**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

BRÍGIDA GIMENEZ CARVALHO

**COORDENAÇÃO DE UNIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA
NO SUS:
TRABALHO, INTERAÇÃO E CONFLITOS**

**São Paulo
2012**

BRÍGIDA GIMENEZ CARVALHO

**COORDENAÇÃO DE UNIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA
NO SUS:
TRABALHO, INTERAÇÃO E CONFLITOS**

Tese apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em
Gerenciamento em
Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade
de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências

Área de concentração:
Gerenciamento em
Enfermagem

Orientadora:
Prof. Dr^a. Marina Peduzzi

Coorientador:
Prof. Dr. José Ricardo de
Carvalho Mesquita Ayres

**São Paulo
2012**

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.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Carvalho, Brígida Gimenez

Coordenação de unidade da atenção básica no SUS:
trabalho, interação e conflitos / Brígida Gimenez Carvalho. --
São Paulo, 2012.
300 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Marina Peduzzi

Co-orientador: Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho
Mesquita Ayres

1. Administração de serviços de saúde 2. Atenção
primária à saúde 3. Conflito – Psicologia 4. Trabalho
5. Enfermagem I. Título.

Nome: Brígida Gimenez Carvalho

Título: Coordenação de Unidade da Atenção Básica no SUS:
trabalho, interação e conflitos

Tese apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em
Gerenciamento em
Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade
de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Marina Peduzzi

Instituição: EEUSP

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho
Mesquita Ayres

Instituição: FMUSP

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr^a. Elizabeth Artmann

Instituição: ENSP/FIOCRUZ

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera

Instituição: ENSP/FIOCRUZ

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr^a. Silvana Martins Mishima

Instituição: EERP/USP

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico a realização deste trabalho ao
Nilson, meu companheiro de todos os
momentos, pelo apoio incondicional
durante toda a caminhada; e aos nossos
filhos, **Mateus, Filipe e Davi** minha
maior riqueza.

Dedico também a todos os
trabalhadores da Atenção Básica do
SUS que se comprometem
cotidianamente para a produção do
cuidado.

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus, sempre tão presente em minha vida e que me possibilitou chegar até aqui.

Agradeço especialmente à Professora Marina Peduzzi pela forma competente com que me conduziu neste percurso e pelo respeito e confiança em mim depositados, o que me deu segurança para ousar um caminho desconhecido, tanto no escopo da pesquisa, quanto no referencial teórico adotado. Tenho certeza que muito do que aprendi e produzi neste trabalho são reflexos de sua orientação.

Agradeço também ao Professor José Ricardo Ayres pelo aceite em ser co-orientador deste trabalho, e pelas contribuições na redefinição dos objetivos, na metodologia e nos eixos de discussão dos resultados. Sua forma de orientar, sem dizer exatamente o que eu devia fazer, provocou muitas inquietações que me fizeram crescer.

Aos meus pais, Elias e Amélia, pelo incentivo, exemplo e ensinamentos recebidos durante toda minha vida. À minha família, especialmente à Ednéia pelo incentivo e cobertura nas minhas ausências, e à família Carvalho pela compreensão e apoio.

À Universidade de São Paulo e ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, pela estrutura que me possibilitou circular por suas Escolas, Faculdades e Institutos durante esta formação, e pelos professores que comigo compartilharam seu saber. Agradeço também aos trabalhadores da Pós e do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem, pelo profissionalismo e atenção a mim dispensados.

Aos colegas do grupo de pesquisa da EEUSP pelas leituras e discussões compartilhadas. Em especial agradeço às colegas Geisa, Irene, Jaqueline e Carine pelas conversas, almoços compartilhados, trabalhos conjuntos e o apoio prestado na realização deste trabalho.

À Professora Maria Rita Bertolozzi pela participação no exame de qualificação e pelas contribuições para o aprimoramento metodológico desta pesquisa.

Aos professores Francisco Javier Uribe Rivera, Elizabeth Artmann e Silvana Martins Mishima por aceitarem participar da banca de defesa deste trabalho.

Aos colegas do grupo de pesquisa Gestão do Trabalho, da UEL, professores do DESC, alunos da pós-graduação e da graduação e colegas da SESA, pelo trabalho e discussões que realizamos juntos nos três últimos anos. Agradeço especialmente à colega Fátima pelos momentos compartilhados na condução da pesquisa – na execução do trabalho, nas conversas sobre o trabalho, mas também sobre a vida, os filhos, as viagens; enfim pelo aprendizado que tem sido trabalhar e conviver com você.

À Fundação Araucária pelo importante apoio financeiro à pesquisa Gestão do Processo de Trabalho em Municípios de Pequeno Porte da Região Norte do Paraná, da qual este estudo é integrante, fundamentais para a realização e divulgação parcial de seus resultados.

À Josiane, colega de tantos momentos vividos, conversas, viagens e experiências compartilhadas nesse processo de formação, na busca de sermos melhores como pessoas e como educadoras.

Aos colegas do DESC pela confiança em mim depositada e pela liberação de várias atividades nos últimos anos, condição indispensável para que esse trabalho pudesse ser realizado.

Aos gestores, coordenadores, e trabalhadores da AB dos municípios da 17ª Regional de Saúde, sem a participação de vocês não seria possível a realização deste estudo.

Enfim, agradeço de modo especial os coordenadores e os trabalhadores que atuam no município de Cambé, cuja participação com seu olhar sobre o tema de estudo foram fundamentais para, na fusão com o meu olhar, produzir esta tese. Espero que possamos discuti-la e que ela contribua com vocês na produção da gestão e da atenção integral à saúde da população. A vocês meu sincero muito obrigado!!

Há um tempo em que é preciso
abandonar as roupas usadas...
Que já têm a forma do nosso corpo...
E esquecer os nossos caminhos
que nos levam sempre aos
mesmos lugares...

É o tempo da travessia...
E se não ousarmos fazê-la...
Teremos ficado ... para sempre...
À margem de nós mesmos...

Fernando Pessoa

APRESENTAÇÃO

Apresento nas páginas a seguir um trabalho que procurou compreender as tensões e conflitos vivenciados no cotidiano do trabalho gerencial, na interação estabelecida com os trabalhadores de saúde. Esta investigação foi realizada no âmbito da Atenção Básica (AB) do Sistema Único de Saúde (SUS), entendido como política pública, universal, inclusiva e ainda em construção; porém, se situa no espaço microssocial, das relações que se estabelecem entre aqueles que produzem a atenção à saúde, e buscou revelar como se dão estas interações, que racionalidade as norteia, a gênese das tensões e dos conflitos vividos e como são enfrentados.

O desejo pelo tema em estudo está ligado à minha trajetória profissional. Durante quase toda a minha vida profissional atuo direta ou indiretamente em diversos pontos da rede básica de saúde no município de Londrina: na unidade de saúde, na Divisão de Enfermagem, na Diretoria de Controle, Avaliação e Auditoria, na Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) e atualmente como docente do Departamento de Saúde Coletiva de uma Universidade, na formação de profissionais de saúde, tendo os serviços da atenção básica do SUS como escola.

Foi, porém, a vivência na DAS, no período de 2001 a 2005, no exercício de uma gerência intermediária entre o Secretário de Saúde e as Coordenadoras de Unidades Básicas de Saúde, responsável pela Atenção Básica, especialmente no contato com toda a tensão que reina neste espaço, com as crises vividas, com os avanços alcançados, mas também com a não concretização de muitos projetos, que me despertou para o tema deste estudo. Posteriormente, a oportunidade de refletir de forma mais sistematizada sobre a experiência vivida, com a participação em uma mesa-redonda no 58º Congresso Brasileiro de Enfermagem sobre os desafios da gerência na Atenção Básica para a produção

da autonomia, em 2006, e a participação na disciplina “Teoria da Organização e Gestão em Saúde”, cursada na UNIFESP, no ano de 2007, me estimularam a elaboração deste trabalho.

O ingresso no doutorado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) no ano de 2009 possibilitou transformar o desejo inicial em objeto de estudo e permitiu ampliar minha visão sobre o tema por meio do aprofundamento teórico obtido na orientação, nas disciplinas cursadas, leituras realizadas e também nas discussões do grupo de pesquisa.

Atualmente na universidade, como docente do Departamento de Saúde Coletiva, atuo em duas atividades em que tenho contato direto com a coordenação da unidade de saúde: no internato de enfermagem, em que os estudantes, no último semestre do curso, acompanham as enfermeiras e a coordenadora da unidade de saúde, e na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em que os profissionais/residentes atuam na atenção básica, em uma equipe de saúde da família. Em ambas as situações, tenho acompanhado a atuação das coordenadoras das unidades de saúde e tido a oportunidade de me aproximar e discutir questões relacionadas ao exercício dessa função.

A vivência atual e o aprofundamento teórico e empírico propiciado por esta pesquisa, além de manterem o desejo pelo tema, despertaram o anseio por pensar propostas de intervenção que propiciem a reflexão desta prática por quem esteja vivenciando este papel, e de produzir conhecimentos que contribuam para o desenvolvimento de tecnologias de gestão adequadas para o manejo dos conflitos e para o fortalecimento da atenção básica no SUS.

Carvalho BG. Coordenação de Unidade da Atenção Básica no SUS: trabalho, interação e conflitos [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

Introdução: A gerência no nível local da atenção básica (AB) busca promover condições propícias para atenção integral à saúde de usuários, com a participação destes, dos trabalhadores e gestores e inclui a gestão de conflitos no cotidiano de trabalho. **Objetivo:** O estudo teve como objetivo compreender a emergência e o manejo de conflitos que ocorrem na interação entre trabalhadores e coordenadores de unidade básica de saúde (UBS) e suas relações com os processos de reconhecimento mútuo e desrespeito. **Método:** A pesquisa foi realizada em duas fases. Na primeira, exploratória, foram caracterizados o perfil dos coordenadores e os instrumentos gerenciais utilizados, a partir de um questionário semiestruturado, aplicado aos coordenadores de 108 UBS de 21 municípios da região norte do Paraná, Brasil. Os resultados dessa fase possibilitaram compreender o contexto da atuação gerencial e definir o campo de pesquisa da segunda fase: um município de médio porte cujos gerentes das UBS eram todos enfermeiros, apresentavam experiência na gerência de UBS e utilizavam, com certa regularidade, instrumentos para a gestão do trabalho. Na segunda fase foi desenvolvido um estudo de caso, de caráter compreensivo e interpretativo de abordagem crítico-hermenêutica. As técnicas de coleta foram: grupo focal com coordenadores, observação do cotidiano de trabalho e entrevista semiestruturadas com trabalhadores. Na análise utilizou-se o quadro teórico-conceitual do processo de trabalho em saúde, das teorias do agir comunicativo de Jürgen Habermas e do reconhecimento de Axel Honneth e a triangulação dos resultados. **Resultados:** O conflito foi compreendido como fenômeno relacionado ao trabalho e permeado pela interação social; se manifesta no contexto organizacional como obstáculos que tensionam ou levam ao rompimento da contratualidade prevista nas relações de trabalho. Os conflitos foram provocados por situações de desrespeito em três esferas de relações: primárias; jurídicas; ou da solidariedade. Foram tipificadas seis modalidades de conflitos, relacionados à: falta de colaboração no trabalho; desrespeito por relações assimétricas entre os trabalhadores; comportamento do “funcionário-problema”; problemas pessoais; assimetria com outros níveis de gestão e infraestrutura deficitária dos serviços do SUS. Na gestão dos conflitos, observou-se a referência também aos usuários, por serem os destinatários da atenção à saúde, e a menção ao coordenador como mediador de conflitos que utiliza como recursos de manejo: reconhecimento, atitude dialógica, sabedoria prática e sua autoridade, articulando ações técnico-científicas e comunicativas. **Conclusão:** O estudo mostrou que os conceitos de processo de trabalho em saúde e as

teorias do agir comunicativo e do reconhecimento, ao serem articulados, constituiu quadro teórico com potência explicativa e de compreensão do fenômeno estudado. Os resultados mostraram complementaridade da ação instrumental e comunicativa na gestão de UBS e, em particular, dos conflitos, evidenciando uma modalidade de gestão comunicativa. Também permitiram identificar que a ausência de reconhecimento nas esferas das relações primárias, do direito e da solidariedade está na origem dos conflitos no trabalho, bem como construir uma tipologia de conflitos que pode subsidiar o seu entendimento e manejo. A pesquisa aponta para a necessidade de estudos futuros sobre o caráter interprofissional da gerência na AB e a presença expressiva de enfermeiras nessa atuação.

PALAVRAS-CHAVE: Gerência, Atenção Básica, Conflito (Psicologia), Trabalho, Enfermagem.

Carvalho BG. Coordination of primary care unit in the Unified Health System of Brazil: work, interaction and conflict. [thesis]. 2012. São Paulo: São Paulo College of Nursing, University of São Paulo; 2012.

ABSTRACT

Introduction: The management at the local primary care (PC) setting seeks to promote conducive conditions to provide comprehensive health care, with the participation of workers, managers and udders. It includes conflict management in everyday work. **Objective:** This study aims to understand the emergence and handling of conflicts that occur in the interaction between workers and coordinators of the basic health unit (BHU) and their relations with the processes of mutual recognition and disrespect. **Method:** The study was conducted in two phases. First, the exploratory study characterized the profile of coordenadores and the management tools applying a semi-structured questionnaire to the managers of 108 BHU of 21 municipalities in northern Paraná, Brazil. The results of this phase enabled to understand the context of managerial performance and to define the field of search of the second phase. It was chosen a medium-sized city whose BHU's managers were all nurses, had experience in the management of BHU and used tools for managing the work process. In the second phase we developed an understanding and interpretive case study of critical-hermeneutics approach. The techniques used were: focus group with coordinators, observation of daily work and semi-structured interviews with workers. In the analysis was used the theoretical and conceptual framework of the work process in health, of Jürgen Habermas' theories of communicative action and Axel Honneth's recognition. Addionnaly was used triangulation of results. **Results:** The conflict was understood as a phenomenon related to the work process and permeated by social interaction. It is manifested in the organizational context as obstacles that stress or lead to disruption of contractually established labor relations. The conflicts were caused by situations of disrespect in three levels of relationships: primary relations, juridical, or mutual solidarity. Six modes of conflict were specified: lack of collaboration at work; disrespect for asymmetric relations between workers; behavior of the "problem employee"; personal problems; asymmetry with other levels of management and infrastructure deficit of the services of the Health System. In the area of conflict management were observed references to the users, because they are the health care recipients; and the mention of the coordination as mediatorl in conflicts using as management resource: recognition, dialogical attitude, practical wisdom and its authority, articulating technical-scientific and communicative actions. **Conclusion:** The study showed that the concepts of work process in health and theories of communicative action and recognition, when articulated, have composed a theoretical framework with explanatory power and understanding of the phenomenon under study. The results showed

complementarity of instrumental and communicative action in managing a BHU and, in particular, the conflicts, showing a communicative management approach. Findings have identified that the lack of recognition in the spheres of primary relations, of law and of mutual solidarity is at the origin of the conflicts at work. The study allows to build a typology of conflicts that may improve their understanding and management. The research also points to the need for future studies on the interprofessional nature of management in PC and on the expressive presence of nurses in this role.

Keywords: Management, Primary Health Care, Conflict (Psychology), Work, Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Representação da gerência como instrumento do processo de trabalho em saúde	81
Figura 2-	Processo de trabalho gerencial	83
Figura 3 -	Modelo teórico proposto - compreensão de como se dá a interseção das categorias analíticas	87
Figura 4 -	Mapa da região Norte do Paraná, com destaque para os municípios que integram a 17ª Regional de Saúde do Paraná e respectivo IDH – 2010	96
Figura 5 -	Curva de Nelson de Moraes, Cambé – 2008	118
Figura 6 -	Distribuição dos gerentes de unidades básicas de saúde, nos dois grupos de municípios da 17ª RS - PR, segundo faixa de idade e de salário – 2010	129

LISTA DE QUADROS

Quadro1 -	Estrutura das relações sociais de reconhecimento	74
Quadro 2 -	Relação dos municípios integrantes da 17ª Regional de Saúde do Paraná, população e o número respectivo de unidades básicas de saúde dos municípios – 2010	97
Quadro 3 -	Distribuição das unidades de saúde da família, por região, Cambé - 2009	125
Quadro 4 -	Categorização das atividades de planejamento e de avaliação das ações de saúde desenvolvidas pelos gerentes de unidades básicas de saúde dos municípios da 17ª Regional de Saúde do Paraná – 2010	136
Quadro 5 -	Categorização das atividades de avaliação de desempenho e de educação permanente em saúde, desenvolvidas pelos gerentes de unidades básicas de saúde dos municípios da 17ª Regional de Saúde do Paraná – 2010	142
Quadro 6 -	Categorização das atividades desenvolvidas pelos gerentes de unidades básicas de saúde junto à comunidade, nos municípios da 17ª Regional de Saúde do Paraná – 2010	148

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Apoio Psicossocial
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
EPS	Educação Permanente em Saúde
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informação para a Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCGM	Termo de Compromisso de Gestão Municipal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	21
1.1 Temática de Estudo	21
1.2 A Atenção Básica no SUS	26
1.3 A Coordenação de Unidade da Atenção Básica.....	34
 CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO	 42
2.1. Processo de Trabalho	42
2.1.1 Processo de Trabalho em Saúde	47
2.2. Intersubjetividade e o Trabalho em Saúde	54
2.3. O Agir Comunicativo	57
2.4. O Desrespeito e a Manifestação de Conflitos	64
 CAPÍTULO 3 - MODELO TEÓRICO	 79
 CAPÍTULO 4 – OBJETIVOS	 90
 CAPÍTULO 5 – METODOLOGIA	 91
5.1. Primeira Fase: Pesquisa Exploratória	94
5.1.1. Campo de Estudo	95
5.1.2. Sujeitos de Pesquisa	96
5.1.3. Procedimentos de Coleta e Análise de Informações	97
5.2. Segunda Fase: Estudo de Caso	101
5.2.1 Sujeitos de Pesquisa	102
5.2.2 Técnicas de Pesquisa	103
5.2.2.1 Grupo Focal	103

