. (2014). From Mirroring to World-Making: Research as Future Forming. *Journal for the Theory of Social Behaviour*. doi: <https://doi.org/10.1111/jtsb.12075>.
- Gergen, K. J., & Gergen, M. (2010). *Construcionismo Social: um convite ao diálogo*. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Noos.
- Gergen, K. J., & Thatchenkery, T. J. (2004, June). Organization Science as Social Construction: Postmodern Potentials. *The Journal of applied behavioral science*, 40 (2), 228-249. doi: 10.1177/0021886304263860.
- Gergen, K., & Warhuus, L. (2001). Terapia como construção social: Características, reflexões e evoluções. In M. M. Gonçalves & O. F. Gonçalves (Orgs.) *Psicoterapia, Discurso e Narrativa: a construção conversacional da mudança*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Granja, G. F., & Zoboli, E. L. C. P. (2012). Humanização da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local. *O Mundo da Saúde*, 36 (3), 494-501.
- Guanaes, C., & Japur, M. (2005, maio-ago). Sentidos de doença mental em um grupo terapêutico e suas implicações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21 (2), 227-235. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722005000200013>.
- Guanaes-Lorenzi, C. (2017). Recursos para facilitação de grupos em um enfoque construcionista social. In: M. A. Grandesso (Org.). *Práticas Colaborativas e Dialógicas em Distintos Contextos e Populações: um diálogo entre teoria e práticas* (pp. 399-416). Curitiba, PR: CRV.
- Guedes, C. R., Pitombo, L. B., & Barros de B., M. E. (2009). Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção em saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19 (4), 1087-1109. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000400010>.

- Guedes, C. R., Roza, M. M. R., & Barros, M. E. B. de. (2012). 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*, 20 (1), 93-101.
- Heckert, A. L. C., Passos, E., & Barros, M. E. B., (2009). Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema de Saúde (SUS) em debate. *Interface (Botucatu)*, 13 (supl 1), 493-502. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500002>.
- Hennington, E. A. (2008). Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Revista de Saúde Pública*, 42 (3), 555-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000022>.
- Hornstrup, C., Loehr-Petersen, J., Madsen, J. G., Johansen, T., & Jensen, A. V. (2012). *Developing Relational Leadership: Resources for Developing Reflexive Organizational Practices*. Taos Institute Publications.
- Hosking, D. M., Dacheler, H. P., & Gergen, K. J. (2013). Preface. In. D. M. Hosking, H. P. Dachler & K. J. Gergen (Eds.). *Management and Organization: Relational Alternatives to Individualism* (pp. X-XIII). Chagrin Falls, Ohio: Taos Institute Publications, E-book format.
- Ibáñez Gracia, T. (1983). Los efectos políticos de la psicología social. *Quaderns de psicologia*, II, 95-106.
- Ibáñez Gracia, T. (1993). La dimensión política de la psicología social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25 (1), 19-34.
- Ignácio, P. S. (2011). *Caminhos para avaliação: a construção de uma proposta de avaliação de dispositivos que favorecem a diretriz de clínica ampliada da política nacional de humanização da atenção básica*, (Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. (2016). Site Oficial: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354340>>. Consultado em: Setembro de 2016.
- Japur, M., & Ruffino, C. (2014). Formação do mediador de conflitos numa perspectiva construcionista social. In. C. Guanaes-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster, & L.V. Souza (Orgs). *Construcionismo Social: discurso, prática e produção do conhecimento* (pp. 325-340). Rio de Janeiro, RJ: Instituto Noos.

- Junges, J. R., Schaefer, R., Prudente, J., Mello, R. E. F., Silocchi, C., Souza, M. & Wingert, G. (2011). A visão de moral dos profissionais de uma unidade básica de saúde e a humanização. *Interface (Botucatu)*, 15 (38), 755-762. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000300011>.
- Kind, L. (2004, jun). Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*. 10 (15), 124-136. Recuperado de: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/202/213>.
- Larsen, M. V. (2014). *Strategising through organising: The significance of everyday relational sensemaking* (2nd ed). Chagrin Falls, Ohio, USA: Taos Institute Publication.
- Larsen, M. V. (2017). *The Magic of Organizational life*. Taos Institute Publications, Focus Books/Tempo Book Series. Publication: B.
- Larsen, M. V., & Madsen, C. O. (2016). Exploring how social poetics can be used to understand processes of management learning. *Management Learning*, 47 (5), 489-505.
- Larsen, M. V., & Rasmussen, J. G. (2014). Researching on management with a focus on everyday activities and practice. Det Danske Ledelsesakademis conference: Meningsskabelse, tillid og frihed - udfordringer i moderne ledelse. *Flemming Poulsenfelt*, 1-15.
- Maerschner, R. de L., Bastos, E. N. E., Gomes, A. M. de A., Jorge, M. S. B., & Diniz, S. A. N. (2014). Apoio institucional – reordenamento dos processos de trabalho: sementes lançadas para uma gestão indutora de reflexões. *Interface (Botucatu)*, 18, 1089–1098. <http://doi.org/10.1590/1807-57622013.0365>.
- Mailhiot, G. B. (1991). *Dinâmicas e Gênese dos Grupos*. São Paulo, SP: Livraria Duas Cidades Ltda.
- Martins, C. P., & Luzio, C. A. (2014). Experimentações no apoio a partir das apostas da Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. *Interface (Botucatu)*, 18, 1099–1106. <http://doi.org/10.1590/1807-57622013.0280>.
- Martins, P. P. S. (2017). *Recursos conversacionais para a clínica ampliada com famílias em saúde mental* (Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de: www.teses.usp.br.
- McNamee, S., & Gergen, K. (1998). *A terapia como construção social*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