5.2.2.2	Observação Direta e Sistematizada	105
5.2.2.3	Entrevista Semiestruturada	106
5.2.3.	Procedimentos de Análise	107
5.3	Aspectos Éticos da Pesquisa	115
5.4	Contexto do Estudo: O Município de Cambé	116
CAPÍTULO 6- RESULTADOS E DISCUSSÃO		127
6.1	Primeira Fase - Estudo Exploratório	127
6.1.1	Caracterização da Coordenação	127
6.1.2	Atividades de Organização do Processo de Trabalho	132
6.1.3	Atividades de Gestão do Trabalho na Unidade de Saúde	140
6.1.4	Atividades com a Comunidade	147
6.1.5	Síntese da Fase Exploratória e Definição do Município Campo para o Estudo de Caso	149
6.2	Segunda Fase - Estudo de Caso	153
6.2.1	Percepção do Conflito	153
6.2.1.1	Como o Conflito é visto pelos Gerentes	153
6.2.1.2	Como o Conflito é visto pelos Trabalhadores	155
6.2.1.3	Como o Conflito foi Compreendido e Interpretado pelo Pesquisador no Contexto do Estudo	158
6.2.2	Tipologia de Conflitos Presentes no Cotidiano do Trabalho	162
6.2.2.1	Conflitos Relacionados à Falta de Colaboração entre os Trabalhadores	163

6.2.2.2	Conflitos Relacionados às Relações Assimétricas entre os Trabalhadores ou Coletivo de Trabalhadores no Ambiente de Trabalho	168
6.2.2.3	Conflitos Relacionados ao Comportamento do “Funcionário-Problema”	173
6.2.2.4	Conflitos Relacionados a Problemas Pessoais Ocorridos fora do Trabalho	188
6.2.2.5	Conflitos Relacionados à Assimetria com outros Níveis de Gestão	191
6.2.2.6	Conflitos Relacionados à Infraestrutura e Organização Deficitária da Rede de Serviços do SUS	206
6.2.3	Gestão Comunicativa do Trabalho e dos Conflitos	215
6.2.3.1	Gestão Comunicativa do Trabalho	215
6.2.3.2	Gestão Comunicativa do Conflito	229
6.2.4	Manejo dos Conflitos: Recursos Acionados pela Gerência	234
6.2.4.1	No Conflito Envolvendo Trabalhadores e Usuários.....	234
6.2.4.2	No Conflito entre Trabalhadores	240
6.2.5	Refletindo sobre a Ação – Uma Proposta de Intervenção sobre o Conflito	252
CAPÍTULO 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS		257
REFERÊNCIAS.....		269
APÊNDICES		
APÊNDICE 1 – Termo de Autorização Institucional		283

APÊNDICE 2 – Questionário Semiestruturado	284
APÊNDICE 3 – TCLE Questionário (Coordenadores)	287
APÊNDICE 4 – Roteiro Grupo Focal	289
APÊNDICE 5 – TCLE Grupo Focal (Coordenadores)	291
APÊNDICE 6 – Roteiro Observação	293
APÊNDICE 7 – TCLE Observação (Coordenadores)	294
APÊNDICE 8 – Roteiro Entrevista	296
APÊNDICE 9 – TCLE Entrevista (Trabalhadores).....	297

ANEXOS

ANEXO 1 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina	299
ANEXO 2 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo	300

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

1.1 TEMÁTICA DE ESTUDO

Esta investigação tem como tema central a coordenação de unidade de saúde da Atenção Básica no SUS com foco nas tensões e conflitos presentes na interação que se processa entre os coordenadores e os trabalhadores de saúde no cotidiano do trabalho.

A gerência, no nível local da atenção básica, busca promover condições propícias para a abordagem integral das necessidades de saúde de usuários e população, com a participação destes, dos trabalhadores e gestores. Lidar com esta tríade, qual seja: o produtivo campo de autogoverno dos trabalhadores, diretrizes e projetos institucionais advindos da direção hierárquica superior e as necessidades de saúde de usuários e população do território, coloca os gerentes de unidade frente à necessidade de reconhecer os variados interesses e objetivos dos respectivos atores sociais, nem sempre convergentes. Neste cenário, a atuação cotidiana do coordenador de unidade expressa a complexidade da prática gerencial que inclui a ocorrência de tensões e a emergência de conflitos.

Os conflitos sempre estiveram presentes nas organizações, especialmente naquelas em que os processos de trabalho são mediados pela interação social, como é o caso das organizações de saúde. Apresentam-se como algo que escapa, que denuncia, que invade a agenda de quem faz a gestão, que incomoda. Na verdade, lidar com conflitos é uma constante no cotidiano dos gerentes e da direção superior, em toda e qualquer organização (Cecílio, 2005).

O termo conflito vem do latim *conflictus*, particípio passado de *confligere*, “bater junto, estar em desavença”, formado por *com* –

“junto” e *fligere* – “golpear, atacar”. Segundo Ferreira (2010), significa: luta, combate; guerra; enfrentamento; oposição entre duas ou mais partes; desavença entre pessoas ou grupos; divergência, discordância de ideias, de opiniões.

No vocabulário técnico e crítico da Filosofia, o conflito é definido como a relação entre dois poderes ou dois princípios cujas aplicações exigem num mesmo objeto determinações contraditórias. Considera ainda a existência de diferentes tipos de conflitos: de deveres, conflito de uma única autoridade com ela mesma e conflito de tendências (Lalande, 1999).

Ao delimitar o conceito, Cecílio (2005) destaca que o conflito é sempre consciente e que sua eclosão e desenvolvimento ocorrem tanto por distintas posições que os atores envolvidos ocupam nas estruturas como por intencionalidades opostas destes. Ou seja, há conflito quando dois ou mais atores fazem uma apreciação situacional divergente. Este autor aponta que os conflitos se apresentam como fenômenos, fatos, comportamentos que, na vida organizacional, constituem-se em “ruídos”, podendo ser observáveis (aqueles que exigem tomadas de providências do gestor) ou encobertos (aqueles que circulam nos bastidores e que, nos sistemas de gestão mais tradicionais, não conseguem ocupar a agenda da direção). Defende ainda que nas organizações

há uma convivência, sem exclusão, de conflitos decorrentes de interesses de classe ou de lugares diferenciados na estrutura social com aqueles ligados ao trabalho e à disputa de interesse entre pequenos grupos e mesmo conflitos interpessoais (Cecílio, 2005, p.510-11).

O termo conflito, empregado tanto na linguagem usual entre as pessoas como na linguagem especializada de diferentes disciplinas, como a Psicologia e as Ciências Sociais –, que tratam os conflitos na interação social como tema de estudo –, traduz uma situação de divergência, com a conotação de tensão, de violência,

ou, pelo menos, de iminência de ruptura de um equilíbrio tornado precário (Boccatto, 2009).

A tensão e o rompimento da contratualidade se manifestam por meio do desrespeito, do desacordo, do desentendimento, da injúria e frequentemente envolvem a dimensão emocional. Nesse âmbito, na maioria das vezes, afloram sentimentos negativos relacionados aos valores, crenças e percepções dos indivíduos na sua relação com o outro; decorrem também de experiências anteriores e trajetórias de vidas distintas (Ciampone, Kurcgant, 2005).

Nesta perspectiva, o conflito é considerado um fenômeno inerente às relações interpessoais e ao contexto organizacional, e apresenta significados positivos ou negativos, dependendo de experiências anteriormente vivenciadas, mas também da estratégia utilizada para o seu enfrentamento (Ciampone, Kurcgant, 2005; Spagnol et al., 2010).

Para a compreensão do fenômeno estudado, optou-se pela composição de um quadro teórico que engloba o referencial teórico do trabalho, da teoria do Agir Comunicativo e da teoria do Reconhecimento. O referencial teórico marxiano do trabalho foi aplicado, a partir dos estudos produzidos no Brasil, em especial no campo da Saúde Coletiva, sobre o processo de trabalho em saúde. Com o intuito de elucidar as dimensões processuais e intersubjetivas das práticas de saúde, o referencial teórico do processo do trabalho foi articulado à teoria do Agir Comunicativo, de Jürgen Habermas (Carvalho et al., 2012).

Ao desenvolver sua teoria, Habermas (2003) aponta a existência de uma racionalidade comunicativa que deve orientar as ações humanas para que os homens possam tomar decisões consensuais na vida em sociedade. Em sua produção teórica, reconhece que nas interações um acordo normativo perturbado pode

se manifestar como conflito. No entanto, Habermas não aprofunda a análise da gênese dos conflitos nas organizações, questão considerada essencial neste trabalho. O referencial utilizado para a compreensão sobre a gênese motivacional do conflito foi a obra de Axel Honneth – Luta por Reconhecimento: a gramática moral dos conflitos, (2003).

Desta forma, este estudo procurou validar a pertinência da produção de Axel Honneth – Luta por Reconhecimento –, a partir do uso dos conceitos de reconhecimento e desrespeito, na tentativa de produzir uma análise compreensiva das relações intersubjetivas construídas no processo de gestão e das manifestações de conflito nos ambientes de trabalho em unidades básicas de saúde. Isto não quer dizer que se procurou aqui validar a luta por reconhecimento como uma teoria geral da ação social, mas sim que se fez uso de seu conceito central para melhor compreender a gênese e a manifestação do conflito e de sua mediação nos processos de gestão.

Apesar da relevância desta temática para aqueles que exercem a função gerencial nos diversos espaços de atenção à saúde, a produção científica sobre a gestão do conflito entre trabalhadores em organizações de saúde é muito escassa, tanto em publicações de periódicos nacionais como internacionais, e ainda muito mais exígua aquela que trata do tema gestão do conflito no espaço da atenção básica. Em levantamento bibliográfico sobre a manifestação/manejo do conflito nesta área, envolvendo a gerência e equipe de trabalhadores, em várias bases de dados (Lilacs, Medline, Pubmed, CINAHL), sem limitar o período, foram identificadas apenas uma publicação em periódico nacional (Corradi, Zgoda, Paul, 2008) e duas em periódicos internacionais (Brown et al., 2011; Long, 1996).

Com o intuito de ampliar a visibilidade e a discussão deste tema, esta tese coloca em cena a “manifestação e o manejo dos conflitos entre trabalhadores e coordenadores na atenção básica”. Concomitante ao desvendamento do tema, esta tese, ao apresentar seus resultados, disponibiliza conhecimentos que contribuem para melhor entendimento e manejo do conflito no trabalho gerencial, bem como para o desenvolvimento de tecnologias de gestão adequadas para o fortalecimento da atenção básica no SUS.

Com o propósito de contextualizar o objeto do estudo no espaço em que a gerência é exercida, ainda na introdução são caracterizados a Atenção Básica no SUS e os aspectos que envolvem a atuação da gerência de UBS. Também são apresentados os pressupostos e as questões para as quais foram buscadas respostas com este estudo.

No capítulo dois é apresentado o referencial teórico, em que estão apoiados os pressupostos da pesquisa e que embasou a análise do material empírico: o processo de trabalho e o processo de trabalho em saúde; a intersubjetividade e o trabalho em saúde; o agir comunicativo e, o desrespeito e a manifestação de conflitos.

No capítulo três é apresentado o modelo teórico proposto, em que foram articulados os referenciais do processo de trabalho gerencial na atenção básica, da teoria do Agir Comunicativo de Jürgen Habermas e a Luta por Reconhecimento: a gramática moral dos conflitos, de Axel Honneth, que, de modo articulado, permitiram a compreensão e a interseção das categorias analíticas.

O capítulo quatro expõe os objetivos pretendidos com esta tese e o capítulo cinco descreve o percurso metodológico que, ancorado no quadro teórico, esboça o desenho da pesquisa, composta de duas fases: um estudo exploratório e um estudo de caso. Apresenta também a abrangência do campo da pesquisa, os

sujeitos, as técnicas de coleta de dados e de análise do material empírico e ainda o contexto do município estudo de caso.

No capítulo seis, estão apresentados os resultados do estudo, com base na análise do material empírico, e as discussões, à luz do quadro teórico, da revisão da literatura e do diálogo com autores que pesquisam o tema.

Por fim, no capítulo sete são feitas as considerações finais sobre a pesquisa, com uma síntese deste percurso, dos principais resultados em resposta aos objetivos pretendidos, e dos avanços percebidos com a realização deste estudo: para a pesquisadora, para a área acadêmica e para os serviços de saúde.

1.2 A ATENÇÃO BÁSICA NO SUS

O Sistema Único de Saúde, público, universal, criado pela Constituição Federal de 1988, ainda está em construção, implementado em um espaço permeado por disputas políticas, econômicas e, portanto, sociais.

Nesses mais de 20 anos de construção, a descentralização, um dos princípios organizativos do SUS, foi o processo que mais provocou mudanças no âmbito da gestão, introduzindo novos atores neste campo de atuação. Estas mudanças provocaram a transferência para os municípios de decisões e ações antes centralizadas. Os municípios, ao assumirem a gestão do SUS, estruturaram uma ampla rede de serviços de saúde, no nível da atenção básica.

A maioria dos países adota a terminologia “atenção primária à saúde” (APS), ao invés de “atenção básica”. A Conferência Internacional de Alma-Ata definiu atenção primária à saúde como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento [...]. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS. Declaração de Alma-Ata, 1978, item VI).

Orientados para a atenção primária, os sistemas de saúde alcançam melhores resultados e, conforme demonstram diversos estudos, propiciam maior satisfação aos usuários, possuem custos mais aceitáveis e promovem a equidade (Macinko et al, 2006; Starfield, 2002; WHO, 2008).

Em relação ao termo, parte-se do pressuposto de que os dois (atenção básica e APS) se equivalem e será utilizado o primeiro por ser este o adotado no Brasil pelo Ministério da Saúde em seus documentos oficiais.

Na atualidade, a atenção básica no Brasil configura-se como a porta de entrada, o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Segundo aposta do Ministério da Saúde, deve ser desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (Brasil, 2006a, 2011).

O processo de estruturação da atenção básica pressupõe maior autonomia e poder decisório nas unidades básicas de saúde tendo em vista a necessidade da organização do processo de trabalho e da administração dos trabalhadores de saúde (em maior número e com maior diversidade de formação profissional), não mais

vistos como meros insumos, mas como agentes sociais necessários a mudar o jeito de fazer saúde (Mishima et al., 1997).

A concretização desta proposta exige um amplo processo de mudanças no modelo de atenção à saúde, pois as ideias e os valores oriundos do modelo médico-hegemônico ainda são predominantes na sociedade. No entanto, existe o reconhecimento de que a mudança das práticas de saúde e a reorientação do modelo tecnoassistencial são campos em que o SUS ainda não foi capaz de produzir avanços significativos (Feuerwerker, 2005).

As características acima referidas configuram a atenção básica com particularidades que a diferenciam da atenção à saúde prestada em hospital, lócus privilegiado da atenção à saúde no modelo hegemônico biomédico.

Dentre as particularidades vale ressaltar, em primeiro lugar, que na atenção básica o foco da atenção à saúde são as necessidades de saúde dos usuários e da população do território, o que a coloca na dupla dimensão individual e coletiva (dos grupos sociais e população). Neste sentido, a equipe não restringe suas atividades no interior dos serviços de saúde; seu local de atuação são também as outras instituições presentes no território: creches, escolas, espaços comunitários, o domicílio e a própria comunidade, e são responsáveis pela situação de saúde de uma determinada coletividade. Para tanto, o reconhecimento e a adscrição do território de atuação da equipe é essencial. O termo território não se refere apenas a um espaço topográfico, estanque; é no território que as pessoas vivem, espaço onde ocorrem encontros, contatos, trocas. Neste sentido, o território é considerado

um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na arena política. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas ao contrário, em permanente construção e reconstrução (Mendes et al., 1993, p.166).

Em segundo lugar, na atenção básica, o usuário e a população do território não se encontram institucionalizados, preservam certa autonomia em relação ao serviço e aos profissionais, o que requer uma atuação profissional e um processo de trabalho no qual se efetive a comunicação, a interação argumentativa, o diálogo. Diferentemente de quando estão institucionalizados no espaço hospitalar, pois seguem a rotina da instituição, geralmente numa atitude mais passiva de receber os cuidados prestados pelos trabalhadores de saúde. O que o usuário necessita no espaço hospitalar para obter o resultado esperado daquele processo de trabalho, ele recebe dos profissionais: a dieta, o medicamento, o curativo, entre outros cuidados, que lhe são prestados nas condições e nos horários previamente estabelecidos.

Na atenção básica, os profissionais não sabem, a priori, quantos e quais usuários atenderão numa jornada de trabalho, quais as suas necessidades, tampouco se terão condições de atendê-las. A posição do usuário, na maioria das vezes em condições de se deslocar com autonomia até a unidade de saúde, pressupõe que a execução dos cuidados necessários depende de sua colaboração, visto que apenas pequena parte desses cuidados é desenvolvida no interior da unidade e pelos profissionais de saúde. A maior parte dos cuidados necessários para manutenção e/ou recuperação de sua saúde (dieta, medicação, curativo, atividade física) depende quase que exclusivamente do usuário ter compreendido, ter concordado com o que foi proposto e ter possibilidades de desenvolvê-los.

Em terceiro lugar está a forma como se dá a apreensão das necessidades dos usuários. Levando-se em conta que a atenção básica é a porta de entrada preferencial na rede de atenção à saúde, a apreensão dessas necessidades deve ser a mais ampliada possível e, como já referido, contemplar a dinâmica individual-coletiva do processo saúde-doença. Portanto, caracteriza-se

também pela necessidade de diálogo profissional - usuário, participação social e controle social.

O controle social no SUS é entendido como o controle que o conjunto da sociedade organizada (em todos os segmentos sociais) exerce sobre o Estado (Brasil, 2001a). Representa a tentativa de se estabelecer uma relação entre o Estado e a sociedade, implicando uma abertura do Estado para que a sociedade participe das suas decisões (Carvalho, 1995).

A participação da comunidade no SUS, atuando tanto na formulação de estratégias quanto no controle da execução das políticas de saúde, visa contribuir para a implantação de um novo modelo assistencial de saúde, que privilegie os interesses e direitos de cidadania da população usuária, partindo sempre das suas necessidades, identificadas pelos indicadores sociais, epidemiológicos e pelas informações das entidades representantes dos usuários (Brasil, 2001a).

Há que se ressaltar, entretanto, a dificuldade das entidades representativas dos usuários, frequentemente desarticulados das bases, instituições ou segmentos que representam na sociedade, de estabelecerem objetivos que traduzam as reais aspirações da sociedade, seja pela ausência de uma cultura de controle social e/ou pelo desconhecimento dos usuários sobre as formas e mecanismos de sua participação no SUS, principalmente nos conselhos de saúde.