- McNamee, S., & Hosking, D. M. (2012). *Research and Social Change. A Relational Constructionist Approach*. New York, NY: Routledge.
- McNamee, S. (2005, agosto). Modelos de Terapia Familiar como Recursos Conversacionais. (C. Bruscin, trad., R. M. M. Stefanini, rev.). *Família e Comunidade, São Paulo*, 2 (1), 9-36.
- McNamee, S. (2010). Research as social construction: transformative inquiry. *Saúde e Transformação Social*, 1 (1), 09-19. Recuperado de: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/418/477>.
- McNamee, S. (2014). Construindo conhecimento / construindo investigação: coordenando mundos de pesquisa. In: C. Guanaes-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster, & L.V. Souza (Orgs). *Construcionismo Social: discurso, prática e produção do conhecimento* (pp. 105-132). Rio de Janeiro, RJ: Instituto Noos.
- McNamee, S. (2013, enero-diciembre). Transforming conflict: From right/wrong to relational ethics. *Revista latinoamericana de estudios e familia*, 5, 186-198.
- Medeiros, H. M. F., Pereira, A. D., Ferreira, C. L. L., Marchiori, M. R. C., & Souza, M. H. T. (2010). Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31 (1), 55-61. Recuperado de: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/9049>.
- Mendes, E. V. (2015). *A Construção Social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008, out/dez). Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis*, 17 (4), 758-64.
- Menezes, L. C. (2016). *Sentidos de família construídos por profissionais de saúde na estratégia de saúde da família* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de: www.teses.usp.br.
- Minayo, M. C. S. (2006). Prefácio. In: S. F. Deslandes (Org). *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas. Coleção Criança Mulher e Saúde*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Mori, M. E., & Oliveira, O. V. M. (2009). Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. *Interface (Botucatu)*, 13 (supl 1), 627-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500014>.

- Mori, M. E., & Oliveira, O. V. M. (2014). Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal, Brasil. *Interface (Botucatu)*, 18, 1063–1075. doi: <http://doi.org/10.1590/1807-57622013.0316>.
- Mori, M. E., Silva, F. H. da, & Beck, F. L. (2009). Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) como dispositivo de cogestão: uma aposta no plano coletivo. *Interface (Botucatu)*, 13, 719–727. doi: <http://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500023>.
- Moscheta, M. S. (2014). A pós-modernidade e o contexto para a emergência do discurso construcionista social. In: C. Guanaes-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster, & L.V. Souza (Orgs). *Construcionismo Social: discurso, prática e produção do conhecimento* (pp.23-48). Rio de Janeiro, RJ: Instituto Noos.
- Neto, G. V., & Malik, A. M. (2014). *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Ortona, C., & Fontes, P. A. C. (2012, out-dez). Jornalistas que escrevem sobre saúde conhecem a humanização do atendimento? *Saúde e Sociedade*, 21 (4), 909-915. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000400010>.
- Pasche, D. F. (2009). Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface (Botucatu)*, 13 (supl 1), 701-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500021>.
- Pasche, D. F., Passos, E. & Hennington, E. A. (2011). Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (11), 4541-4548. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200027>.
- Pavan, C., & Trajano, A. R. C. (2014). Apoio institucional e a experiência da Política Nacional de Humanização (PNH) na Freguesia do Ó, Brasilândia, São Paulo, Brasil. *Interface (Botucatu)*, 18 (Supl 1), 1027-40. doi: [10.1590/1807-57622013.0229](http://doi.org/10.1590/1807-57622013.0229).
- Pereira, A. B., & Ferreira Neto, J. L. (2015). Processo de implantação da Política Nacional de Humanização em Hospital Geral Público. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13 (1), 67–88. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00024>.
- Pereira, M. J. B. (2008). *Avaliação das Características Organizacionais e de Desempenho das Unidades de Atenção Básica em Saúde do Distrito Oeste do Município de Ribeirão Preto* (Tese de livre docência, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de: www.teses.usp.br.

- Pinheiro, M. E. C., & Jesus, L. M. M. de. (2014). Apoio institucional como diretriz de gestão da 7a Diretoria Regional de Saúde, Bahia, Brasil. *Interface (Botucatu)*, 18, 1135–1143. doi: <http://doi.org/10.1590/1807-57622013.0181>.
- Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. (2013). *Plano Municipal de Saúde*. Recuperado de: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/principal.php>.
- Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. (2018). Recuperado de: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/rede/oeste/i16usf-n-6.php>
- Rasera, E. F. (Ed.). (2015). *Social Constructionist Perspectives on Group Work*. Chagrin Fall, OH: Taos Institute Publications.
- Rasera, E. F. (2012). *Da clínica e das organizações à comunidade: o construcionismo social nas práticas comunitárias*. Relatório de pesquisa. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia. Material não publicado.
- Rasera, E. F., Guanaes-Lorenzi, C. & Corradi-Webster, C. (2016, julho). Pesquisa como prática Social: o pesquisador e os “outros” na produção de conhecimento. *Athena Digital*, 16 (2), 325- 347. doi: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1839>.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2007). *Grupo como construção social: Aproximações entre o construcionismo social e terapia de grupo*. São Paulo, SP: Vetor.
- Ribeirão Preto. (2015). *Acolhimento da Demanda Espontânea na Atenção Básica*. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção às Saúde das pessoas. Recuperado de: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/dasp-PROTO-acolhimento-a-basica.pdf>.
- Rios, I. C., & Battistella, L. R. (2013). Gestão da humanização das práticas de saúde: o caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 22 (3), 853–865. doi: <http://doi.org/10.1590/S0104-12902013000300018>.
- Roza, M. M. R. de, Barros, M. E. B. de, Guedes, C. R., & Santos Filho, S. B. (2014). A experiência de um processo de formação articulando humanização e apoio institucional no trabalho em saúde. *Interface (Botucatu)*, 18 (Supl 1), 1041-52. doi: 10.1590/1807-57622013.0199.
- Santana, J. B. C., Fortes, N. M., Andrade, A. V., Soares, A. P. F., & Lima, J. R. M. (2012, maio/ago). Acolhimento em um serviço da atenção básica à saúde de minas gerais. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 2 (2), 166-176. doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.199>.