Esta dificuldade é potencializada pelos conflitos existentes entre os usuários, gestores e usuários, componentes do conselho. Cecílio (1999a) relata que tal fato decorre das diferentes inserções sociais e aspirações destes diversos atores. Assim, é frequente que nos conselhos o gestor objetive a construção de legitimidade; os trabalhadores de saúde visem às boas condições de trabalho, salários, aprimoramento profissional; e os usuários se preocuparem

com a resolução de seus problemas. Enfim, essa dificuldade ocorre porque os conselhos de saúde são compostos por atores cujos interesses e projetos nem sempre são coincidentes.

Apesar de toda a problemática que envolve a participação da comunidade, houve, sem dúvida, um avanço significativo no controle social do SUS nos últimos anos, fruto de intensas mobilizações e lutas, o que contribuiu para a melhoria do acesso, da qualidade e da humanização na atenção à saúde, especialmente no âmbito da atenção básica.

Destaca-se, ainda, uma quarta característica da atenção prestada na rede básica que se refere à busca da integralidade da assistência, entendida como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso” (Brasil, 2001b, p.19).

Segundo Mattos (2001), a integralidade, desde a criação do SUS, segue sendo um bom indicador da direção a ser seguida pelo sistema e suas práticas. Este mesmo autor aponta três conjuntos de sentidos do princípio da integralidade:

o primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática [...]; o segundo conjunto refere-se a atributos das organizações dos serviços; o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde. [...] Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo (Mattos, 2001, p.61).

Na área da gestão, a discussão sobre integralidade no Brasil apresenta dois eixos distintos, mas interligados. O primeiro refere-se à utilização de todas as tecnologias disponíveis, com base nas necessidades e com a prudência necessária a um bom resultado, para todos os usuários do SUS. O outro eixo trata da forma de como

implantar este princípio estruturante. A aposta atual passa pela constituição de redes de atenção, articuladas e ordenadas pela atenção básica, possibilitando a qualificação e resolubilidade e assim a integralidade da atenção (Magalhães Jr, 2008).

Silva (2008) defende que a garantia da integralidade da atenção poderá ser alcançada a partir da mudança das práticas e consequentemente do modelo de atenção, que passa por uma atenção básica qualificada, indispensável para que exerça a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde. Esta mudança passa por estratégias articuladas, no sentido de garantir o fortalecimento da atenção básica, a partir de seu conceito mais abrangente; de adequar tanto a oferta quanto a formação/preparo dos profissionais para atuarem de forma interprofissional e interdisciplinar neste campo; de organizar o processo de trabalho no espaço do território, articulando a vigilância em saúde à atenção clínica e de que seja ampliado o escopo de ação da atenção básica, com apoio e integração matricial de especialistas.

Para que este processo de mudanças seja efetivo, há necessidade de que elas ocorram em múltiplas dimensões (macro e micro): mudanças políticas, ideológicas, jurídico-legais e organizacionais no nível macro, mas também nas práticas de saúde (nível micro). As práticas de saúde se dão num espaço relacional entre os trabalhadores e entre estes e os usuários. E a forma como as tecnologias e os processos de trabalho estão organizados é que vão configurar um determinado modelo de atenção (Merhy, 1999). Este espaço relacional é mediado pela comunicação, pela linguagem.

Para Habermas, a comunicação tem uma natureza essencialmente dialógica e intersubjetiva que possibilita o entendimento entre os homens e a produção de acordos

intersubjetivos (Aragão, 2002; Freitag, 2005), processos fundamentais para a garantia da integralidade da atenção à saúde. Habermas chama de “comunicativas as interações nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar seus planos de ação” (Habermas, 2003, p.79).

No entanto, esse espaço relacional não está isento de disputas e de tensões. Todo o processo de produção de atos de saúde, visando à conformação de novos modos de produzir saúde, ocorre em um território atravessado por tensões e disputas de projetos (Campos, 2007).

E este é o campo de atuação da coordenação local. A gerência desses serviços, que atua no âmbito da atenção básica, tem a difícil tarefa de compatibilizar, o tempo todo, o produtivo campo de autogoverno dos trabalhadores com certas diretrizes propostas e interesses advindos da direção hierárquica superior da organização e, principalmente, atender as necessidades de saúde dos usuários.

Neste sentido, tem fundamental importância o papel que a gerência desempenha nas unidades básicas de saúde, considerando principalmente sua função de articular os trabalhadores de modo a organizar o processo de trabalho em saúde com vistas à integralidade da atenção. Assim, o objeto deste estudo é a análise de como se processa a interação entre a coordenação da unidade e os trabalhadores de saúde, no cotidiano dos serviços da atenção básica, com destaque para as tensões e os conflitos presentes nesta interação.

1.3 A COORDENAÇÃO DE UNIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA NO SUS

Por coordenação entende-se o ato ou a ação de coordenar; reunir ou dispor com coordenação; arranjar, organizar. A visão tradicional de gerência tem um sentido muito parecido: planejamento sistemático, coordenação e supervisão eficiente das atividades organizacionais (Motta, 1994). No entanto, este mesmo autor afirma que no cotidiano a gerência atua de forma fragmentada, imediatista e pouco planejada, devido principalmente à realidade caótica da maioria das organizações.

Neste estudo, o termo coordenação será utilizado com o mesmo sentido de gerência, tendo em vista que nos serviços de saúde da região (campo deste estudo) o cargo que gerencia a unidade básica de saúde recebe a denominação de “Coordenadoria de Unidade de Saúde”.

Entre as funções exercidas pelos coordenadores de unidades de saúde destacam-se:

[...] colaborar com a atuação dos Assessores Técnico-Administrativos nas áreas de medicina, enfermagem, odontologia e saúde mental, visando a resolutividade da assistência das Unidades de Saúde; coordenar o processo de educação permanente na unidade de saúde; providenciar os suprimentos e serviços necessários ao perfeito funcionamento da unidade de saúde [...]; prover e controlar o material utilizado na unidade de saúde, [...]; promover integração entre a unidade de saúde e a comunidade local, objetivando o melhor conhecimento da realidade; coordenar a elaboração da escala de trabalho dos profissionais da unidade de saúde; [...] supervisionar as atividades desenvolvidas na unidade de saúde (Londrina, decreto 275 de 30 de abril de 2007, p.17 e 18).

De maneira geral, nos serviços de saúde é atribuída à gerência a responsabilidade pela condução, no sentido de acompanhar e orientar os processos de trabalho, de todos os trabalhadores da equipe; de conferir direcionalidade às ações

desenvolvidas pela unidade/serviço e também de responder pela tomada de decisão.

Claus (2005) desenvolveu em sua tese de doutorado um estudo sobre as competências para o gerenciamento de processos de trabalho na atenção básica e propôs um conjunto de competências, organizadas em quatro núcleos, que se referem: ao planejamento local de saúde; à condução do trabalho gerencial; ao trabalho com coletivos organizados; e, ainda, ao trabalho educativo em saúde.

Quanto ao trabalho gerencial na saúde, Mishima (1995) afirma que o mesmo é uma atividade meio, cuja ação principal se refere à articulação e à integração, e que, ao mesmo tempo em que possibilita a transformação do processo de trabalho, é também passível de transformação, mediante as determinações que estejam presentes no cotidiano das organizações de saúde.

Para Campos, Merhy, Nunes (1989), a gerência é um importante instrumento para a efetivação das políticas, sendo simultaneamente condicionante e condicionada pelo modo como se organiza a produção de serviços.

Onocko Campos (2003) afirma que a gerência apresenta duas funções essenciais: gerir e gerar. Compreende o gerir como a ação sobre a ação dos outros, fortemente ligada ao poder. Por esta função, cabem à gerência o controle, a garantia da produção e da produtividade, ou seja, constitui-se num espaço de reprodução de “status quo”. Em um polo oposto, cabe à gerência a função de gerar. Gerar a criação e a instituição de espaços nos quais se possa experimentar a tomada de decisões coletivas, de formular projetos comuns, de constituírem-se espaços que possam virar instâncias de decisão compartilhada.

Para desempenhar estas funções, o coordenador deve ter clareza que sua atuação pressupõe assegurar tanto o cumprimento das deliberações, de preferência as definidas pelo coletivo, quanto tomar decisões que os espaços colegiados não trabalharam, visando assegurar que a finalidade da organização – o atendimento às necessidades de saúde dos usuários – seja cumprida.

Neste processo, é necessário que o coordenador atue na produção de intersubjetividades e de processos nos quais se possa experimentar a tomada de decisões coletivas, que seja trabalhada a grupalidade (para que as equipes se constituam enquanto grupos e não agrupamentos); que se atente para a necessidade de qualificação dos espaços de gestão, destinando-lhes um lugar e tempo; suporte e manejo. Essa atuação implica que o gerente se qualifique para compreender, suportar e interagir com os dramas intersubjetivos do grupo (conflitos), reconhecendo-se como integrante da equipe de trabalho, porém não como mais um ou qualquer um, mas como aquele que desempenha uma função diferenciada (Onocko Campos, 2003).

Outro aspecto a destacar são as dimensões do trabalho gerencial. Para Mishima et al. (1997), são inerentes à gerência as dimensões técnica, política, comunicativa e a de desenvolvimento da cidadania. A primeira refere-se aos aspectos mais gerais e instrumentais do trabalho, como planejamento, coordenação, supervisão, controle e avaliação, visando atingir os objetivos propostos pela organização. Está também incluído nesta dimensão um conjunto de saberes, como epidemiologia, sociologia, geografia humana, antropologia e planejamento.

A dimensão política refere-se à articulação entre o trabalho gerencial e o projeto político a ser desenvolvido. Nesta dimensão estão presentes as determinações de caráter político-ideológico e econômico, bem como as tensões provocadas pelas corporações

dos trabalhadores e também pelos distintos grupos de usuários. A dimensão comunicativa “diz respeito ao caráter de negociação presente no lidar com as relações de trabalho na equipe, e nas relações da unidade com a comunidade”; e a última dimensão, a de desenvolvimento da cidadania, busca a emancipação dos sujeitos, sejam eles os trabalhadores ou os usuários do serviço de saúde (Mishima et al., 1997, p.289).

Ermel e Fracolli (2003) propõem outra classificação para as dimensões afetas ao trabalho gerencial, que são: dimensão política, dimensão organizacional e dimensão do processo de trabalho. A dimensão política justifica-se pelo fato que, de alguma forma, o trabalho gerencial visa implementar uma “dada” política pública de saúde ou um modelo tecnoassistencial; a dimensão organizacional é aquela que revela as “normas”, os “contratos” (explícitos ou não) que regem as relações entre os agentes do trabalho e entre estes e a instituição, ou seja, refere-se às técnicas de gerenciamento utilizadas pelos gerentes. Com relação à dimensão do processo de trabalho de gerência, esta é definida como o lugar que representa a produção dos “atos” e “ações” de saúde.

Independente de qual tipologia se utilize para análise das dimensões da prática gerencial nos serviços, cabe ressaltar que estas são sustentadas por racionalidades distintas (instrumental e comunicativa), mas que não podem ser consideradas excludentes e nem separadas, pois devem estar em permanente articulação na atuação gerencial, principalmente nos processos de tomada de decisão (Mishima et al., 1997).

No entanto, em pesquisa bibliográfica sobre a temática da gerência que buscou analisar a produção científica sobre as dimensões adotadas pelos gerentes, publicada no período de 1989 a 1999, Ermel e Fracolli (2003) verificaram que a grande maioria dos trabalhos encontrados (81%) abordava a temática da gerência a

partir de uma única dimensão, e apenas 19% abordavam o trabalho de gerência através da articulação de duas ou mais das dimensões. Verificaram também que a dimensão mais relatada foi a organizacional, abordando principalmente as técnicas de gerenciamento, com base nas teorias administrativas, e que o controle é o conceito fundamental da maioria destas teorias.

Diferentes opções teóricas são adotadas para análise e compreensão da gerência de serviços de saúde, com marcante presença das teorias administrativas. O modelo estrutural funcionalista tem sido hegemônico na produção teórica sobre a gestão das organizações de saúde (Merhy, Cecílio, 2003). A teoria estruturalista faz uma síntese da escola clássica e das relações humanas, e vê a organização como uma unidade social grande e complexa, onde interagem muitos grupos sociais (Etzioni, 1989).

Esta teoria compreende a organização como um sistema, constituído por partes, que na área da saúde seriam as unidades ou setores de um serviço. O trabalhador é tido como “recurso” humano e tratado como peça dentro da organização, devendo cumprir normativamente seu papel para que sejam atingidos os objetivos organizacionais (Cecílio, 2007).

Nesse sentido, a questão central das organizações está em como controlar os participantes a fim de reduzir ao mínimo a sua infelicidade decorrente das medidas de controle utilizadas, o que pode ser atingido com a adoção do enfoque da burocracia de Max Weber. Este contempla estruturas estáveis que utilizam regras para regular as condutas dos seus agentes, a divisão sistemática de trabalho para o controle do desempenho das funções e o princípio da hierarquia para a distribuição de cargos e da autoridade. Nesta abordagem administrativa, o papel da gerência é instituído formalmente e objetiva manter o controle de seus participantes utilizando-se da autoridade e do poder (Etzioni, 1989).

No entanto, esta teoria mostra-se insuficiente para a análise das organizações de saúde em todas as dimensões referidas anteriormente. Permite uma análise do macro, já que estas organizações têm muitos componentes do funcionamento burocrático, mas elas não se configuram como uma burocracia tradicional (Carapinheiro, 1997). Desta forma, este modelo é precário para análise dos processos que ocorrem cotidianamente nos serviços de saúde e dos mecanismos que a coordenação utiliza para gerenciar estas organizações (Merhy, Cecílio, 2003).

Além disso, as teorias administrativas são embasadas estritamente na racionalidade instrumental, com grande ênfase na disciplina e no controle dos trabalhadores, cujo objetivo principal tem sido a busca da eficácia e da eficiência, com pouca importância para os meios destinados à obtenção destes resultados (Mishima, 1995). A autora afirma que a análise da prática gerencial somente por esta dimensão é insuficiente, visto que os princípios que a norteiam não são estáticos, neutros, racionais ou eminentemente técnicos para se adequarem ou se moldarem à resolução dos problemas que se apresentem no cotidiano do trabalho, pois “como atividade humana, a ação gerencial não prescinde do homem em suas relações com outros homens e de toda subjetividade presente neste processo, bem como de suas determinações” (Mishima, 1995, p.19).

Tendo clareza que em sua atuação o gerente articula-se a outros trabalhadores com os quais mantém relações de interdependência, tomo para delimitação e melhor compreensão do objeto deste estudo alguns pressupostos elaborados com base no quadro teórico, apresentado em maior profundidade a seguir, e na vivência com coordenadores de unidades de saúde:

- A gerência/coordenação da unidade básica de saúde é uma atividade meio que estabelece relações em seu cotidiano com o

gestor, trabalhadores e usuários (população) – porém sua maior atuação é junto aos trabalhadores;

- As necessidades de saúde dos usuários são orientadoras do trabalho da gerência/coordenação local;
- A AB é a ordenadora do cuidado na rede SUS e, portanto, cabe à coordenação:
 - fazer a tradução e a intermediação das políticas emanadas do gestor junto aos trabalhadores, usuários e população do território;
 - identificar/diagnosticar as necessidades/problemas dos usuários e população e planejar/programar ações para o enfrentamento destes (juntamente com demais trabalhadores da unidade e comunidade);
 - promover a articulação e a integração dos trabalhadores da unidade (coordenar o processo de trabalho);
 - promover a articulação da unidade básica aos outros serviços da rede, necessários à integralidade da atenção.
- A gerência se utiliza de ações comunicativas, instrumentais e estratégicas no desempenho de sua função;
- As tensões e os conflitos permeiam o trabalho do gerente/coordenador;
- À medida que a interação entre a coordenação e os trabalhadores busca constituir-se como prática comunicativa em que os envolvidos se ponham de acordo para coordenar seus planos de ação, há maior possibilidade de enfrentamento e solução dos conflitos no nível local.

Partindo desses pressupostos, a investigação sobre a interação que se processa entre os coordenadores e os trabalhadores das

unidades básicas de saúde, com destaque para as tensões e conflitos presentes nesta interação, visa responder as seguintes questões: Em que espaços e como se dá a interação da coordenação/gerência com os trabalhadores? Quais são os principais conflitos/tensões que a coordenação local enfrenta no seu cotidiano de trabalho e que recursos utiliza na lida com eles? Como as lógicas comunicativa, instrumental e estratégica são articuladas na gestão do trabalho e dos conflitos?

Para responder a estas perguntas o trabalho apoia-se em pesquisa empírica desenvolvida em unidades básicas de saúde na área da 17ª Regional de Saúde do Paraná, além de uma construção teórico-conceitual, apresentada a seguir.

CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PROCESSO DE TRABALHO

A atividade de gerência na área da saúde é reconhecidamente integrante das práticas de saúde, uma prática social.

As práticas sociais se diferenciam de qualquer comportamento natural, ou seja, estão inseridas no processo cultural, construídas historicamente e produzidas na relação intencional entre seres humanos. Este entendimento implica em tomar cada prática articulada às demais práticas no movimento da dinâmica social, no qual se estabelecem relações dialéticas entre parte e todo, não podendo, portanto, ser tratada isoladamente (Mishima, 1995).

Por se constituírem enquanto práticas sociais, as práticas de saúde são consideradas trabalho, porque sua ação visa à produção de um bem ou serviço para a sociedade, com intuito de satisfazer as necessidades de seus indivíduos e alterar um determinado estado de carecimento. Reforçando esta afirmação, é possível dizer que é trabalho

[...] à medida que através da interiorização de necessidades articula-se ao conjunto da divisão do trabalho social, isto é, redefine-se como atividade produtora que, ao mesmo tempo em que estabelece a forma básica de socialidade de seus agentes, o faz exatamente através de uma relação de alteridade, com isso subordinando o seu conteúdo técnico às exigências daquela articulação social (Mendes Gonçalves, 1994, p. 57).

O campo de atuação da gerência em saúde é o processo de trabalho em saúde, e cabem ao gerente tanto a interlocução com os profissionais que atuam na unidade quanto promover a interação entre eles, de forma a assegurar a atenção à saúde dos usuários e população. No entanto, no desempenho dessa importante função, é

habitual que a gerência assuma o papel de controlar e regulamentar o trabalho dos demais trabalhadores da unidade de saúde pautada na administração científica, por meio de normas e padronizações técnicas, eliminando todo traço de subjetivismo no momento da execução das tarefas (Campos, 2007).

Neste estudo, a gerência na atenção básica é abordada na perspectiva do processo de trabalho, podendo ser apreendida, simultaneamente, como instrumento do processo de trabalho em saúde e como processo de trabalho gerencial.

Vários autores têm se dedicado ao estudo do trabalho em saúde, sendo um de seus precursores Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1992, 1994). Este autor adota a concepção de trabalho de Marx, na qual:

[...] o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. [...] Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. [...] No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade (Marx, 1994, p.202).

O processo de trabalho, enquanto categoria de análise, é definido como uma atividade humana, em que instrumentos de trabalho são usados para operar a transformação de um determinado objeto, seja este em estado natural ou já trabalhado, em um produto. Ou seja, o trabalho constitui atividade orientada para um dado fim (Marx, 1994).

Este processo tem como característica ser o seu produto resposta a um carecimento, a uma necessidade sentida, e é sempre

idealizado antes de ser produzido, sendo assim resultado de uma intencionalidade (Marx, 1994).

Para realizar-se, o trabalho requer: instrumentos de trabalho e força de trabalho. O instrumento de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas, que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto. Ele utiliza as propriedades mecânicas, físicas, químicas das coisas, para fazê-las atuarem como forças sobre outras coisas, de acordo com seu objetivo final (Marx, 1994). O instrumento de trabalho pode ser material e/ou imaterial.

A força de trabalho é expressa no conjunto de qualidades humanas que podem ser ativadas para obter transformações no objeto em um produto, ou seja, a força de trabalho fornece energias mecânicas e intelectuais ao processo de trabalho (Mendes Gonçalves, 1992). Esta capacidade de trabalho é sempre ligada a uma finalidade, presente todo o processo de trabalho, para que ao final se produza um resultado que já existia virtualmente na imaginação do trabalhador (Marx, 1994). Desta forma, a finalidade do processo de trabalho refere-se a seu caráter teleológico, ou seja, diz respeito ao fim a que se dirigem as ações ou atividades que compõem o processo de trabalho (Peduzzi, 2007, p.22).

Segundo Mendes Gonçalves (1992), são as finalidades que desencadeiam os processos de trabalho e são por eles satisfeitas. A forma como os trabalhadores entram no processo de produção, como uma mercadoria, caracterizada pela sua capacidade de trabalho, e as relações sociais estabelecidas nesse processo são o que se denomina modo de produção. No processo, a divisão técnica do trabalho é sobredeterminada por uma divisão social resultante das relações desiguais entre os homens. Estas relações provocam uma apropriação desigual das condições do processo de trabalho e por decorrência de seus resultados.

O processo de produção na sociedade capitalista atribui ao trabalho um duplo caráter: o trabalho concreto – corresponde à utilidade da mercadoria, ao valor de uso (voltado à satisfação das necessidades humanas); e o trabalho abstrato – corresponde ao valor de troca de mercadoria (voltado à produção de mercadoria, baseado na mais-valia gerada pela força de trabalho) (Navarro, Padilha, 2007).

Em suma, o trabalho é o modo humano de produzir respostas às necessidades sociais, com o que participa da construção da vida social, sendo expressão da própria socialidade humana. Deste modo, as finalidades dos trabalhos são correspondentes à construção dos diferentes valores e projetos ético-políticos que constituem o modo social de viver (Schraiber et al., 1999).

A concepção, apresentada até aqui, parte do princípio de que a produção e a forma como se processa o intercâmbio de seus produtos constituem a base de toda a ordem social. Ou seja, o trabalho ocupa posição central na organização da sociedade, é a condição básica e fundamental de toda a existência humana. Esses aspectos configuram o caráter histórico e social do trabalho. No entanto, a tese da centralidade do trabalho na sociedade contemporânea tem sido questionada por alguns autores, como André Gorz, Claus Offe e Jürgen Habermas (Antunes, 2005); e a constituição do trabalho contemporâneo tem sido questionada com base na configuração do trabalho imaterial por autores como Lazzarato e Negri (2001).

Estes últimos desenvolveram uma tese de que o trabalho imaterial, definido como aquele que produz um bem imaterial – informação, serviço, produto cultural, conhecimento ou comunicação –, integrou-se ao trabalho industrial, tornando-se uma das principais fontes de produção (Lazzarato, Negri, 2001).

Isso ocorreu de certa forma porque, a partir das mudanças contemporâneas no mundo do trabalho, que se iniciaram na década de 1970, a grande indústria passa a controlar não somente o seu produto, o mercado de matérias-primas, o trabalho dos operários, mas estrutura sua estratégia no final do processo de produção – na venda e na sua relação com o consumidor. Ou seja, concentra mais esforços na comercialização do que na produção. Um produto antes de ser fabricado deve estar vendido, ou no mínimo ser objeto de desejo do consumidor. Esta estratégia se baseia na produção e no consumo da informação – na propaganda. Desta forma, a “mercadoria pós-industrial é o resultado de um processo de criação que envolve tanto o produtor quanto o consumidor” (Lazzarato, Negri, 2001, p.44), pois

[...] quando o trabalho se transforma em trabalho imaterial e o trabalho imaterial é reconhecido como base fundamental da produção, este processo não investe somente a produção, mas a forma inteira do ciclo “reprodução – consumo”: o trabalho imaterial não se reproduz (e não reproduz a sociedade) na forma de exploração, mas na forma de reprodução da subjetividade (Lazzarato, Negri, 2001, p.30).

Os autores que discutem “o trabalho” têm em comum, embora com teses diferentes em muitos aspectos, o destaque para mudanças significativas no mundo do trabalho (desemprego, terceirização, flexibilização do trabalho, precarização, transnacionalização da produção, internacionalização do capital, materialidade e imaterialidade do trabalho, qualificação e desqualificação dos trabalhadores), como consequência de uma reestruturação tecnológica, que transforma de forma radical o parcelamento dos processos de trabalho e reduz a inserção dos trabalhadores, principalmente nos processos produtivos industriais. Contudo, o trabalho “não se tornou mera virtualidade, ainda que venha sofrendo mutações e metamorfoses significativas” (Antunes, 2005, p.26).

Ainda sobre este aspecto, Peduzzi (2002) aponta que

[...] a reestruturação do trabalho não implica desconsiderar a categoria trabalho como recurso teórico e analítico que permite a apreensão de certos aspectos da realidade, realidade esta que não reduz à dimensão trabalho ou a qualquer outra dimensão possível, ao curioso olhar humano. Essa ressalva cabe em especial ao trabalho em saúde, tal como o vemos, talvez até pelo fato de que, contraditoriamente, a categoria trabalho nunca aplicou-se completamente à saúde. A peculiaridade de ação intrínseca à dimensão trabalho fez com que o uso desta categoria iluminasse, por analogia, o trabalho social típico do campo da saúde (Peduzzi, 2002, p.79).

2.1.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Na saúde, o processo de trabalho sofreu influência das organizações produtivas hegemônicas da área industrial, como, por exemplo, o taylorismo, o uso intensivo de equipamentos de tecnologia de ponta e a terceirização de parte de seus trabalhadores (Pires, 1998). Possui pontos comuns aos processos desenvolvidos em outros setores, como a existência de uma direcionalidade técnica, que, como referido anteriormente, destina-se a cumprir uma determinada finalidade, com antevisão dos resultados e ser dependente dos instrumentos e da força de trabalho (Nogueira, 1995).

Porém, o trabalho em saúde possui várias especificidades. A primeira é sua inserção no setor terciário de produção em serviço. O setor de serviços ganhou expressão especialmente com a urbanização e a industrialização, sendo caracterizado pela produção de bens e serviços que possibilitam o funcionamento da sociedade. Há uma pluralidade de visões e interpretações sobre a conceituação e classificação das atividades de serviço, no entanto, para Meireles (2006),

É o entendimento de ser trabalho em processo, ou fluxo de trabalho, que permite tornar inteligíveis os atributos

reconhecidos pelos autores clássicos e contemporâneos nas atividades de serviço, como a intangibilidade, a simultaneidade e a inestocabilidade. [...] Sendo fluxo de trabalho os serviços apresentam também como atributo característico a interatividade [...] entre prestadores e usuários de serviço. [...] A natureza do fluxo revela ainda outro atributo dos serviços que é a irreversibilidade. [...] É possível interrompê-lo, mas não revertê-lo, [...] (Meireles, 2006, p.133).

O trabalho em serviços distingue-se dos demais processos produtivos por três características: fluxo, variedade e uso intensivo de recursos humanos. A característica fluxo reflete que o processo de trabalho é desencadeado por solicitação do usuário e se dá sob a forma de um fluxo de trabalho contínuo, nem sempre controlado e previsível, sendo a produção e o consumo instantâneos no tempo e no espaço. Esta característica não permite que o produto seja estocado porque ele é consumido simultaneamente à sua produção e, não sendo possível estocá-lo, torna-se difícil de ser mensurado. A variedade refere-se principalmente à diversidade de técnicas de produção considerando as inúmeras áreas de atuação neste setor. E a característica uso intensivo refere-se à presença intensiva dos recursos humanos, pois, apesar da crescente incorporação da tecnologia, através de máquinas e equipamentos, os trabalhadores continuam a representar o fator produtivo predominante no processo de prestação de serviço, porque se trata de uma atividade de natureza relacional e profundamente interativa (Meireles, 2006).

No início do século XXI, observa-se um maior desenvolvimento das relações de serviço, com aumento dos empregos de *front-office*, ou seja, daqueles que se relacionam diretamente com os clientes, havendo uma integração cada vez maior da relação entre produção e consumo, o que se aplica especialmente ao setor saúde. Isto traz como consequência uma tendência de superação da organização taylorista de produção nos serviços, porque coloca em discussão, seja o conteúdo, seja a divisão do trabalho, em que a relação concepção/execução perde o seu caráter unilateral, pois há necessidade de maior integração entre

os agentes e entre estes e os usuários, com uma ativa intervenção destes últimos (Lazzarato, Negri, 2001).

Entre outras especificidades do trabalho em saúde podem ser citadas: seu produto não se refere a um bem material, mas a uma determinada transformação em seres humanos, ou seja, um produto imaterial indissociável do processo que o produziu e que se consome ao mesmo tempo em que é executado. Trata-se, portanto, de um trabalho imaterial, mediado pela relação social e pela comunicação, uma atividade abstrata ligada à subjetividade (Lazzarato, Negri, 2001). Seu processo de trabalho é condicionado pelo estágio de conhecimento e percepção das necessidades, que se dá de acordo com as concepções e valores morais, éticos e ideológicos de seus agentes, pois envolve interpretação e decisão pessoal na aplicação do conhecimento científico; um processo de natureza coletiva e parcelar, em que vários profissionais procuram agir coerentemente, compartilhando saberes. Estes agentes desenvolvem processos de trabalho próprios e são valorizados diferentemente segundo os vários fazeres. Possui intensa inter-relação entre agentes e usuários, ou seja, o consumidor participa, faz parte e precisa contribuir com o processo de trabalho em saúde para que sua finalidade seja alcançada (Nogueira, 1995; Pires, 1998).

Também na saúde, o trabalho tem sempre uma finalidade para que se realize, a qual está ligada ao atendimento de determinadas necessidades, desde aquelas circunscritas ao corpo biológico até as de ordem social e subjetiva, assim “as necessidades humanas não só abrangem as dimensões física, psíquica, afetiva, sociocultural, mas também a dimensão política da vida” (Mandu, Almeida, 1999, p.57).

Segundo Mendes Gonçalves (1992), as necessidades são sempre conscientes, objetualizadas e sócio-históricas, e devem

estar presentes para a reprodução do homem em certo período e em certa sociedade. Estão ligadas, portanto, aos processos de reprodução social.

Visando a uma melhor compreensão do que seriam as necessidades de saúde, Cecílio (2001) sistematiza uma taxionomia em quatro grandes conjuntos. O primeiro diz respeito a se ter “boas condições de vida”, considerando que a maneira como se vive se “traduz” em diferentes necessidades de saúde. O segundo conjunto fala da necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida. O terceiro conjunto diz respeito à insubstituível criação de vínculos “(a) efetivos” entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional. E o quarto e último conjunto de necessidades de saúde refere-se à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida.

As necessidades de saúde referidas acima devem ser compreendidas como um carecimento, e se manifestam na área da saúde em grande parte pela procura aos serviços. Ocorre, porém, que o modo como estão organizados os serviços passa a ser não somente uma resposta às necessidades, mas também um “contexto instaurador de novas necessidades”. Há desta forma uma conexão circular entre a organização da produção, a oferta e distribuição dos serviços e o consumo destes, um induzindo o outro (Schraiber, Mendes Gonçalves, 2000, p. 30). Isso nos leva a refletir em que medida no trabalho em saúde, um típico trabalho imaterial, produtor de subjetividades, não estamos ampliando o desejo/necessidade dos usuários mais pelo consumo de procedimentos (consultas, exames, medicamentos) e menos pela promoção da saúde, pela autonomia e autocuidado, pela criação de vínculos.

Em relação às tecnologias utilizadas nos processos de trabalho em saúde, Mendes Gonçalves (1994) formula os conceitos

fundamentais em seu trabalho “Tecnologia e organização social das práticas de saúde”, que serão utilizados como referência para aprofundamento deste aspecto, juntamente com as contribuições posteriores de Merhy (2003, 2007) sobre as tecnologias em saúde.

Antes de expor as contribuições de Mendes Gonçalves, vale explicitar que tecnologia, segundo o conceito clássico, refere-se ao “estudo dos procedimentos técnicos, naquilo que eles têm de geral e nas suas relações com o desenvolvimento da civilização” (Lalande, 1999, p.1.111). Porém, este conceito não é único, possui diferentes mediações e significados. O mais geral é seu sentido etimológico: tecnologia como o “logos” ou o tratado da técnica, estando englobadas a teoria, a ciência, a discussão da técnica (Pinto, 2005, apud Frigotto, 2006)¹.

Mendes Gonçalves (1994) vai além desta definição ao apontar que os instrumentos ditos tecnológicos só ganham existência concreta no trabalho enquanto expressão das relações provisoriamente adequadas, estabelecidas entre os homens e os objetos sobre os quais trabalham. O autor defende a existência de uma dimensão não material da tecnologia, constituída pelo saber e por seus desdobramentos materiais e não materiais na produção de serviços de saúde. Compreende o saber como a mediação entre os resultados do processo de conhecimento (as ciências) e as determinações de todas as outras ordens advindas à prática de sua articulação social, ou seja, a forma como o fazer acontece na prática dos serviços. Para este autor, a tecnologia só “adquire sentido enquanto expressão conjunta das determinações internas e externas dos processos de trabalho” (p.126).

Desta forma, Mendes Gonçalves (1994, p.32) adota como concepção de tecnologia “o conjunto de saberes e instrumentos que

¹PINTO, A. V. O Conceito de Tecnologia. Rio de Janeiro: Editora Contraponto, 2005. v I e II..

expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social”. Esta abordagem leva-o à concepção de “saber operante”, tal como a clínica e a epidemiologia, que são saberes pautados no conhecimento científico, mas de caráter tecnológico pois fundamentam imediatamente a ação ou intervenção do profissional de saúde no trabalho.

No processo de trabalho em saúde, o trabalhador desempenha um papel de fundamental importância, pois sua história, suas habilidades, sua capacidade inventiva atuam no sentido de organizar o processo e de compor os saberes tecnológicos. Utilizando de sua capacidade de autogoverno, o trabalhador da saúde tem a possibilidade de, a partir de processos intersubjetivos, imprimir mudanças nos processos de trabalho (Merhy, 2002).

Partindo destas reflexões e utilizando-se do referencial da micropolítica do trabalho em saúde, Merhy (2002, 2007) amplia as contribuições teóricas sobre a organização tecnológica do trabalho estabelecidas por Mendes Gonçalves (1994), em especial retomando de Marx o conceito de trabalho morto e trabalho vivo e introduzindo uma tipologia de tecnologias em saúde: tecnologias leve, leve-dura e dura.

Os saberes sistematizados, os produtos ou resultados de trabalhos humanos anteriores, ao entrarem em novos processos de trabalho como meios de produção, constituem o trabalho morto. E são “chamados de trabalho morto neste processo porque, apesar de ser produto de um trabalho vivo, agora ele é incorporado como uma ‘cristalização’ deste trabalho vivo” (Merhy, 2007, p.83). Por trabalho vivo é compreendido o trabalho em ato, a atividade produtiva e criativa do trabalhador.

O que faz com que o trabalho morto prevaleça sobre o trabalho vivo, ou vice-versa, é o “exercício do protagonismo/liberdade ou do protagonismo/reprodução que esteja ocorrendo no mundo geral da produção, tanto na conformação tecnológica dos atos produtivos quanto nos modos de atendê-los” (Merhy, 2002, p.46), e isso ocorre em todos os setores produtivos.

Porém, segundo este autor, o trabalho em saúde não pode ser totalmente capturado pela lógica do trabalho morto, pois as especificidades desse processo de trabalho referidas anteriormente (objeto de trabalho pouco estruturado, marcante processo relacional) comportam um grau significativo de autonomia na escolha do modo de produzir.

Assim, há nos processos de trabalho uma combinação de trabalho vivo e trabalho morto, simultaneamente. Este encontro no interior do processo de trabalho reflete certa correlação entre ambos, no núcleo tecnológico do cuidado. Esta correlação, isto é, a razão trabalho vivo/trabalho morto é chamada de composição técnica do trabalho (Merhy, Franco, 2003).

As tecnologias relacionais envolvidas no trabalho em saúde – produção de vínculo, acolhimento, autonomização, gestão como forma de governar processos – Merhy (2002) as denomina de tecnologias leves. Os saberes estruturados que operam o processo de trabalho em saúde – a clínica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo – de tecnologias leve-duras; e os equipamentos tecnológicos – máquinas, estruturas organizacionais – de tecnologias duras.

Merhy e Franco (2003) inferem que a composição técnica do trabalho quando favorável ao trabalho morto reflete um processo de trabalho mais dependente das tecnologias duras, voltado à produção de procedimentos. E quando, ao contrário, houver predominância do

trabalho vivo em ato, haverá uma produção do cuidado centrado no usuário, com predominância das tecnologias leves.