- Santos, A. M. & Giovanella, L. (2014). Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 48 (4), 622-631. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005045.
- Santos, A. M., & Giovanella, L. (2016). Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 32 (3), 1-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00172214>.
- Santos Filho, S. B. (2014). Apoio institucional e análise do trabalho em saúde: dimensões avaliativas e experiências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*, 18, 1013–1025. doi: <http://doi.org/10.1590/1807-57622013.0159>.
- Santos Filho, S. B., Barros, M. E. B. de, & Gomes, R. da S. (2009). A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface (Botucatu)*, 13, 603–613. doi: <http://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500012>.
- Santos Filho, S. B., & Figueiredo, V. de O. N. (2009). Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. *Interface (Botucatu)*, 13, 615–626. doi: <http://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500013>.
- Santos, J. G. W., & Santo, M. A. A. E. (2011). Administração de Recursos Humanos em Saúde e Humanização: o viés hermenêutico. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 2 (3), 51-58. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232011000300007>.
- São Paulo. (2012a). *HumanizaSES Política Estadual de Humanização*. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria Estadual de Saúde. Núcleo Técnico de Humanização.
- São Paulo. (2012b). *Resolução SS – 7, de 20-1-2012*. Dispõe sobre o Programa de Apoio Técnico em Humanização no Estado de São Paulo. Poder Executivo. Diário Oficial. Nº 15 – DOE de 21/01/12 – Seção 1 –p. 27.
- Sato, M., & Ayres, J. R. de C. M. (2015, out/dez). Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. *Interface (Botucatu)*, 19 (55), 1027-38. doi: 10.1590/1807-57622014.0408.
- Schiller, M., Holland, B. M., & Riley, D. (Eds.). (2001). *Appreciative Leaders: In the Eye of the Beholder*. Taos Institute Publications.
- Secretaria Municipal de Saúde. (2014). Endereço eletrônico: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/il6saude.php>.

- Seikkula, J., & Arnkil, T. (2014). *Open Dialogues and Anticipations – Respecting Otherness in the Present Moment*. Helsinki: THL, Finnish National Institute for Health and Welfare.
- Shimizu, H. E., & Martins, T. (2014). O apoio institucional como método de análise-intervenção na Atenção Básica no Distrito Federal, Brasil. *Interface (Botucatu)*, 18, 1077–1087. doi: <http://doi.org/10.1590/1807-57622013.0523>.
- Silva, G. M. (2017). *A educação permanente em saúde na formação para o cuidado às famílias em saúde mental* (Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de: www.teses.usp.br.
- Simões, A. L. A., Rodrigues, F. R., Tavares, D. M. S., & Rodrigues, L. R. (2007, jul/set). Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 16 (3), 439-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000300009>.
- Souza, L. A. P., & Mendes, V. L. F. (2009). O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). *Interface (Botucatu)*, 13 (supl 1), 681-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500018>.
- Spink, M. J. P. (Org.). (2004). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológica* (3a ed.). São Paulo, SP: Cortez.
- Spink, M. J. P., & Frezza, R. M. (2004). Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (3a ed.) (pp. 17- 40). São Paulo, SP: Cortez.
- Spink, M. J. P., & Medrado, B. (2004). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (3a ed.) (pp. 41-62). São Paulo, SP: Cortez.
- Spink, M. J. P., & Menegon, V. M. (2004). A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (3a ed.) (pp. 63-92). São Paulo, SP: Cortez.
- Tiveron, J. D. P., & Guanaes-Lorenzi. (2013, jul/set). Tensões do trabalho com grupos na Estratégia de Saúde da Família. *Psico, Porto Alegre, PUCRS*, 44 (3), 391-401.

- Trad, L. A. B., & Espiridião, M. A. (2009). Gestão Participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da ESF. *Interface (Botucatu)*, 13 (suppl 1), 557-570. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500008>.
- Trad, L. A. B., & Espiridião, M. A. (2010). Sentidos e práticas da humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários de seis municípios do Nordeste. *Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 20 (4), 1099-1117. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400003>.
- Uribe Rivera, F. J. (1995). *Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico*. [online]. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Uribe Rivera, F. J., & Artmann, E. (2012). *Planejamento e Gestão em Saúde: Conceitos, História e Propostas*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Viegas, M. F. (2013). Histórico e conceitos da ergologia: entrevista com Yves Schwartz. *Reflexão & Ação*, 21 (1). doi: <http://dx.doi.org/10.17058/rea.v21i1.3742> .
- Vizeu, F. (2005). Ação Comunicativa e Estudos Organizacionais. *RAE*, 45 (4), 10-21. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v45n4/v45n4a02.pdf>.
- Winslade, J., & Monk, G. (2008). *Practicing Narrative Mediation Loosening the Grip of Conflict*. San Francisco: Wiley Imprint.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do estudo intitulado “*Humanização e Cogestão na Atenção Básica: As relações de trabalho no cotidiano*”, realizado pela estudante de Doutorado Giovanna Cabral Doricci e orientado pela Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi, docente e pesquisadora do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