Dessa forma, no cotidiano dos serviços, os trabalhadores de saúde, da prestação direta da assistência e do cuidado e os que realizam a gerência desses serviços

[...] podem tanto reproduzir as necessidades de saúde e os modos como os serviços se organizam para atendê-las como buscar criar espaços de mudança em que se possam engendrar novas necessidades e suas correspondentes intervenções e modos de trabalhar e organizar os serviços de saúde, na perspectiva da integralidade e da intersubjetividade da saúde. Assim, embora a normatividade do trabalho sempre imponha um conjunto de constrangimentos e limites, os trabalhadores de saúde [...] não estão inevitavelmente fadados à configuração dominante do projeto e do processo de trabalho, mas podem imprimir-lhe mudanças, com base na sua atuação, que envolve tanto a dimensão tecnológica e técnica como a dimensão interativa e intersubjetiva do processo de trabalho (Peduzzi, 2007, p. 24).

2.2 INTERSUBJETIVIDADE E O TRABALHO EM SAÚDE

Na saúde, o trabalho apresenta uma dupla especificidade: como ação produtiva e como interação social e essa dupla dimensão é especialmente pertinente ao objeto de estudo – a coordenação local de unidade de saúde na atenção básica em sua interação com os trabalhadores de saúde, com destaque para as tensões e os conflitos presentes nesta interação.

O trabalho como ação produtiva está pautado na ação instrumental, ou seja, está baseado em regras técnicas, dentro da racionalidade dirigida a fins - a produção. O trabalho como interação social utiliza-se da ação comunicativa que busca o entendimento entre os sujeitos envolvidos e se manifesta durante todo o processo de trabalho (Peduzzi, 2007; Schraiber et al., 1999). Neste processo, o agente do trabalho tem uma atuação também orientada às duas

dimensões que pode se configurar como: subordinação à produção, como um mero agente instrumento da técnica, ou atuar de forma intersubjetiva como sujeito instituinte, portador de projetos, protagonista, com autonomia e autogoverno.

Há, desta forma, uma interação dialética entre trabalho e interação social. Esta tese é defendida por Haddad (2004, p.43), ao referir que o processo de trabalho não se trata de “um processo meramente instrumental entre o homem e a natureza, mas igualmente como um processo interativo”.

Também para Dejours

O trabalho não é apenas uma atividade; ele é, também, uma forma de relação social, o que significa que ele se desdobra em um mundo humano caracterizado por relações de desigualdade, de poder e de dominação. Trabalhar é engajar sua subjetividade num mundo hierarquizado, ordenado e coercitivo, perpassado pela luta para a dominação. [...] Trabalhar é, também, fazer a experiência da resistência do mundo social; e, mais precisamente, das relações sociais, no que se refere ao desenvolvimento da inteligência e da subjetividade (Dejours, 2004, p.31).

Essas considerações são importantes para pensar as relações que se dão no trabalho em saúde, pois onde parece haver o domínio pelas regras e disciplina, é justamente onde pode estar o maior potencial de resistência. Estudar a relação entre subjetividade/intersubjetividade e trabalho é estar atento, não apenas às formas de assujeitamento, mas também às transgressões, aos conflitos e às possibilidades de criação de outros espaços de gestão, de ações orientadas para o entendimento, enfim de outros modos de lidar com as normas e até mesmo de transformá-las.

Como o processo de trabalho na saúde se dá por meio de relações humanas (dimensão interativa/intersubjetiva) envolvendo profissionais de saúde, de diversas categorias profissionais, e usuários/população do território, faz-se necessário um

aprofundamento da análise da dimensão subjetividade e intersubjetividade.

Subjetividade é algo não passível de totalização, tampouco é centrada no indivíduo. Para Teixeira (2001), a subjetividade é concebida como algo modelado, fabricado, produzido por processos que não se dão no indivíduo, mas que o atravessam, processos esses que podem ser ditos coletivos e sociais. “Numa síntese, poderia dizer que a subjetividade é produzida tanto por instâncias individuais, quanto coletivas e institucionais” (Teixeira, 2001, p.52).

O termo subjetividade nos remete à experiência pela qual constituímos-nos sujeitos, enquanto seres singulares. Sujeito no sentido de um

ser real, considerado como algo que tem qualidades ou exerce ações [...] que existe não só em si, mas para si, e que, não se limitando a ser objeto, visível de fora ou delimitado por contornos lógicos, apenas tem a sua verdadeira realidade ao contribuir para se fazer a si mesmo (Lalande, 1999, p.1089-90).

Porém, esse sujeito pleno de individualidade não existe. A existência do indivíduo se dá a partir da vivência em sociedade e da resistência que ele encontra no outro, e assim sua identidade vai sendo construída em cada experiência de encontro com o outro. Desta forma, Ayres (2001) defende que a subjetividade seja associada à dimensão transformadora, de contínua reconstrução de identidades – na intersubjetividade. Este autor sugere que

pensemos muito mais em intersubjetividade que em subjetividade, que consideremos em outras palavras, o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos (Ayres, 2001, p.65).

Portanto, ao se considerar a intersubjetividade presente no exercício cotidiano do trabalho, no processo de trabalho em saúde, cabe reconhecer que esta constitui a execução de atividades permeadas pela comunicação e interação humana. Na interação é

possível confrontar as diferentes compreensões acerca das atividades e das necessidades que dão origem ao trabalho e toda confrontação requer a troca de argumentos.

A argumentação intersubjetiva supõe a busca do entendimento que se dá cotidianamente por meio da linguagem. Nesta prática de caráter comunicativo, os interlocutores precisam ter autenticidade, de forma que inspirem confiabilidade no outro, na qual se apoiem a pactuação e o compartilhamento de valores.

2.3 O AGIR COMUNICATIVO

Habermas, autor de referência para a prática comunicativa, concebe que a comunicação linguística tem papel fundamental nos processos de socialização e de individuação (Aragão, 2002; Freitag, 2005).

Para Habermas (2006), a ação social se constitui na construção que ocorre entre os sujeitos, na intersubjetividade, e o trabalho se constitui na experiência da linguagem, não havendo primazia de um sobre o outro, ou seja, o trabalho e a linguagem se constituem numa relação dialética.

Na sua trajetória investigativa, Habermas propõe uma Teoria da Ação Comunicativa na qual o conhecimento se produz a partir da experiência da interação, da linguagem e da intersubjetividade. Nesta teoria, a linguagem tem ação performativa, tem efeito tremendo sobre a ação, um meio regulador do comportamento e do entendimento mútuo (Freitag, 2005).

O cerne da teoria de Habermas está na intersubjetividade do acordo e na comunicação sem restrições, sejam de ordem da

autoridade acadêmica ou das tradições da cultura, de ordem política ou econômica (Habermas, 2003). Para o seu desenvolvimento, o autor busca respaldo na combinação de um arsenal teórico que passa por Marx, Weber, Adorno, Mead, Durkheim, Parsons, Piaget, Austin e Searle. A esse ecletismo o próprio Habermas justifica seu princípio metodológico de que “o objeto determina o método”. Assim se utiliza de uma gama de recursos teórico-metodológicos, muitas vezes de naturezas conflitantes, para formar uma combinatória que permita explicar a complexidade dos problemas contemporâneos e formular uma solução para os dilemas da modernidade (Aragão, 2002).

Para melhor compreensão da teoria do autor, dois aspectos merecem atenção: o conceito tríplice de mundo (objetivo, social e subjetivo) e a distinção entre mundo da vida e sistema. Tanto o primeiro aspecto quanto o segundo guardam relação dialética e a mediação entre eles é feita pela linguagem.

O conceito tríplice de mundo foi desenvolvido por Habermas a partir das formulações de Popper, em que

[...] o mundo objetivo [...] se refere ao mundo físico ou aos estados de coisas existentes; o mundo social ou normativo relacionado às normas sociais e culturais sob as quais agimos; e o mundo subjetivo que se refere ao mundo interno dos indivíduos (Artmann, 2001, p.184).

O outro conceito a ser referenciado refere-se ao mundo da vida e sistema. O mundo da vida é constituído pela cultura, pela sociedade e pela personalidade. A cultura assegura a reprodução cultural por meio de conhecimentos e tradições historicamente construídas pelas gerações anteriores; a sociedade assegura a coordenação e a integração das ações sociais no contexto normativo sob o qual agimos, e é na personalidade onde se encontram as competências individuais para a comunicação e consequente socialização. O mundo da vida apresenta duas facetas: a da continuidade e a da mudança. A continuidade seria garantida por

meio da reprodução cultural, pela integração social e pela socialização; e a mudança seria possibilitada pelo mundo da vida ser o lugar em que se questionam e reformulam as aspirações de validade, ou seja, por meio da prática argumentativa (uma forma refletida do agir comunicativo), podem ser contestadas as afirmações sobre a verdade dos fatos, a validade das normas e a veracidade das manifestações subjetivas. O sistema, constituído pelos vários subsistemas (jurídico, financeiro, etc.), foi se autonomizando e se descolando do mundo da vida, com destaque para o político e o econômico; é mediado pelo poder e pelo dinheiro e representado pela razão técnica, instrumental (Aragão, 2002; Artmann, 2001; Freitag, 2005; Habermas, 2003; Pinzani, 2009).

Na interpretação de Habermas, dois processos centrais marcam a passagem das sociedades primitivas para a modernidade: o primeiro consiste na disjunção entre o mundo da vida e o sistema, que se constituíam originalmente uma unidade e vão se desmembrando e desenvolvendo mecanismos autônomos de integração específicos para cada sistema. O segundo processo refere-se a um avanço da racionalidade técnica ou do sistema sobre o mundo da vida, o que ele denominou de colonização do mundo da vida por mecanismos de integração sistêmicos, em que a ação comunicativa vai sendo substituída gradualmente pelos mecanismos “dinheiro e poder” (Freitag, 2005; Pinzani, 2009). Apesar desta constatação, Habermas adota uma postura otimista ao afirmar que seria possível desvendar formas distorcidas de comunicação e buscar uma reconciliação entre o mundo da vida e o sistema (Artmann, 2001).

Ao buscar estruturas que permitissem analisar a razão objetivamente, Habermas passa a se contrapor, a partir de 1970, à Teoria Crítica da Escola de Frankfurt, à qual se vinculava, que adotava o conceito de razão baseado na filosofia da consciência. Neste paradigma, a fonte de legitimação de qualquer fenômeno de

consciência – entendido aqui como conteúdo mental, como as representações subjetivas que fazemos dos objetos que ela toma para si e através das quais se manifesta – é a autoconsciência do sujeito (Aragão, 2002; Pinzani, 2009). Para a razão centrada no sujeito, valem os critérios de verdade no conhecimento de objetos e de sucesso no domínio sobre objetos e coisas. Esses dois critérios medeiam as relações entre o sujeito e o mundo (Artmann, 2001).

Desde o cogito cartesiano, o fundamento da certeza da existência do próprio homem e do mundo é a consciência que ele possui de sua racionalidade. E é sobre esta racionalidade, ou melhor, sobre esta autoconsciência, que se apoia toda a capacidade do homem de produzir conhecimentos verdadeiros (Aragão 2002, p.92).

Movido pelo desejo de buscar estruturas que permitissem analisar a razão de modo não intuitivo, Habermas defende a mudança do paradigma da consciência ou da filosofia do sujeito para o paradigma da comunicação ou da intersubjetividade. Nesta mudança de paradigma, a linguagem assume papel de suma importância porque permite comunicar o conteúdo dos pensamentos, ou seja, constitui-se em um meio mais adequado para revelar de forma objetiva e estrutural os conteúdos da consciência subjetiva. Na análise da comunicação cotidiana infere a existência de uma competência universal de todo falante: a capacidade comunicativa de dizer algo, de ser compreendido pelo outro e de ambos buscarem a concordância (Habermas, 2003; Artmann, 2001; Aragão 2002; Pinzani, 2009).

Ao analisar o aspecto pragmático da linguagem, Habermas descobriu uma racionalidade heterogênea à razão instrumental, a estrutura de uma racionalidade comunicativa, que por sua natureza essencialmente dialógica e intersubjetiva tem como único objetivo o de fomentar o entendimento entre os homens e produzir acordos intersubjetivos. É sobre esta dimensão não instrumental da racionalidade que Habermas se apoiou para construir sua teoria do

Agir Comunicativo, na qual o conhecimento se produz a partir da experiência da interação, da linguagem e da intersubjetividade (Aragão, 2002; Freitag, 2005; Habermas, 2003; Pinzani, 2009).

Chamo comunicativas às interações nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar seus planos de ação, o acordo alcançado em cada caso medindo-se pelo reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade (Habermas, 2003, p.79).

Na ação comunicativa, os atores coordenam suas ações e constroem com seus atos de fala, ao se entenderem mutuamente, acordos pautados em pretensões de validade referentes a três planos: verdade proposicional, correção normativa e autenticidade expressiva ou sinceridade. A pretensão de verdade proposicional se refere a algo no mundo objetivo e expressa a correspondência do que é dito com a realidade, ou seja, que o enunciado formulado é verdadeiro. A pretensão correção normativa se refere a algo no mundo social comum, e é expressa na totalidade das relações interpessoais legitimamente reguladas de um grupo social. Expressa que o ato de fala é correto relativamente a um contexto normativo existente e permite aos interlocutores compartilharem o enunciado do ponto de vista ético, moral e político. A pretensão de sinceridade ou autenticidade expressiva se refere a algo no mundo subjetivo próprio, enquanto totalidade das vivências a que tem acesso privilegiado. Esta pretensão de validade consente aos interlocutores o estabelecimento de uma relação de confiança, desde que reconheçam que as opiniões, intenções, sentimentos e desejos expressos são sinceros e autênticos (Habermas, 2003).

A linguagem é central para definir a racionalidade que orienta a ação, e é por meio da linguagem que os participantes verificam as pretensões de validade ligadas a afirmações, normas e formas expressivas subjetivas (Pinzani, 2009).

Na comunicação cotidiana usual, essas pretensões não são claramente diferenciadas, ou seja, não ocorrem isoladamente, são

todas interligadas. Em caso de dissenso ou da problematização persistente, os falantes competentes podem distinguir cada referência ao mundo, tematizar cada pretensão de validade e posicionar-se em cada caso relativamente àquilo com que deparam, seja referente a algo objetivo, normativo ou subjetivo (Habermas, 2003).

Correlata ao uso da linguagem enquanto forma de comunicação, Habermas desenvolve uma teoria da verdade consensual, em oposição às teorias da verdade proposicionais postuladas pela filosofia analítica. O fundamento da verdade consensual está no uso original da linguagem, como forma de alcançar o entendimento entre falantes e ouvintes (isento de qualquer coação). Ou seja, o critério para a verdade de um enunciado seria a possibilidade de se obter consenso sobre o conteúdo de uma comunicação entre os participantes, desde que este consenso seja fundamentado na argumentação, validada intersubjetivamente (Aragão, 2002; Habermas, 2003).

No agir comunicativo, os sujeitos envolvidos compartilham a interpretação das pretensões de validez dos seus enunciados ou buscam, através da argumentação intersubjetiva, recompor o entendimento.

Segundo a teoria dos atos de fala de Austin, há distinção entre diferentes enunciados, que podem ser: atos locucionários (diz algo, expressa um estado de coisas), atos ilocucionários (o locutor realiza alguma ação enquanto diz algo) e atos perlocucionários (ao falar causa um efeito sobre o ouvinte, produz algo no mundo), de modo que nenhum ato de fala se reduz ao que é dito, mas é também ação. Ainda segundo esta teoria, falantes e ouvintes se comunicam em dois níveis: no nível da intersubjetividade (por meio de atos ilocucionários estabelecem relações que lhes permitem chegar a um entendimento) e no nível de experiências e estados de coisas (sobre

os quais desejam chegar a um entendimento na função comunicativa determinada) (Aragão, 2002).

Habermas se baseia na distinção entre os atos de fala de tipo ilocucionário e de tipo perlocucionário para estabelecer a diferença entre os dois tipos de ação social: a comunicativa e a estratégica. “O tipo de interação em que todos os participantes harmonizam seus planos individuais de ação entre si e, assim, perseguem suas metas ilocucionárias sem reservas é o que Habermas denomina de agir comunicativo.” Esse tipo de agir tem uma concepção da linguagem que vê nela um meio para o entendimento. Em contraposição, na ação estratégica pelo menos um dos participantes quer produzir efeitos perlocucionários em seus opositores com seus atos de fala, ou seja, “deseja influenciar o comportamento de outro por meio de sanções, com a finalidade de que a interação atinja os efeitos que o primeiro deseja” (Aragão, 2002, p.115). Neste caso, o sujeito visa simplesmente impor uma opinião subjetiva, manipular outros sujeitos ou tratá-los como meios para alcançar sua finalidade, suas metas (Pinzani, 2009).

Outro tipo de ação, a instrumental, se baseia em regras técnicas e busca um êxito definido a priori, cuja validade depende de enunciados empiricamente verdadeiros ou analiticamente corretos (Pinzani, 2009).

Como todo agir, o agir comunicativo é também uma atividade que visa a um fim. Porém, aquele que age comunicativamente sente a necessidade de passar de uma ação que objetiva a conseguir algo no mundo (orientado pelo sucesso) para o enfoque performativo de um falante que deseja entender-se com uma segunda pessoa sobre algo. É, portanto, sobre a estrutura intersubjetiva da linguagem que está alicerçada a racionalidade comunicativa e a meta desta racionalidade é fornecer critérios para que os atores sociais possam

tomar decisões racionais, não arbitrárias, no que concerne à vida em sociedade (Aragão, 2002).

No entanto, quando há desacordo e os envolvidos na comunicação não alcançam o consenso, Habermas defende o uso da argumentação como forma de chegar ao acordo, sem que seja necessário apelar para a ação estratégica ou o uso da força. A prática argumentativa ocorre por meio do discurso, uma forma de comunicação, distinta da mera fala. Nesta, o significado de uma pretensão de validade problemática força conceitualmente os participantes a suporem que um acordo possa ser alcançado, com base na argumentação que deve ser conduzida de forma aberta e pelo tempo necessário até que se obtenha o consenso (Aragão, 2002; Habermas, 2003). Defende que na ocorrência de um acordo normativo perturbado, que pode se manifestar como conflito, deve ser desencadeado um discurso prático, em que na argumentação as pretensões de validade são expressamente tematizadas e validadas. As argumentações representam uma forma refletida do agir comunicativo (Habermas, 2003).

2.4 O DESRESPEITO E A MANIFESTAÇÃO DE CONFLITOS

Ocorre que nos processos de trabalho, especialmente aqueles mediados pela interação social, é muito frequente o desacordo e a manifestação de conflitos entre os partícipes, sendo frequentemente atribuído aos gerentes a mediação em situações conflituosas.