A palavra cogestão é o termo usado pela Política Nacional de Humanização para indicar o modelo de organização do trabalho que ela adota. Esse modelo entende que a organização do trabalho é responsabilidade, não somente do coordenador da Unidade, mas de toda a equipe de profissionais. Sendo assim, essa pesquisa tem como objetivo compreender como acontece a humanização em saúde no cotidiano dos serviços da atenção básica, considerando, principalmente, o modo como os profissionais de saúde organizam o seu trabalho no dia a dia. Para este fim, a pesquisadora desenvolverá o projeto em duas etapas. Na primeira etapa, permanecerá por um período de quatro horas semanais, durante quatro meses, presente na Unidade de Saúde com o objetivo de conhecer um pouco o modo como está organizada, e, também, o modo como os profissionais interagem para organizar o trabalho. Nesta etapa, a pesquisadora fará anotações que a auxiliarão a lembrar de aspectos importantes que serão utilizados na segunda etapa da pesquisa. A segunda etapa consiste na realização de grupos focais ou de entrevistas individuais (caso não seja possível formar os grupos). Grupo Focal é uma técnica de entrevista em grupo. Os profissionais de saúde serão individualmente convidados para participar das entrevistas individuais, ou em grupos de no mínimo 5 pessoas e no máximo 11. As perguntas desta entrevista serão construídas a partir das anotações que a pesquisadora fez na primeira etapa, serão voltadas para a realidade da Unidade. O objetivo desta entrevista será compreender o modo como os profissionais de saúde entendem o que é humanização e como ela aparece nas relações de trabalho, e no modo como os profissionais organizam o dia a dia do trabalho na Unidade.

Você está sendo convidado a participar da entrevista (individual ou em grupo) que acontecerá em data previamente combinada (consideraremos a melhor data e horário para os profissionais das Unidades) com duração de, no máximo, 2 horas. As conversas desenvolvidas serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas (digitadas), sendo usadas apenas para estudo científico. Sua identidade será mantida em sigilo em todas as fases de desenvolvimento do estudo e, especialmente, na divulgação dos resultados.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária, não havendo nenhum tipo de remuneração. Você poderá desistir de participar em qualquer momento, sem que isso cause qualquer prejuízo ou retaliação. Essa pesquisa não apresenta riscos previsíveis à sua saúde, ou qualquer outro dano previsto. Porém, considerando que o assunto da entrevista corresponde à organização do trabalho, é possível que surjam situações de desacordo ou conflituosas. Embora consideremos pouco provável que isso ocorra, caso surja esse tipo de situação, a pesquisadora se responsabilizará pela dissolução da mesma, uma vez que possui formação adequada para manejar desacordos. Como benefício, esperamos contribuir com a Unidade de Saúde disparando reflexões sobre o cotidiano, e, de maneira mais ampla, descrever práticas de organização do trabalho humanizadas já desenvolvidas no cotidiano do serviço. Durante qualquer momento, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras para solicitar informações sobre a pesquisa, esclarecer dúvidas ou discutir algo de seu interesse. Você deverá receber uma cópia desse termo contendo as informações para contato e a assinatura dos pesquisadores responsáveis. Para

esclarecer qualquer dúvida referente aos aspectos éticos dessa pesquisa você poderá entrar em contato com as pesquisadoras, no endereço abaixo, ou diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, localizado na Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 23 – casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP – Brasil Fone: (16) 3602-4811 / Fax: (16) 3633-2660 E-mail: coetp@ffclrp.usp.br.

Esclarecido e concordando com o que foi colocado:

Eu, _____ Profissão _____
da _____, aceito participar da pesquisa “Humanização e Cogestão na Atenção
Básica: As relações de trabalho no cotidiano”.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201 ____.

Assinatura:

Participante:

CPF ou RG: _____

Endereço para contato: _____ Telefone: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: **Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi**

Contato: (016) 3602-4446 / carlaguanaes@ffclrp.usp.br

Assinatura: _____

Pesquisadora: **Giovanna Cabral Doricci**

Contato: (016) 98176-7508 / dori_gi@yahoo.com.br

Endereço para contato com as pesquisadoras: Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP - Departamento de Psicologia. Avenida dos Bandeirantes, 3900. CEP: 14040-901 Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP.