Na área da gestão em saúde, um dos autores que mais têm utilizado o conflito como tema de análise tem sido Cecílio (1999b, 2005). Para este autor, o conflito se apresenta como “característica

intrínseca e inerradicável da vida organizacional”, e tanto o conflito como suas manifestações correlatas (poder, controle, interesses) têm importante peso explicativo para compreender a dinâmica das organizações em geral, e particularmente as de saúde (Cecílio, 2005, p.511). Suas considerações a respeito do tema são baseadas tanto em autores da área da Sociologia, como Pierre Birnbaum, Raymond Boudon e Carlos Matus, como da Administração: Paulo Motta, Gibson Burrell & Gareth Morgan e Steven Lukes.

Para autores da área da Administração, especialmente Luckes (1980), Morgan (1996) e Motta (1994), a gênese do conflito é frequentemente atribuída às disputas de interesses e projetos de indivíduos, grupos ou classes sociais, ou ainda decorrentes da aplicação de mecanismos de controle por aqueles que detêm o poder. Segundo Morgan (1996), o conflito pode ser pessoal, interpessoal ou entre grupos rivais e coalizões; pode estar implícito ou explícito; qualquer que seja a razão e a forma que assuma, sua origem está em algum tipo de divergência de interesses, percebidos ou reais.

Para Honneth (2003), esta concepção de conflito, como da maioria dos autores da Sociologia contemporânea, é originária do modelo hobbesiano, em que a luta dos sujeitos pela autoconservação foi declarada como luta pelo poder ou luta por interesses. Por este modelo, os motivos que dão origem aos conflitos sociais (rebelião, protesto, resistência) foram transformados categorialmente em “interesses”, resultantes da distribuição desigual de oportunidades materiais de vida, sem estar ligados, de alguma maneira, à rede cotidiana de atitudes morais emotivas.

Neste estudo, a gênese e a manifestação do conflito são abordadas a partir da Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth (2003) e estão pautadas no entendimento de que o conflito não deve ser compreendido apenas como um participante operacional nas

relações de poder, mas que na sua ocorrência estão implícitas as exigências de reconhecimento, seja ele na esfera do amor, do direito ou da estima social. Segundo este autor, são as experiências de desrespeito social que podem motivar um sujeito a entrar numa luta ou num conflito prático, tese defendida em sua livre-docência e publicada no livro “Luta por reconhecimento – a gramática moral dos conflitos sociais”. Esta produção será utilizada como referência para aprofundamento das categorias reconhecimento, desrespeito e conflito.

Axel Honneth nasceu em 1949, integra a chamada “terceira geração” da Escola de Frankfurt e é considerado um dos principais pensadores da Alemanha contemporânea. Foi assistente de Jürgen Habermas entre 1984 e 1990. Em 1996, sucedeu Habermas no Instituto de Filosofia e, em maio de 2001, Honneth assumiu a direção do Instituto de Pesquisa Social. É também professor de Filosofia Social na Universidade Johann Wolfgang Goethe, de Frankfurt. Entre seus principais trabalhos estão “Crítica do poder – estágios de reflexão de uma teoria social crítica” e “Luta por reconhecimento – a gramática moral dos conflitos sociais” (Nobre e Repa, 2008).

Honneth concorda com Habermas que uma Teoria Crítica deve ser construída em bases intersubjetivas e marcada por componentes universalistas. Sua discordância, porém, advém do fato de que, para este autor, Habermas apresenta uma distinção entre sistema e mundo da vida, carregada de discrepâncias e ambiguidades, ambos operando segundo princípios de integração opostos e nada a mediar entre eles. Contrariamente a Habermas, Honneth defende que o sistema e sua lógica instrumental são resultado de permanentes conflitos sociais, capazes de moldá-los conforme a correlação de forças políticas e sociais. Ou seja, para este autor, a base da interação é o conflito social, é ele que se

constitui como “medium” entre o sistema e o mundo da vida (Honneth, 2003).

É a partir das formulações de Hegel em sua juventude, período em que viveu em Jena, que Honneth vai encontrar os fundamentos de uma teoria social de base normativa, em que a construção social da identidade (pessoal e coletiva) se dá por meio de uma “luta por reconhecimento”. O caminho percorrido por Hegel consistiu em reinterpretar o modelo de uma luta de todos contra todos, originário de Maquiavel e Hobbes, propondo que esta luta se deva a um conflito entre os homens, de caráter ético, que visa o reconhecimento intersubjetivo das dimensões da individualidade humana. Diferente do que propunham Maquiavel e Hobbes, Hegel não acredita que um contrato entre homens põe fim a uma situação precária de luta por sobrevivência. Pelo contrário, ele reconhece a luta como um “médium” moral que leva a uma etapa mais madura da relação ética. Hegel retoma de modo positivo a teoria de Fichte sobre o reconhecimento, e descreve a partir dela a estrutura interna das formas de relação ética que são, para ele, a essência da socialização humana. Para Hegel, o reconhecimento intersubjetivo se dá em três etapas distintas: para o indivíduo (ser carente concreto) – na relação afetiva de reconhecimento da família (amor); para a pessoa (autonomia formal) – o reconhecimento da sociedade civil (direito); e para o sujeito (particularidade individual) o reconhecimento do Estado (solidariedade) (Honneth, 2003).

No entanto, no desenvolvimento de sua filosofia, Hegel não aprofundou sua teoria do reconhecimento, o que fez dela inconclusa. Outro problema apontado por Honneth, e considerado por ele mais grave, é o fato de a linha mestra desta teoria estar presa a premissas metafísicas, incompatíveis com o pensamento atual (Honneth, 2003).

Para atualizar o modelo teórico de Hegel, Honneth primeiramente investigou se a hipótese de uma sequência ordenada de etapas de reconhecimento poderia resistir a considerações empíricas; se seria possível atribuir às respectivas formas de reconhecimento recíproco experiências correspondentes de desrespeito social; e se poderiam ser encontradas comprovações históricas e sociológicas para a ideia de que essas formas de desrespeito social seriam, de fato, fonte motivacional de confrontos sociais (Honneth, 2003).

Para enfrentar esta tarefa, encontrou na Psicologia Social de George Herbert Mead o elemento que permitiu a ligação entre a ideia original de Hegel e suas pretensões intelectuais. Este autor deu à teoria hegeliana uma inflexão materialista. Por meio de um quadro teórico pós-metafísico, Mead desenvolveu a ideia de que os seres humanos devem sua identidade à experiência de um reconhecimento intersubjetivo, ou seja, “um sujeito só pode adquirir uma consciência de si mesmo na medida em que ele aprende a perceber sua própria ação da perspectiva, simbolicamente representada, de uma segunda pessoa” (Honneth, 2003, p.131).

Também nos escritos de Mead são encontradas três formas distintas de reconhecimento recíproco: da dedicação emotiva (das relações amorosas e da amizade); do reconhecimento jurídico (direito); e do assentimento solidário (solidariedade). O lócus desses modos de reconhecimento se encontra nas relações primárias, nas relações jurídicas e na esfera do trabalho.

Tanto para Hegel quanto para Mead o amor representa a primeira etapa de reconhecimento recíproco, porque na experiência afetiva da relação amorosa os sujeitos reconhecem-se como seres carentes e dependentes do respectivo outro. Por relações amorosas são entendidas

[...] todas as relações primárias, na medida em que elas consistam em ligações emotivas fortes entre poucas pessoas, segundo o padrão de relações eróticas entre dois parceiros, de amizades e de relações pais/filho (Honneth, 2003, p. 159).

Honneth (2003) busca na teoria psicanalítica das relações de objeto, em especial os aspectos desenvolvidos pelo psicanalista inglês Donald Winnicott e pela filósofa Jessica Benjamin, interpretar, por meios psicanalíticos, a relação amorosa como um processo de reconhecimento recíproco. Demonstra a importância das experiências interativas duradouras reciprocamente vivenciadas na relação mãe-filho (intersubjetividade primária) para a socialização da criança. Por meio de processos de desligamento, se bem sucedidos, a criança desenvolve de maneira gradual uma capacidade elementar de estar só, que é a expressão prática de uma forma de autorrelação pessoal – a “autoconfiança”, base indispensável para a participação autônoma na vida pública. Esta relação de reconhecimento vai se basear na tensão, na luta permanente entre dedicação e individualidade, estabelecida na relação mãe-filho, necessária para as relações afetivas futuras.

Da forma de reconhecimento do amor distingue-se, em quase todos os aspectos, a relação jurídica. Ambas as formas de reconhecimento são dependentes de uma relação recíproca, porém o amor, forma mais elementar de reconhecimento, por si só não pode levar à formação de conflitos sociais, haja vista que é uma luta circunscrita a círculos restritos de relações primárias, não mobilizando o interesse público. Já as formas de reconhecimento do direito e da estima social representam um quadro moral de conflitos sociais.

Para a forma de reconhecimento do direito, Honneth apresenta sua consideração, apoiado em Hegel e Mead, de que o indivíduo só pode chegar à compreensão de si mesmo como portador de direitos quando possui, inversamente, um saber sobre

quais obrigações deve observar em face do respectivo outro – um outro generalizado. O sistema jurídico é abordado por Honneth em sua forma pós-convencional, moderno e pretensamente assentado sobre princípios universais, cabendo-lhe reconhecer em todo homem a qualidade de ser livre (Honneth, 2003).

O referido autor aponta a ruptura ocorrida no direito moderno entre o reconhecimento jurídico e o respeito social, em que

no reconhecimento jurídico [...] se expressa que todo ser humano deve ser considerado, sem distinção, um “fim em si”, ao passo que o respeito social salienta o “valor” de um indivíduo, na medida em que este se mede intersubjetivamente pelos critérios da relevância social (Honneth, 2003, p.184).

Esclarece ainda que o reconhecimento jurídico não tolera graduações e o indivíduo é respeitado em virtude da propriedade universal que faz dele uma pessoa; ao passo que na estima social é empregado um sistema valorativo, em que um indivíduo é respeitado pelas propriedades particulares que o caracterizam, diferentemente das outras pessoas. Com essa ruptura se origina, na esfera do direito, o princípio da igualdade universal, que “daí em diante vai submeter toda ordem jurídica ao postulado de não admitir mais, em princípio, exceções e privilégios” (Honneth, 2003, p.190).

Desta forma, o sujeito adulto obtém a possibilidade de conceber sua ação como manifestação da própria autonomia, respeitada por todos os outros, mediante a experiência do reconhecimento jurídico. Esta experiência faz surgir no indivíduo a consciência de poder respeitar-se a si próprio, de exercer o autorrespeito, de poder colocar pretensões aceitas, de constatar que merece o respeito dos demais. Conclui que

um sujeito é capaz de se considerar, na experiência do reconhecimento jurídico, como uma pessoa que partilha com todos os outros membros de sua coletividade as propriedades que capacitam para a participação numa formação discursiva da vontade; e a possibilidade de se referir positivamente a si mesmo desse modo é o que podemos chamar de “autorrespeito” (Honneth, 2003, p.197).

Honneth afirma ainda que o autorrespeito é para a relação jurídica o que a autoconfiança é para a relação amorosa; no entanto, a comprovação do fenômeno “autorrespeito” é da maior dificuldade, tendo em vista que ele só se torna perceptível na forma negativa do desrespeito (Honneth, 2003).

Em sua investigação filosófica, Honneth também constatou que tanto Hegel quanto Mead apontavam para outra forma de reconhecimento para além do amor e do reconhecimento jurídico: a estima social, a solidariedade. Em Hegel encontrou no conceito de eticidade semelhante relação com a estima mútua; e em Mead, o modelo da divisão cooperativa do trabalho. Da comparação de ambos os enfoques concluiu que um padrão de reconhecimento desta espécie só é concebido numa sociedade que tenha como pressuposto a existência de valores intersubjetivamente partilhados, nos quais os sujeitos encontrem reconhecimento conforme o valor socialmente definido de suas propriedades concretas (Honneth, 2003).

A estima social, diferentemente do reconhecimento jurídico, “se aplica às propriedades particulares que caracterizam os seres humanos em suas diferenças pessoais” e requer “um médium social que deve expressar as diferenças de propriedades entre os sujeitos humanos de maneira universal, isto é, intersubjetivamente vinculante” (Honneth, 2003, p.199). Essa tarefa de mediação é operada por um quadro de orientações, simbolicamente articulado, no qual se formulam os valores e objetivos éticos e que constitui a autocompreensão cultural de uma sociedade. Assim, como no caso do reconhecimento jurídico, espera-se uma grande variabilidade

histórica nos padrões de estima social; seu alcance social e a medida de sua simetria dependem igualmente do grau de pluralização do horizonte de valores definidos socialmente, bem como do caráter dos ideais de personalidade. Desta forma,

quanto mais as concepções dos objetivos éticos se abrem a diversos valores e quanto mais a ordenação hierárquica cede a uma concorrência horizontal, tanto mais a estima assumirá um traço individualizante e criará relações simétricas (Honneth, 2003, p.200).

Para o desenvolvimento dessa forma específica de reconhecimento, Honneth parte da evolução histórica das sociedades tradicionais para as modernas, por meio da qual identifica que a mudança estrutural da sociedade é marcada, no plano conceitual, pela transição do conceito de “honra” às categorias da “reputação” ou “prestígio” social (Honneth, 2003, p.201).

Nas sociedades tradicionais, a honra de um indivíduo está relacionada ao valor do estamento ao qual ele pertence; a distinção social se refere em grande medida à identidade coletiva – honra coletiva. Na relação interna de tais grupos, essas formas de interação assumem, em casos normais, o caráter de relações solidárias.

Por solidariedade entende-se

[...], numa primeira aproximação, uma espécie de relação interativa em que os sujeitos tomam interesse reciprocamente por seus modos distintos de vida, já que eles se estimam entre si de maneira simétrica (Honneth, 2003, p.209).

Com a evolução e transformação das estruturas sociais há mudança também na ordem social, com a dissolução gradativa da hierarquia tradicional de valores; o indivíduo passa a entrar no disputado campo da estima social como uma grandeza individuada. Essa espécie de autorrealização prática é também denominada de “sentimento do próprio valor”, de “autoestima”, um paralelo categorial com os conceitos de “autoconfiança” e de “autorrespeito” (Figura 1).

Na medida em que todo membro de uma sociedade se coloca em condições de estimar a si próprio, pode-se falar então de um estado pós-tradicional de solidariedade social; solidariedade esta ligada ao pressuposto de relações sociais de estima simétrica, não turvada por experiências de desrespeito, entre sujeitos individualizados e autônomos com possibilidade de desenvolverem a sua autorrealização. Simetria aqui não tem o significado de uma medida quantitativa destinada a medir o valor exato das contribuições dos envolvidos na relação. Pelo contrário, significa que todo sujeito tem a mesma chance de vivenciar o reconhecimento de suas capacidades e realizações como valiosas para a sociedade (Honneth, 2003).

Relações dessa espécie são chamadas de solidárias porque não despertam somente da tolerância para com a singularidade do outro, mas também do interesse afetivo por essa particularidade. Este entendimento apresenta-se como condicionante para a realização de interesses comuns, já que para Honneth: “só na medida em que cuido ativamente de que suas propriedades, estranhas a mim, possam se desdobrar, os objetivos que nos são comuns passam a ser realizáveis” (Honneth, 2003, p.211).

Como síntese das três formas de reconhecimento, bem como dos demais aspectos relacionados a cada uma delas, apresenta-se o quadro 1, cujo conteúdo é basilar para o entendimento do conflito e sua relação com as situações de desrespeito que tensionam o reconhecimento entre os sujeitos envolvidos na prática comunicativa e instrumental.

Para tornar completo o desenvolvimento de sua teoria, Honneth procura identificar na história social elementos de uma tipologia tripartite negativa da estrutura de cada relação de reconhecimento, ou seja, situações de desrespeito. Procura, além

disso, elucidar uma questão não respondida por Hegel, nem por Mead, qual seja:

como a experiência de desrespeito está ancorada nas vivências afetivas dos sujeitos humanos, de modo que possa dar, no plano motivacional, o impulso para a resistência social e para o conflito, mais precisamente, para uma luta por reconhecimento? (Honneth, 2003, p.214).

Procura a resposta a esta questão analisando cada esfera de reconhecimento e as respectivas formas de desrespeito de cada uma delas.

Quadro 1 - Estrutura das relações sociais de reconhecimento

Modos de reconhecimento	Dedicação emotiva	Respeito cognitivo	Estima social
Dimensões da personalidade	Natureza carencial e afetiva	Imputabilidade moral	Capacidades e propriedades
Formas de reconhecimento	Relações primárias (amor, amizade)	Relações jurídicas (direitos)	Comunidade de valores (solidariedade)
Potencial evolutivo		Generalização, materialização	Individualização, igualização
Autorrelação prática	Autoconfiança	Autorrespeito	Autoestima
Formas de desrespeito	Maus-tratos e violação	Privação de direitos e exclusão	Degradação e ofensa
Componentes ameaçados da personalidade	Integridade física	Integridade social	“Honra”, dignidade

Fonte: Honneth A. Luta por reconhecimento - a gramática moral dos conflitos sociais, 2003, p.211.

À esfera de reconhecimento do amor correspondem as formas de desrespeito definidas por Honneth como maus-tratos e violação. Nesta forma de desrespeito, o componente da personalidade atacado é aquele da integridade psíquica, ou seja, não é somente a integridade física que é violentada, mas sim o autorrespeito que cada pessoa possui de seu corpo. Provoca um grau de humilhação que interfere destrutivamente na autorrelação prática de um ser humano, fere a confiança aprendida por meio do

amor, a capacidade autônoma do próprio corpo; destrói a confiança em si mesmo, provocando uma espécie de “vergonha social” (Honneth, 2003, p.215).

À forma de reconhecimento do direito corresponde a forma de desrespeito intitulada privação de direitos ou exclusão social (exclusão da posse de determinados direitos no interior da sociedade) e se refere às experiências de rebaixamento que afetam o autorrespeito moral. Nesta esfera do reconhecimento, o componente da personalidade que é ameaçado é o da integridade social. Essa denegação de direitos provoca no sujeito desrespeitado a perda da capacidade de se referir a si mesmo como parceiro em igualdade na interação com os demais integrantes da sociedade. A experiência de privação de direitos de uma pessoa deve ser medida pelo grau de universalização e também pelo grau de materialização dos direitos institucionalmente garantidos (Honneth, 2003).