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CONSTITUIÇÃO DE BANCO DE DADOS

Você está sendo convidado a participar da pesquisa *“Humanização e Cogestão na Atenção Básica: As relações de trabalho no cotidiano”*, realizada pela estudante de Doutorado Giovanna Cabral Doricci e orientada pela Profª. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi, ambas do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

A palavra cogestão é o termo usado pela Política Nacional de Humanização para indicar o modelo de organização do trabalho que ela adota. Esse modelo entende que a organização do trabalho é responsabilidade, não somente do coordenador da Unidade, mas de toda a equipe de profissionais. A pesquisa objetiva compreender como acontece a humanização em saúde no cotidiano dos serviços da atenção básica, considerando, principalmente, o modo como os profissionais de saúde organizam o seu trabalho no dia a dia. Para este fim, a pesquisadora desenvolverá o projeto em duas etapas. Na primeira, permanecerá por um período de 4h semanais, durante 4 meses, presente na Unidade de Saúde com o objetivo de conhecer o modo como está organizada, e, também, o modo como os profissionais interagem para organizar o trabalho. Nesta etapa, a pesquisadora fará anotações que a auxiliarão a lembrar de aspectos importantes que serão utilizados na segunda etapa da pesquisa que consiste na realização de entrevistas (individuais ou em grupo). Os profissionais de saúde serão individualmente convidados para participar das entrevistas individuais ou em grupos de no mínimo 5 pessoas e no máximo 11. As perguntas desta entrevista serão construídas a partir das anotações que a pesquisadora fez na primeira etapa, serão voltadas para a realidade da Unidade. O objetivo desta entrevista será compreender o modo como os profissionais de saúde entendem o que é humanização e como ela aparece nas relações de trabalho, e no modo como os profissionais organizam o dia a dia do trabalho na Unidade.

Com este Termo **solicitamos sua autorização para arquivar a conversa áudio-gravada nas entrevistas (individuais ou grupais) em um Banco de Dados**. Isso significa que as informações serão arquivadas e poderão ser utilizadas como material em pesquisas futuras que possam abordar outros aspectos do mesmo tema. Declara-se como responsável institucional desse banco de dados, a Profª. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi, do Departamento de Psicologia da FFCLRP – USP. Para informações quanto aos resultados obtidos através da utilização de seus dados, você poderá entrar em contato através do endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP, ou pelo telefone (016) 3602-4446.

Sua participação na composição desse banco de dados é voluntária, não havendo nenhum tipo de remuneração. Você poderá desistir de participar em qualquer momento, sem que isso cause qualquer prejuízo. A participação nas entrevistas não apresenta riscos previsíveis à sua saúde, ou qualquer outro dano previsto. Porém, considerando que o assunto da entrevista corresponde à organização do trabalho, é possível que surjam situações de desacordo ou conflituosas. Embora consideremos pouco provável que isso ocorra, caso surja esse tipo de situação, a pesquisadora se responsabilizará pela dissolução da mesma, uma vez que possui formação adequada para manejar desacordos. Como benefício, esperamos contribuir com a Unidade de Saúde disparando reflexões sobre o cotidiano, e, de maneira mais ampla, descrever práticas de organização do trabalho humanizadas já desenvolvidas no cotidiano do serviço.

Durante qualquer momento, **você poderá entrar em contato conosco para solicitar informações sobre a utilização dos dados**. Você deverá receber uma cópia desse termo contendo as assinaturas dos pesquisadores responsáveis, e para esclarecer qualquer dúvida referente aos aspectos éticos dessa pesquisa você poderá entrar em contato com os pesquisadores, ou diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, localizado na Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 23 – casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP – Brasil Fone: (16) 3602-4811 / Fax: (16) 3633-2660 E-mail: coetp@ffclrp.usp.br.

Esclarecido e concordando com o que foi colocado:

Eu, _____, profissão _____, da Unidade _____, aceito participar da pesquisa “*Humanização e Cogestão na Atenção Básica: As relações de trabalho no cotidiano*” e, **aceito o arquivamento das informações coletadas nessa pesquisa em um banco de dados, bem como sua utilização em estudo (s) científico (s) posterior (es), sempre de modo a NÃO me identificar.** () Quero ser avisado todas as vezes que meus dados forem utilizados em pesquisas futuras; () Não quero ser avisado quando meus dados forem utilizados em pesquisas futuras.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

Assinatura:

Participante:

CPF ou RG: _____

Endereço para contato: _____ Telefone: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: **Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi**

Contato: (016) 3602-4446 / carlaguanaes@ffclrp.usp.br

Assinatura: _____

Pesquisadora: **Giovanna Cabral Doricci**

Contato: (016) 98176-7508 / dori_gi@yahoo.com.br

Endereço para contato com as pesquisadoras: Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP - Departamento de Psicologia. Avenida dos Bandeirantes, 3900. CEP: 14040-901 Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP.

APÊNDICE C

TABELAS COM DISTRIBUIÇÃO DAS DATAS DE IMERSÃO NO CAMPO

Tabela – Datas registradas da etapa de Imersão no Campo (Primeira Etapa da Construção do *Corpus*) – Unidade Básica de Saúde Tradicional

Unidade Básica de Saúde – Tradicional					
Fevereiro					
Primeiro dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã					
Tarde	01/02/16				
Segundo dia*	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã			03/02/16		
Tarde			03/02/16		
Terceiro dia**	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã					
Tarde				18 e 25/02/16	
Quarto dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã			24/02/16		
Tarde					
* Observação	Horário realizado: 10:30h às 14:30h				
** Observação	Dia 18/02 (das15h às 17h) e dia 25/02 (das 13h às 15h) - Este dia foi dividido em dois, pois houve uma reunião na outra Unidade de Saúde que considerei importante participar.				
Março					
Quinto dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã				03/03/16	
Tarde					
Sexto dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã					
Tarde			16/03/16		
Sétimo dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã					
Tarde					18/03/16
Oitavo dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã					
Tarde		22/03/16			
Nono dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã					
Tarde		29/03/16			