À forma de reconhecimento da solidariedade corresponde a forma de desrespeito da degradação moral e da injúria; refere-se negativamente ao valor social de um indivíduo ou de um grupo, ou seja, a formas de desrespeito e de depreciação de modos de vida individuais e/ou coletivos. A dimensão da personalidade ameaçada neste caso é da honra, da dignidade ou, em termos modernos, do *status* de uma pessoa. A experiência de desrespeito é encontrada na degradação da autoestima pessoal, ou seja, a pessoa é aqui privada da possibilidade de desenvolver uma estima positiva de si mesma (Honneth, 2003).

Se essa hierarquia social de valores se constitui de modo que ela degrada algumas formas de vida ou modos de crença, considerando-as de menor valor ou deficientes, ela tira dos sujeitos atingidos toda a possibilidade de atribuir um valor social às suas próprias capacidades. [...] a consequência [...] para o indivíduo, vai de par com a experiência de uma tal desvalorização social, de maneira típica, uma perda de autoestima pessoal, ou seja, uma perda da possibilidade de se entender a si próprio como um ser estimado por suas propriedades e capacidades características (Honneth, 2003, p.217-8).

Nos três tipos de denegação do reconhecimento, Honneth descreve suas consequências com metáforas relacionadas ao estado de abatimento provocado pela situação. Para as experiências de tortura e violação, fala de “morte psíquica”; no caso da privação de direitos e exclusão social, fala de “morte social”; e, para as situações de degradação cultural de uma forma de vida, a situação relacionada é a “vexação”, uma espécie de humilhação, ofensa. Reconhece também que as situações de rebaixamento e humilhação social ameaçam a identidade do indivíduo de maneira muito semelhante às provocadas em sua integridade física pelo sofrimento com a doença. Apresentam como consequência desse sofrimento reações emocionais negativas que se expressam como sentimentos de vergonha social (Honneth, 2003, p.218).

E para a resposta pretendida por sua tese, de qual seria “o elo psíquico que conduz do mero sofrimento à ação ativa”, Honneth defende que

essa função pode ser cumprida por reações emocionais negativas, como as que constituem a vergonha ou a ira, a vexação ou o desprezo; delas se compõem os sintomas psíquicos com base nos quais um sujeito é capaz de reconhecer que o reconhecimento social lhe é denegado de modo injustificado (Honneth, 2003, p.220).

Refere ainda que o ser humano tem dependência constitutiva do reconhecimento intersubjetivo de suas capacidades e realizações e, se tal forma de assentimento não ocorre em alguma das etapas de seu desenvolvimento, abre-se em sua personalidade algo como que uma lacuna psíquica, na qual se fazem presentes reações emocionais negativas como a vergonha e a ira, revelando ao indivíduo o reconhecimento do que lhe foi socialmente denegado. Essa experiência de desrespeito constitui-se na base motivacional da luta por reconhecimento, e é justamente porque os seres humanos nunca se mantêm indiferentes a esse tipo de enfermidade social que o sentimento de injustiça acaba sendo o estopim da luta por reconhecimento (Honneth, 2003).

Como as reações afetivas estão sempre presentes nas situações de desrespeito, Honneth reporta-se a uma concepção de sentimento humano desenvolvida pelo psicólogo John Dewey, para tornar sua tese mais plausível. Para este autor, os sentimentos representam, de modo geral, as reações afetivas vivenciadas no sucesso ou no insucesso de nossas intenções práticas (Honneth, 2003).

Tendo em vista que o fracasso ou o insucesso de uma ação se mede pela expectativa que se tem dela, importa neste momento destacar a existência de dois tipos de expectativas. As expectativas instrumentais de êxito, que provocam perturbações “técnicas” na ocorrência do fracasso no campo das tarefas a serem vencidas; e as expectativas normativas de comportamento, que levam a conflitos “morais” caso tenham sido infringidas normas pressupostas como válidas no mundo da vida social. Ainda no sentido proposto por Dewey, é em virtude da violação das expectativas normativas de comportamento que são desencadeados os sentimentos de culpa - caso a violação da norma tenha sido causada pelo próprio sujeito; ou de indignação moral - caso a violação tenha sido causada pelo parceiro de interação (Honneth, 2003, p.222).

Entre os sentimentos morais é a vergonha, que pode ser causada pela própria pessoa ou por outrem, que possui o caráter mais aberto, pois

O conteúdo emocional da vergonha consiste, como constata em comum acordo as abordagens psicanalíticas e fenomenológicas, em uma espécie de rebaixamento do sentimento do próprio valor; o sujeito, que se envergonha de si mesmo na experiência do rechaço de sua ação, sabe-se como alguém de valor menor do que havia suposto previamente; considerando-se de uma perspectiva psicanalítica, isto significa que a violação de uma norma moral, restando a ação, não atinge aqui negativamente o superego, mas sim os ideais de ego de um sujeito (Honneth, 2003, p.222-3).

Honneth acredita que estas reações emocionais ligadas à degradação, como a vergonha, podem ser fatores motivadores na

luta por reconhecimento, e ainda que a tensão afetiva, a que o sujeito se submete ao sofrer humilhações, só poderá ser superada quando estiver em condições de voltar a ter uma participação ativa na sociedade (Honneth, 2003)

Como todo sentimento, o de vergonha social e o da vexação dizem pouca coisa sobre o conteúdo normativo das relações de reconhecimento. “Em outras palavras, os sentimentos de injustiça podem indicar um problema, mas não a sua solução” (Saavedra e Sobottka, 2008, p.16). Para que o sentimento de injustiça do indivíduo passe a ter relevância política, Honneth entende ser necessária a articulação política de um movimento social, pois “somente quando o meio de articulação de um movimento social está disponível é que a experiência de desrespeito pode tornar-se uma fonte de motivação para as ações de resistência política” (Honneth, 2003, p.224).

Entende-se, neste estudo, ser pertinente utilizar o referencial da teoria do reconhecimento para analisar a gênese e a manifestação de conflitos nos serviços de saúde, em particular na interação entre a coordenação das unidades básicas e os trabalhadores de saúde. A transposição da análise da ação social, do plano macrossocial empreendido por Honneth (2003) para o plano específico das práticas de saúde na atenção básica do contexto brasileiro, estará apoiada nas especificidades do processo de trabalho em saúde, que contempla a intersubjetividade, e na possibilidade de sua interpretação como prática comunicativa na acepção habermasiana.

CAPÍTULO 3 - MODELO TEÓRICO PROPOSTO: ASSOCIANDO TEORIAS PARA COMPREENDER A INTERSEÇÃO DAS CATEGORIAS

Concluindo o percurso por meio do qual foram apresentados em detalhes os aspectos teórico-conceituais do processo de trabalho em saúde, da Teoria do Agir Comunicativo de Jürgen Habermas e da Luta por Reconhecimento de Axel Honneth, é chegado o momento de apresentar uma proposta de modelo teórico que articule os três referenciais e que seja fecundo para análise da prática gerencial na dimensão estudada.

Do que foi apresentado até aqui, é importante o resgate de algumas questões:

- a) a gerência é uma prática de saúde e, por conseguinte, é considerada trabalho, desta forma está inserida no processo de trabalho em saúde;
- b) a gerência é uma atividade meio cuja ação principal se refere à articulação e à interação entre os trabalhadores de saúde e para a qual se utiliza de ações comunicativas, instrumentais e estratégicas;
- c) a articulação e a interação junto aos trabalhadores nem sempre resulta em entendimento, sendo comum a manifestação de tensões e conflitos nas organizações de saúde.

A seguir aponta-se uma proposta para a conexão pensada entre as categorias analíticas avaliadas neste estudo – processo de trabalho em saúde, a intersubjetividade, ação comunicativa, instrumental e estratégica, reconhecimento, desrespeito e conflito, sustentadas pelos referenciais teóricos já descritos.

Primeiramente, cabe resgatar que no processo de trabalho em serviços de saúde a gerência pode ser apreendida, simultaneamente, como instrumento do processo de trabalho em saúde (Mishima et al., 1997) e como processo de trabalho gerencial (Pедуzzi, 2007).

Destaca-se que, como instrumento do processo de trabalho, é considerada uma atividade meio para o trabalho assistencial e por seu caráter articulador, integrativo e político atua como um instrumento para a transformação do processo de trabalho em saúde. Neste sentido, a gerência atende e se articula às necessidades de saúde e é considerada uma ação interprofissional, interdisciplinar e intersetorial, em que se fazem presentes no cotidiano do trabalho determinações de ordens técnica e política, sendo necessário, nesta perspectiva, compreender como se estabelecem as relações político-econômico-sociais dentro das organizações de saúde (Mishima et al., 1997).

Enquanto ação interprofissional, interdisciplinar e intersetorial, a gerência interage e se articula, por meio de relações intersubjetivas, a vários outros atores: com a gerência de outros serviços, com o gestor e a direção hierárquica superior, com os usuários, e principalmente com os trabalhadores da unidade de saúde que gerencia. Desta forma, o gerente de serviços de saúde é um mediador, um tradutor do projeto político-institucional para o cotidiano dos trabalhadores. É também um articulador inter e intrassetorial, ou seja, se articula aos outros serviços visando garantir o acesso do usuário aos demais níveis de atenção e também com os próprios trabalhadores da unidade para garantir a organização do processo de trabalho que atenda às necessidades de saúde, desde aquelas manifestas pelos próprios usuários quanto aquelas apontadas pelos indicadores epidemiológicos e demográficos. A figura 1 apresenta um diagrama com a participação

da gerência e suas articulações enquanto instrumento do processo de trabalho em saúde.

Figura 1 - Representação da gerência como instrumento do processo de trabalho em saúde

A gerência também pode ser abordada como processo de trabalho gerencial, ou seja, como um processo de trabalho específico. Neste caso, é composto por um conjunto de atividades próprias inter-relacionadas para cumprir uma determinada finalidade, o estabelecimento e a manutenção de condições favoráveis à implementação de um dado modelo assistencial (Felli, Peduzzi, 2005), com vistas à integralidade da atenção ao usuário, a satisfação de suas necessidades de saúde. Atua sobre determinado

objeto, a partir de determinados instrumentos. Os objetos de intervenção da gerência são a própria organização do trabalho e os trabalhadores da unidade de saúde. Os instrumentos do trabalho gerencial se constituem em saberes, técnicas e tecnologias.

Podem ser citados como instrumentos do trabalho gerencial: o planejamento, o dimensionamento, o recrutamento e seleção de pessoal, a avaliação de desempenho e de serviço, a educação permanente em saúde, a supervisão, os materiais, equipamentos e a instalação física (Felli, Peduzzi, 2005). Merecem destaque os diversos saberes expressos nas diferentes abordagens da gestão e gerência em saúde, especialmente o lugar ocupado pelas práticas de comunicação e de participação democrática, ambos fundamentais para que a gerência seja exercida com o enfoque adotado neste estudo (Peduzzi, 2007).

Desta forma, no processo de trabalho específico, cabe ao gerente reunir um conjunto de instrumentos - saberes específicos, técnicas de ação e materiais - utilizados no desempenho de suas funções e que lhe permitam instituir condições para interagir e promover a articulação dos trabalhadores para a organização do processo de trabalho em saúde. Neste sentido, o trabalho gerencial pode se constituir em um elemento fundamental para a implementação de mudanças nos serviços de saúde, com vistas à integralidade da atenção à saúde (Figura 2).

A integralidade é, segundo Ayres (2009, p.14), dentre os princípios do SUS, aquele que busca superar o desafio de realizar o trabalho em saúde embasado em valores de justiça, democracia e efetividade do acesso. Este desafio implica em “saber e fazer o ‘quê’ e ‘como’ pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um”.

Figura 2 – Processo de trabalho gerencial

Ainda para este autor, a integralidade possui eixos em torno dos quais é possível o diálogo entre diversidades e tensões no cotidiano da atenção à saúde: eixo das necessidades de saúde, das finalidades, da interação e da articulação. Estes quatro eixos relacionam-se entre si e guardam certa interdependência, embora nenhum deles possa ser completamente reduzido a qualquer um dos demais.

Eixo das necessidades: diz respeito à qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta às demandas de atenção à saúde; [...] Eixo das finalidades: diz respeito a graus e modos de integração entre as

ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos e recuperação da saúde/reinserção social; o sentido dominante aqui é o de não segmentar as ações, mas, ao contrário, criar sinergismos que otimizem o desenvolvimento das ações, tanto da perspectiva da racionalização meios-fins como do conforto e conveniência para indivíduos, famílias e comunidades. Eixo das articulações: refere-se aos graus e modos de composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais no desenvolvimento das ações e estratégias de atenção à saúde; [...] Eixo das interações: refere-se à qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado; a motivação das propostas identificadas nesse eixo é a construção de condições efetivamente dialógicas entre os sujeitos participantes dos encontros relacionados à atenção à saúde, sejam pessoa a pessoa, sejam na perspectiva de equipes/comunidades, sem o que as aspirações dos eixos anteriores não podem ser realizadas (Ayres, 2009, p.14).

Destaca-se que estes quatro eixos apresentam-se intimamente interligados e presentes também no processo de trabalho gerencial, tendo em vista os pressupostos da gerência adotados aqui. Com base no exposto acima, os eixos da integralidade sistematizados por Ayres são adotados como referência para compreender a interseção proposta entre as categorias analíticas: processo de trabalho em saúde, intersubjetividade, ação comunicativa, instrumental e estratégica, reconhecimento, desrespeito e conflito.

O trabalho em saúde possui uma natureza eminentemente conversacional, que se dá a partir dos encontros que ocorrem no cotidiano dos serviços de saúde (Teixeira, 2001). A comunicação é o meio pelo qual os usuários manifestam suas necessidades de saúde e também é a via que os trabalhadores de saúde utilizam para se organizarem no atendimento a esses usuários.

Neste sentido, um dos principais instrumentos utilizados pela coordenação desses serviços para promover a captação das necessidades de saúde e para articular os trabalhadores na organização do processo de trabalho em saúde é a comunicação.

Portanto, ao se considerar a intersubjetividade presente no exercício cotidiano do trabalho em saúde, especialmente na articulação estabelecida entre a gerência e os trabalhadores de saúde, cabe reconhecer que este processo se constitui na execução de atividades permeadas pela comunicação e interação humana. Na interação é possível confrontar as diferentes compreensões acerca das atividades, bem como das necessidades dos usuários, que devem ser consideradas centrais para a organização do trabalho em um serviço de saúde.

Neste contexto, espera-se da gerência de unidades de saúde uma ação integrativa no nível local, capaz de articular as necessidades de organização e qualificação do trabalho, de forma a expor as contradições que se fazem presentes na relação entre trabalhadores de saúde (Mishima, 1995).

Rivera (2003), com base na teoria da ação comunicativa de Habermas, considera pertinente a constituição de modelos de gestão e gerência comunicativas, sendo necessário estabelecer formas de comunicação e de coordenação do trabalho de vários profissionais e setores, bem como formas de negociação do poder e de conflitos. Defende também a necessidade de considerar as diferentes esferas de autonomia profissional, de negociar critérios de avaliação da eficácia e eficiência do desempenho profissional e dos resultados produzidos, de garantir a responsabilização consciente que contrabalance eventuais efeitos deletérios de uma excessiva autonomia e de integrar o âmbito assistencial e gerencial.

O trabalho da gerência é marcado pela necessidade de diálogo, ou seja, é uma esfera de trabalho que busca sua validação em procedimentos argumentativos e, portanto, o agir comunicativo deveria pautar a atuação do gerente. No entanto, no cotidiano do trabalho gerencial, a ação estratégica e a ação instrumental se manifestam fortemente. Para esta ação, centrada no sujeito, valem

os critérios de validade no conhecimento de objetos e de sucesso no domínio sobre objetos e coisas. Esses dois critérios medeiam as relações entre o sujeito e o mundo, neste caso entre o gerente e os demais trabalhadores com os quais convive (Artmann, 2001).

Compreende-se que no trabalho gerencial as dimensões comunicativa e instrumental não são excludentes. Pelo contrário, devem ser articuladas para que possibilitem a captação das necessidades dos usuários e o seu atendimento, bem como para que se constituam acordos entre os trabalhadores na forma de organizar os processos de trabalho para assim atenderem a finalidade do trabalho nesta área. Entende-se que no trabalho do gerente, à medida que a linguagem é utilizada em seu sentido forte, visando à produção de um télos comunicacional, ela possibilita o entendimento entre os sujeitos envolvidos na ação. Quando o entendimento não for possível e a interação resultar em conflito, há também neste caso, na vigência de uma gestão comunicativa, maior possibilidade de enfrentamento e solução dos problemas, ou seja, há maior possibilidade de construção de consensos no nível local.

No entanto, no cotidiano deste trabalho, percebe-se que a ação instrumental e também a estratégica invadem esferas do trabalho do coordenador da unidade de saúde e dos trabalhadores de saúde, pertinentes à ação comunicativa, o que Habermas denomina de invasão do mundo da vida pelo sistema. Com isso, a interação entre trabalhadores e entre estes e a gerência nem sempre resulta em entendimento, sendo frequente a ocorrência do desrespeito que desencadeia situações que podem ser designadas como conflitos (Figura 3).

Honneth (2003) aponta que são as experiências de desrespeito, vivenciadas em situação de interação, a grande fonte motivacional dos conflitos.

participação da comunidade – e, ainda, o trabalho em equipe e a organização dos serviços para a produção do cuidado centrado nas necessidades do usuário.

Numa organização, no presente caso o setor de saúde, o esperado seria que todos os trabalhadores, ao ingressarem no serviço, tivessem o pleno conhecimento das normas explicitadas acima, que regem essas organizações. Seria desejável, também, que o cumprimento dessas normas não se desse de modo impositivo, centrado em regras administrativas e econômicas, mas pactuado por todos os trabalhadores daquele serviço e orientados pelas necessidades de saúde dos usuários e população do território, e que também incorporasse em certa medida os interesses e projetos de cada trabalhador envolvido.

Porém, nem sempre as referidas normas que deveriam orientar a organização do trabalho e dos serviços são consideradas no seu gerenciamento. O ato de coordenar serviços de saúde se dá a partir de uma rede de contratualidade defeituosa, irregular, distorcida pelas relações de poder institucionais e não problematizada pelo processo de gestão (Merhy e Cecílio 2003).