<i>Abril</i>					
<u><i>Décimo dia</i></u>	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã					08/04/16
Tarde					
<u><i>Décimo primeiro</i></u>	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã					15/04/16
Tarde					
<u><i>Décimo Segundo</i></u>	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã			20/04/16		
Tarde					
<u><i>Décimo Terceiro</i></u>	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	25/04/16				
Tarde					
<i>Maio</i>					
<u><i>Décimo Quarto</i></u>	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã					
Tarde				05/05/16	
<u><i>Décimo Quinto*</i></u>	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã					
Tarde			25/05/16		
<u><i>Décimo Sexto**</i></u>	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã		31/05/16			
Tarde					
<u><i>Décimo Sétimo</i></u>	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã				02/06/16	
Tarde					
* Observação	Nessa semana fui até a unidade no dia 13/05/2016 no período da tarde, mas como estava pintando, não pude ficar.				
** Observação	Na terceira semana de maio torci o pé e o imobilizei. Substitui esse dia e o da segunda semana (que estava pintando) na primeira semana de junho				

Tabela – Datas registradas da etapa de Imersão no Campo (Primeira Etapa da Construção do *Corpus*) – Núcleo de Saúde da Família

Núcleo de Saúde da Família					
Fevereiro					
Primeiro dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã					06/02/16
Tarde					
Segundo dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã					
Tarde		16/02/16			
Terceiro dia*	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã					
Tarde	22/02/16			18/02/16	
Quarto dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã					26/02/16
Tarde					
* Observação					
A carga horária do terceiro dia foi dividida em duas observações, pois houve uma reunião que a pesquisadora sentiu necessidade de acompanhar.					
Março					
Quinto dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã					
Tarde				03/03/16	
Sexto dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã					
Tarde			09/03/16		
Sétimo dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã			16/03/16		
Tarde					
Oitavo dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã					
Tarde	21/03/16				
Nono dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã					
Tarde				31/03/16	
Abril					
Décimo dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã				07/04/16	
Tarde					

<u>Décimo primeiro</u>	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	11/04/16				
Tarde					
<u>Décimo Segundo</u>	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã					
Tarde			20/04/16		
<u>Décimo Terceiro</u>	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã					
Tarde					29/04/16
<i>Maio</i>					
<u>Décimo Quarto</u>	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã				05/05/16	
Tarde					
<u>Décimo Quinto*</u>	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã					13/05/16
Tarde					13/05/16
<u>Décimo Sexto**</u>	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã			25/05/16		
Tarde					
<u>Décimo Sétimo</u>	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã					
Tarde				02/06/16	
* Observação	Esse dia fui ao Núcleo de manhã, mas não teve reunião. À tarde eu iria à UBS, mas estavam pintando, por isso retornei ao Núcleo.				
** Observação	Na terceira semana de maio torci o pé e o imobilizei. Substitui esse dia na primeira semana de junho				

APÊNDICE D

QUESTÕES DE INTERESSE A SEREM OBSERVADAS NA ETAPA DE IMERSÃO NO CONTEXTO

Quanto aos Princípios da PNH:

- **Transversalidade** (aumento de comunicação intra e intergrupos): Como é a comunicação intra e intergrupos? Há uma busca pela articulação das práticas dos profissionais da unidade? Os profissionais de diferentes áreas se reúnem, ou conversam, antes de tomar decisões? Há alguma forma de comunicação com outras unidades ou equipes de outros setores, há intersetorialidade?
- **Indissociabilidade entre atenção e gestão:** Os profissionais participam das decisões de organização local? De quais decisões participam? Definem as responsabilidades sanitárias da equipe conjuntamente? Fomentam a clínica ampliada? Organizam o trabalho em equipes multiprofissionais com atuação transdisciplinar?
- **Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia:** Como se configura o papel do gestor? Há abertura para o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia? Quem executa participa, também, do planejamento? Os profissionais fazem propostas? Problematizam decisões já definidas?

Quanto às Diretrizes da PNH:

- **Cogestão:** Como se configura a tomada de decisões? As decisões são pré-definidas ou compartilhadas? Todos participam ativamente? Quando há discordância ou diferenças de interesses, os profissionais se articulam em busca de solução, ou esperam um direcionamento?
- **Valorização do trabalhador e do trabalho:** Quais são as ações/práticas que podem ser descritas como valorização do trabalhador e do trabalho? Os profissionais aparentam sentirem-se valorizados (como é a disposição para o trabalho? Comentam algo a respeito de satisfação com o local de trabalho)? Há espaço para fazerem propostas de melhoria? Há promoção/incentivo à Educação Permanente? Como são as relações entre os profissionais? Os profissionais se ajudam? Colaboram um com o outro?
- **Fomento de grupidades, coletivos e redes:** Há na unidade um movimento a favor das grupidades? Como acontece?

Quanto aos Dispositivos e Arranjos de Trabalho:

- Há Grupos de Trabalho de Humanização (GTH)?
- Há algum sistema de Escuta Qualificada para trabalhadores?
- Há acompanhamento das Unidades pelos articuladores da humanização? Como é feito este apoio?
- Há algum dos demais dispositivos indicados na cartilha de Cogestão?

APÊNDICE E

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA NSF

Organização do trabalho / Gestão da unidade

- 1) Qual o objetivo / foco da unidade? Qual o seu papel na rede?
- 2) Se vocês tivessem que explicar para um cidadão como a gestão do Núcleo está organizada, como explicariam? (Como o trabalho aqui é organizado, qual a participação de cada um etc.)
- 3) Qual a potencialidade desse modo de organização? O que ela os permite fazer? O que ela não os permite fazer?
- 4) Como veem a participação social e sua relação com a gestão do Núcleo?
- 5) O que consideram ser a humanização no âmbito específico da gestão do trabalho?
- 6) Quais ações ou práticas realizadas nesta unidade poderiam ser classificadas como humanização da gestão na opinião de vocês? Por quê?

Sobre o trabalho em equipe

- 1) Quem faz parte da equipe no ponto de vista de vocês?
- 2) Qual consideram ser a potencialidade desta equipe?
- 3) Percebo que pedem ajuda uns para os outros, o que favorece para sentirem liberdade de pedir ajuda uns para os outros?

Sobre a comunicação (entre profissionais da equipe e deles com comunidade)

- 1) Como analisam / descrevem a comunicação entre si? (profissionais) e com a comunidade?
- 2) Como esse modo de comunicação influencia a gestão do trabalho?

Final de Avaliação: Como foi participar dessa conversa sobre gestão? Essa conversa abriu espaço para perceberem coisas diferentes sobre vocês e o trabalho que desenvolvem?

Mini questionário (impresso para responderem)

- 1) Você deixou de comentar alguma coisa que considera importante sobre o funcionamento do Núcleo?
- 2) Você se sente à vontade para expressar sua opinião para a equipe sobre a organização do trabalho do Núcleo? O que te faz sentir dessa forma?
- 3) Você percebe alguma mudança em seu modo de agir ou pensar desde quando iniciou seu trabalho no Núcleo? O que te fez mudar?

APÊNDICE F

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA UBS

Organização do trabalho / Gestão da unidade

- 1) Qual o objetivo / foco da unidade? Qual o seu papel na rede?
- 2) Se vocês tivessem que explicar para um cidadão como a gestão da unidade está organizada, como explicariam? (Como o trabalho aqui é organizado, qual a participação de cada um etc.)
- 3) Qual a potencialidade desse modo de organização? O que ela os permite fazer? O que ela não os permite fazer?
- 4) Como veem a participação social e sua relação com a gestão da unidade?
- 5) O que consideram ser a humanização no âmbito específico da gestão do trabalho?
- 6) Quais ações ou práticas realizadas nesta unidade poderiam ser classificadas como humanização da gestão? Por quê?

Sobre o trabalho em equipe

- 1) O que é trabalho em equipe no ponto de vista de vocês?
- 2) Quem faz parte da equipe no ponto de vista de vocês?
- 3) Em quais momentos se dá o trabalho em equipe nessa unidade?
- 4) Caso identifiquem haver um trabalho em equipe: Qual consideram ser a potencialidade desta equipe?
- 5) O que atrapalha o trabalho da equipe nesse modelo de organização do trabalho?

Sobre a comunicação (entre profissionais da equipe e deles com comunidade)

- 1) Como analisam / descrevem a comunicação entre si? (profissionais) e com comunidade?
- 2) Acontecem reuniões entre vocês? Por quê? Como são feitos os acordos em relação ao processo de trabalho?
- 3) Como esse modo de comunicação influencia a gestão do trabalho?

Sobre contexto da reforma

- 1) Apontariam diferenças muito importantes devido à reforma? Pode ser que eu tenha observado algo que não costuma corresponder à rotina da unidade?

Final de Avaliação: Como foi participar dessa conversa sobre gestão?

Mini questionário

- 1) Você deixou de comentar alguma coisa que considera importante sobre o funcionamento da unidade?
- 2) Você se sente à vontade para expressar sua opinião para a equipe sobre a organização do trabalho da unidade?
- 3) Você percebe alguma mudança em seu modo de agir ou pensar desde quando iniciou seu trabalho na unidade? O que te fez mudar?

APÊNDICE G

TABELAS COM CONSTRUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE HUMANIZAÇÃO DA GESTÃO E SOBRE AS PRÁTICAS PARA CADA UNIDADE DE SAÚDE

Sentidos sobre humanização da gestão (objetivo específico a)

Núcleo	UBS
<ol style="list-style-type: none"> 1) Espaço para se comunicar (inclusive falar das relações / conflito); 2) Trabalho em equipe (todos se responsabilizam pelo paciente); 3) Ajuda mútua (cobrir férias, por exemplo); 4) Conhecer o trabalho do colega (uma forma de se colocar no lugar do outro e não julgar de longe); 5) Corresponsabilidade da equipe frente às necessidades; 6) Acolhimento ao paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Poder opinar sobre a escala; 2) Organização do serviço pensando o que é melhor para profissional e paciente; 3) Poder escolher uma posição de trabalho que mais agrade; 4) Ajuda mútua dos profissionais da equipe; 5) Conhecer colegas de trabalho / Bom relacionamento entre colegas (fazem trabalho melhor – humanização como qualidade do atendimento e conhecer colegas como fator que leva a humanização?); 6) Ajuda mútua na vida pessoal; 7) Respeito ao próximo; 8) Poder falar das insatisfações; 9) Cada um fazer sua parte da melhor forma possível (um tipo de corresponsabilidade?); 10) Cobrir trabalho do colega quando precisar; 11) Forma de tratamento entre chefia e profissionais (ter acesso); 12) Buscar satisfazer os profissionais dentro do possível; 13) Participação de todos (como uma família)

	<p>14) Resolutividade (atender as necessidades dos pacientes);</p> <p>15) Capacidade de se colocar no lugar do outro (poder compreender a necessidade do outro – foco no paciente)</p> <p>16) Acolhimento (pacientes);</p> <p>17) Tratar paciente como família (chamar pelo nome);</p>
--	--

Sentidos sobre práticas identificadas pelos profissionais no cotidiano (objetivo específico b)

Núcleo	UBS
<p>1) Ter espaço de troca / reuniões – poder falar das relações (conflito), ter comunicação faz com que se sinta mais gente (mais humana);</p> <p>2) Trabalho em equipe – todos se responsabilizam pelo paciente (não esperam ordem do médico);</p> <p>3) Ajuda dos colegas para cobrir férias do companheiro (evitando sobrecarga – pelo o que entendo não são obrigados a fazer, fazem porque querem ajudar);</p> <p>4) Equipe pensando junto e se apoiando frente à necessidade / Senso de corresponsabilidade;</p> <p>5) Acolhimento</p> <ul style="list-style-type: none"> Eles fazem quase tudo o que identificam como sendo humanização da gestão (só o item 4 da tabela de cima que eles não se reconhecem fazendo) 	<p>1) Deixar pessoas atuarem onde mais gostam sempre que possível;</p> <p>2) Poder escolher horário na escala;</p> <p>3) Poder participar de algumas decisões;</p> <p>4) Negociações entre colegas (Ter autonomia para tomar algumas decisões sobre o próprio trabalho - comunicando e flexibilizando com colegas);</p> <p>5) Grupo gestor (algo a ser implantado);</p> <p>6) Comunicação direta para buscar solucionar problemas;</p> <p>7) Buscam ser resolutivos;</p> <p>8) Entrega de material de curativo (para paciente);</p> <p>9) Visitas domiciliares;</p> <p>10) Amizade com alguns pacientes;</p> <p>11) Reuniões (apesar de não terem com todos);</p>

APÊNDICE H

TABELAS COM REORGANIZAÇÃO DOS SENTIDOS EM SUBTEMAS PARA CADA UNIDADE DE SAÚDE

Sentidos sobre humanização da gestão (objetivo específico a)

Núcleo	UBS
<p>1) Ter espaço para se comunicar – reuniões (inclusive falar das relações / conflito);</p> <p>2) Trabalho em equipe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - todos se responsabilizam pelo paciente); - Ajuda mútua (cobrir férias, por exemplo); - Conhecer o trabalho do colega (uma forma de se colocar no lugar do outro e não julgar de longe); - Corresponsabilidade da equipe frente às necessidades; <p>3) Acolhimento ao paciente (implantaram o acolhimento conforme indicado pela Secretaria Municipal de Saúde).</p>	<p>1) Poder opinar / receber opinião sobre a organização do trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poder opinar sobre a escala; - Poder escolher uma posição de trabalho que mais agrade; - Poder falar das insatisfações - Forma de tratamento entre chefia e profissionais (ter acesso); - Buscar satisfazer os profissionais dentro do possível <p>2) Organização do trabalho com foco no relacionamento entre profissionais e entre estes e pacientes / Relacionamento como foco:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajuda mútua dos profissionais da equipe; - Conhecer colegas de trabalho / Bom relacionamento entre colegas; - Ajuda mútua na vida pessoal; - Respeito ao próximo; - Trabalho em equipe - Cada um fazer sua parte da melhor forma possível (um tipo de corresponsabilidade?); - Cobrir trabalho do colega quando precisar; - Participação de todos (como uma família) - Resolutividade (atender as necessidades dos pacientes); - Capacidade de se colocar no lugar do paciente - Acolhimento (pacientes); - Tratar paciente como família (chamar pelo nome);

Sentidos sobre práticas identificadas pelos profissionais no cotidiano (objetivo específico b)

Núcleo	UBS
<p>1) Ter espaço de troca – poder falar das relações (conflito);</p> <p>2) Trabalho em equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> - todos se responsabilizam pelo paciente - Ajuda dos colegas para cobrir férias do companheiro (evitando sobrecarga – pelo o que entendo não são obrigados a fazer, fazem porque querem ajudar) - Equipe pensando junto e se apoiando frente à necessidade / Senso de corresponsabilidade; <p>3) Acolhimento</p>	<p>1) Organização do trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deixar pessoas atuarem onde mais gostam sempre que possível; - Poder escolher horário na escala; - Poder participar de algumas decisões; <p>2) Relacionamento entre colegas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Negociações entre colegas sobre um cobrir o outro (certa autonomia); - Comunicação direta entre profissionais para buscar solucionar problemas; <p>3) Relacionamento com pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buscam ser resolutivos; - Buscam entregar material de curativo para a pessoa fazer em casa; - Visita domiciliar; - Ter amizade com alguns pacientes; <p>4) Grupo gestor (algo a ser implantado);</p> <p>5) Reuniões (apesar de não terem com todos juntos).</p>

ANEXO

ANEXO

ANEXO A

Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Campus de Ribeirão Preto

Of.CEtP/FFCLRP-USP/102/-vjmc

Ribeirão Preto, 27 de outubro de 2015

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado "HUMANIZAÇÃO E COGESTÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: AS RELAÇÕES DE TRABALHO NO COTIDIANO" foi reanalisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 149ª Reunião Ordinária, realizada em 22.10.2015, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE n.º 46453315.0.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas, e que, ao término do estudo, um relatório final seja entregue, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Marina Rezende Bazon
Coordenadora

A Senhora
Giovanna Cabral Doricci
Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP/USP