Se no ambiente de trabalho, na busca pela satisfação de seus interesses e projetos pessoais, algum trabalhador passa a descumprir normas e acordos validados juntamente aos seus parceiros de interação, e também assumidos como válidos pela organização, esse fato tem potencial para produzir sentimentos de desrespeito, de injustiça naqueles que foram afetados pelo seu descumprimento. Ou seja, a violação das expectativas normativas de comportamento tem potencial para despertar sentimentos de vergonha, ira ou de indignação moral, sentimentos estes capazes de mobilizar sujeitos e desencadear conflitos. Neste caso, o desrespeito se dá no nível do direito.

Também na esfera da solidariedade, ou da estima social, é possível que situações de desrespeito possam ser vivenciadas na relação entre a coordenação e os trabalhadores. Ressalta-se que todos os trabalhadores necessitam ser reconhecidos como pessoas de “valor” no interior dos serviços de saúde, tendo em vista a sua contribuição no trabalho que tem natureza coletiva, com interdependência das ações executadas pelos distintos profissionais no desenvolvimento do processo de trabalho em saúde. A solidariedade nas relações de trabalho infere não a tolerância para com a singularidade do outro, mas o interesse afetivo por essa particularidade (Honneth, 2003).

O reconhecimento do outro no ambiente de trabalho e de suas particularidades apresenta-se como condicionante para a consecução da finalidade do trabalho em saúde, em que o interesse puramente técnico, pautado na ação instrumental para o controle de doenças, possa ser subsumido pela “ideia mais abrangente de sucesso prático de projetos de felicidade humana, para a definição das finalidades da intervenção” (Ayres, 2001, p.63), tanto para os trabalhadores, incluindo aqui a gerência, como para os usuários e população do território.

CAPÍTULO 4 – OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como os processos de reconhecimento mútuo ou de desrespeito se relacionam com a emergência e manejo de situações de conflito entre trabalhadores e coordenadores de unidades básicas de saúde, no cotidiano de trabalho.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a gerência de unidade básica de saúde na região estudada e os instrumentos gerenciais utilizados;
- Identificar e analisar tensões e conflitos presentes na interação entre trabalhadores e coordenadores no cotidiano do trabalho em unidades de atenção básica à saúde;
- Analisar como as racionalidades comunicativa, instrumental e estratégica são acionadas e articuladas na interação entre a coordenação local e os trabalhadores e sua relação com a manifestação e o manejo das tensões e conflitos no cotidiano do trabalho na unidade de saúde;
- Identificar e analisar os recursos que a coordenação local utiliza no enfrentamento dos conflitos à luz do conceito de reconhecimento.

CAPÍTULO 5 - METODOLOGIA

Metodologia refere-se à discussão sobre o caminho do pensamento que o objeto de investigação requer, incluindo as concepções teóricas de abordagem e o conjunto de técnicas que possibilitam a compreensão da realidade. Portanto, a escolha da metodologia deve considerar a natureza do problema estudado (Minayo, 2002a, 2004).

Considerando que o objeto deste estudo se refere a práticas e interações dos sujeitos na vida cotidiana, não devendo, portanto, ser reduzido a simples variáveis, mas representado em sua totalidade, dentro do contexto vivenciado (Flick, 2009), o estudo realizado tem caráter compreensivo e interpretativo, de abordagem crítico-hermenêutica, com base no referencial teórico adotado e já apresentado e num conjunto de técnicas de coleta e de análise do empírico que vislumbrem a compreensão dessa realidade.

A hermenêutica, considerada fundamento filosófico da arte de compreender, oferece os marcos para a compreensão do sentido da comunicação entre os seres humanos e considera a linguagem um terreno comum da intersubjetividade e do entendimento humano. Cabe a ela a “tarefa de buscar a totalidade significativa que dá sentido aos discursos e ‘escapa’ aos limitados e estáticos sistemas de signos que os constituem” (Ayres, 1997, p.36). Habermas considera fundamental a perspectiva compreensiva que cabe à hermenêutica, porém, por identificar limites da dimensão estritamente linguística para fundamentar uma interpretação efetivamente crítica e emancipadora dos fatos humanos, propõe que seja complementada por uma dialética que apreenda criticamente a estrutura semântica dos discursos e os respectivos conteúdos normativos e assertivos inscritos em suas pretensões de validade

(Habermas, 1987 apud Ayres, 1997)². Neste sentido, a hermenêutica e a dialética não devem ser reduzidas a simples teorias e/ou métodos de tratamento dos dados, mas, pelo contrário, são consideradas abordagens complementares fecundas na condução do processo ao mesmo tempo compreensivo e crítico de análise da realidade social (Minayo, 2002b).

A análise crítico-hermenêutica propicia, neste estudo, a compreensão de como os processos de reconhecimento mútuo ou de desrespeito se relacionam com a emergência e manejo de situações de conflito entre trabalhadores e coordenadores de unidades básicas de saúde, no cotidiano de trabalho.

Segundo Minayo (2004, p.89-90), no processo de produção do conhecimento deve-se considerar que ele se dá por aproximações, ou seja, “o conhecimento é uma construção que se faz a partir de outros conhecimentos”; que as ideias que fazemos do objeto de estudo “são sempre mais imprecisas, mais parciais, mais imperfeitas que ele”; que a escolha do tema não emerge espontaneamente, mas é fruto dos “interesses e circunstâncias socialmente condicionados, frutos de uma determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos”; portanto “nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática”.

A partir destas considerações, cabe reconhecer que tanto a concepção do problema de estudo como o recorte do objeto e o quadro teórico que o sustenta estão intimamente vinculados à visão de mundo desta pesquisadora. No entanto, isso não quer dizer que a busca pela coerência e o rigor teórico-metodológico sejam dispensáveis. Pelo contrário, esta pesquisa foi conduzida com as necessárias vigilância e autocrítica, com todo o cuidado metódico para que os objetivos fossem atingidos, de modo que seus

² Habermas, J. *Dialética e Hermenêutica*. Porto Alegre: L&PM, 1987.

resultados possam ser examinados em suas próprias pretensões de validade.

Para abranger a máxima amplitude na explicação e compreensão do fenômeno (Triviños, 2007), o estudo foi realizado em duas fases.

A primeira fase constituiu-se em um estudo exploratório, com abrangência de um campo composto pela totalidade dos serviços de atenção básica de saúde dos 21 municípios da região Norte do Estado do Paraná, que integram uma região administrativa na área da saúde. Esta etapa investigou aspectos da prática gerencial em unidades básicas de saúde destes municípios, e serviu para caracterizar o campo de pesquisa, possibilitando eleger o local de estudo da segunda fase, na qual se desenvolveu o estudo de caso.

A segunda fase – o estudo de caso – foi desenvolvida em um dos municípios desta região e realizou uma análise aprofundada do objeto, o que possibilitou identificar as tensões e os conflitos presentes na interação entre trabalhadores e coordenadores no cotidiano do trabalho, bem como a compreensão de como as racionalidades comunicativa, instrumental e estratégica são acionadas e articuladas na interação entre a coordenação local e os trabalhadores, sua relação com a manifestação e manejo das tensões e conflitos no cotidiano do trabalho, e ainda os recursos que a coordenação local utiliza no enfrentamento destes, à luz do conceito de reconhecimento/desrespeito.

5.1 PRIMEIRA FASE: PESQUISA EXPLORATÓRIA

Na pesquisa exploratória foram caracterizados o perfil dos gerentes das unidades básicas de saúde (formação profissional, faixa etária, tempo de atuação no cargo, capacitação prévia para ocupar o cargo, vínculo profissional, como foi a indicação para o cargo) e os mecanismos de gestão utilizados (reunião de equipes, planejamento do trabalho, avaliação do trabalho, avaliação dos trabalhadores, reunião com comunidade). Esta fase integra uma pesquisa desenvolvida com apoio financeiro da Fundação Araucária (Nunes, 2010), aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (Anexo A), da qual a pesquisadora é integrante, tendo participado, também, da coleta e da análise dos dados.

A proposta da realização da primeira fase da pesquisa foi apresentada no Colegiado de Gestão Regional da 17ª RS no mês de junho de 2010 e aprovada pelos seus integrantes. Posteriormente, o secretário de Saúde de cada município foi contatado e lhe foi encaminhado o termo de autorização institucional (Apêndice 1), solicitando permissão para a realização da pesquisa. Houve autorização de todos os secretários municipais de saúde.

A fase exploratória do estudo teve por objetivo conhecer o objeto de estudo tal como se apresentava e o contexto onde ele se inseria, de modo que a pesquisa a seguir pudesse ser projetada com maior compreensão e precisão (Piovesan, Temporini, 1995; Triviños, 2007).

Esta etapa foi essencial para a segunda fase, pois possibilitou o reconhecimento do campo e permitiu a definição do município caso de estudo.

5.1.1. CAMPO DE ESTUDO

O campo de estudo desta fase foram os municípios que integram a 17ª Regional de Saúde do Paraná (Figura 4). Esta regional situa-se no Norte do Estado, conta com 21 municípios e com uma população total de aproximadamente 870 mil habitantes (Figura 6). A sede da regional de saúde é o município de Londrina, considerado de grande porte, pois conta com 510.710 habitantes, é a cidade polo e de referência para serviços de saúde, educação, comércio. Cambé, Ibiporã e Rolândia são consideradas cidades de médio porte, com população entre 40 mil e 100 mil habitantes, e os outros 17 municípios são considerados de pequeno porte, todos com menos de 20 mil habitantes (Atlas, 2002). O IDH da região é considerado bom e apenas Tamarana e Cafeara apresentam índice menor que 0,7 (Figura 4).

Os municípios desta região, principalmente Londrina, Cambé e Ibiporã, são reconhecidos no Estado por terem sido pioneiros na implantação de serviços de atenção primária à saúde e por terem assumido a gestão descentralizada dos serviços de saúde, no final da década de 1970 e início dos anos de 1980, portanto antes da implantação do SUS. Também foi nesta região que se iniciou a organização dos secretários municipais de saúde, com a criação, em 1983, do grupo de saúde da Associação dos Municípios do Médio Parapanema (AMEPAR) (Gil, Martin, Gutierrez, 2001).

Fonte: Secretaria de Saúde do Paraná, 2009: disponível em: <http://sites.google.com/site/londrinaregional/saude-regional>

Figura 4 - Mapa da região Norte do Paraná, com destaque para os municípios que integram a 17ª Regional de Saúde do Paraná e respectivo IDH - 2010

5.1.2 SUJEITOS DE PESQUISA

Constituíram sujeitos deste estudo os coordenadores de unidades básicas de saúde (UBS) dos 21 municípios que integram a 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná; um total de 122 UBS e, conseqüentemente, 122 coordenadores de unidades (Quadro 2).

Quadro 2 - Relação dos municípios integrantes da 17ª Regional de Saúde do Paraná, população e o número respectivo de unidades básicas de saúde de cada município – 2010

Municípios da 17ª RS	População	Número de UBS
Alvorada do Sul	9.261	3
Assaí	16.113	4
Bela Vista do Paraíso	15.501	4
Cafeara	2.854	1
Cambé	97.329	11
Centenário do Sul	11.476	3
Florestópolis	11.798	3
Guaraci	5.185	2
Ibiporã	47.520	7
Jaguapitã	12.416	4
Jataizinho	11.605	3
Londrina	510.710	52
Lupionópolis	4.537	2
Miraselva	1.936	1
Pitangueiras	2.824	1
Porecatu	14.180	4
Prado Ferreira	3.510	1
Primeiro de Maio	11.122	3
Rolândia	56.349	7
Sertanópolis	16.099	2
Tamarana	11.573	4
TOTAL	873.898	122

Fonte: 17ª Regional de Saúde/ Seção de Atenção Primária em Saúde – SCAPS, fev/2010.

5.1.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES

As informações sobre o perfil dos coordenadores e os instrumentos de gestão utilizados foram obtidas por meio de questionário semiestruturado (Apêndice 2) aplicado aos coordenadores de unidades de saúde.

O questionário é um instrumento de coleta de dados constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser

respondidas por escrito, com ou sem a presença do entrevistador. É considerado uma técnica de investigação que consiste em estabelecer um contato efetivo com as pessoas implicadas no problema investigado e distingue-se da entrevista por poder ser aplicado a um maior número de pessoas e pelo fechamento de suas questões (Thiollent, 1987).

Os coordenadores das unidades, sujeitos desta fase da pesquisa, foram identificados pelo gestor de cada município e o questionário aplicado pela pesquisadora. Estes últimos, após tomarem ciência dos objetivos da pesquisa, foram orientados quanto ao preenchimento do instrumento e os que concordaram com sua participação assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 3).

Nos pequenos municípios, a coleta dos dados ocorreu no período de julho a setembro de 2010 e contou com o apoio da 17ª Regional de Saúde para o contato e agendamento da visita nos municípios e também para o deslocamento dos pesquisadores. Nos demais municípios (de médio e grande portes), a aplicação dos questionários foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2010, desenvolvendo-se de forma similar aos pequenos municípios: contato prévio com a Secretaria de Saúde, solicitação de autorização das secretárias para realização da pesquisa, agendamento nas unidades e aplicação do questionário. Nos municípios de Cambé e Londrina, após autorização das gestoras, houve permissão para que o contato com as coordenadoras para apresentação da pesquisa bem como a aplicação dos questionários fossem feitos na reunião dos coordenadores de unidade, o que ocorreu nos dias 23 e 24 de novembro de 2010. Os coordenadores que não estavam presentes na reunião e os coordenadores dos municípios de Ibiporã e Rolândia foram contatados em seus locais de trabalho e foi agendada visita da pesquisadora em cada local.

Das 122 UBS existentes nos 21 municípios integrantes da 17ª Regional de Saúde, responderam o questionário gerentes de 108 unidades. As perdas se deveram a seis unidades estarem sem coordenação; seis exclusões devido aos gerentes estarem em férias ou licenças e sendo substituídos por gerentes de outras unidades pesquisadas e houve também duas recusas.

Os dados foram digitados no programa Epi Info, versão 3.5.1 (CDC, 2008)³. Houve dupla digitação dos questionários e os bancos de dados foram comparados na função “Comparação dos Dados” (Date Compare), permitindo a identificação de campos não concordantes nos dois bancos de dados e realizada a correção antes da análise.

Na análise estatística, foi utilizado o teste Qui-quadrado, e nas variáveis, onde a casela probabilística foi menor que cinco, foi utilizado o Teste exato de Fisher.

As análises foram feitas em dois subitens: perfil e instrumentos de gestão utilizados. No subitem perfil, os coordenadores foram caracterizados quanto à idade, sexo, formação, média salarial, tempo de atuação profissional, experiência em coordenação de UBS, preparo para o exercício da função gerencial, forma de indicação para o cargo de coordenação, forma de ingresso, modalidade de contratação e existência de plano de cargos, carreira e salário (PCCS) na instituição. No subitem instrumentos de gestão estão apresentados: conhecimento dos indicadores de saúde do território de abrangência da UBS, conhecimento das metas e indicadores pactuados pelo município e discussão destes com os trabalhadores da unidade, realização de reunião com a equipe e periodicidade, realização de planejamento e

³ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). [citado 2009 jul. 16]. Disponível em <<http://www.cdc.gov/epiimfo/>>.

avaliação de ações e serviços, avaliação de trabalhadores da unidade, educação permanente em saúde e participação em reuniões com a comunidade.

Para as questões abertas foi realizada a análise descritiva dos conteúdos e em seguida as respostas foram categorizadas com objetivo de fornecer uma representação mais sintética dos dados brutos (Bardin, 2009; Fernandes, Machado, Anschau, 2009).

A partir das informações obtidas nesta fase, foi selecionado o município de Cambé para campo da segunda fase da pesquisa: o Estudo de Caso. A seleção do município ocorreu por se constituir em um sistema de saúde típico desta região e também pelo fato de os 11 coordenadores de unidades do município terem manifestado concordância em participar da segunda fase da pesquisa, além de apresentarem certa homogeneidade em torno das características de gestão – tempo de atuação na coordenação de unidades maior que 24 meses e a referência sobre a utilização dos instrumentos de gestão: conhecimento de indicadores, discussão destes com os trabalhadores da UBS, realização de planejamento e avaliação de ações e serviços de saúde, avaliação dos trabalhadores, desenvolvimento de ações de educação permanente junto às equipes.

Os resultados da primeira fase foram apresentados à coordenadora da atenção básica do município de Cambé e aos coordenadores de unidades no dia 3 de maio de 2011, com os quais foi marcado o início da segunda fase da pesquisa, ou seja, da primeira sessão do grupo focal para o dia 17 de maio de 2011.

5.2 SEGUNDA FASE: ESTUDO DE CASO

Esta fase buscou compreender, no cotidiano de trabalho, como os processos de reconhecimento mútuo ou de desrespeito se relacionam com a emergência e manejo de situações de conflito na interação entre coordenadores e trabalhadores de unidades básicas de saúde.

Optou-se pela realização de um estudo de caso que, segundo Yin (2010, p.39), “investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente evidentes”. O estudo de caso justifica-se quando as questões de investigação são do tipo “como” e “por que” e ainda quando o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre o contexto.

A justificativa para realização do estudo de caso único (em um município) e não múltiplo (nos demais municípios da região) se deveu às possibilidades da pesquisadora em relação ao tempo e também aos recursos disponíveis, tendo em vista que o segundo tipo seria mais demorado e dispendioso. Desta forma, a opção por um caso único integrado (que conta com múltiplas unidades de análise) considerou que o município selecionado reúne características semelhantes aos demais municípios da região. Ou seja, constitui-se em um sistema de saúde típico da região, em que a rede de atenção básica do SUS realiza ampla cobertura populacional; em que a organização da atenção básica se dá a partir da estratégia saúde da família e no fato de haver em todas as unidades de saúde o cargo de gerente instituído. A justificativa para considerar o município (gestão municipal) e não a unidade de saúde como o caso a ser estudado se deve ao fato de que o objeto de estudo (a emergência e o manejo do conflito na interação e entre a

gerência e os trabalhadores de saúde) não se limita a uma unidade de saúde isolada, mas envolve relações da unidade, em que houve a manifestação do conflito, com outras unidades da rede de serviços e também com a gestão (nível central).

O município selecionado para o estudo de caso foi Cambé, com várias unidades de análise: investigação das 11 unidades de saúde por meio de grupo focal com todos os gerentes destas unidades, observação do cotidiano do trabalho gerencial e entrevistas com trabalhadores em duas unidades de saúde.

A partir dos resultados, realizou-se a triangulação dos dados (Bosi, Mercado, 2006; Minayo, Assis, Souza, 2005; Trivinos, 2007), com vistas a processar e analisar dados produzidos por meio de diferentes métodos de pesquisa (observação de campo, entrevista semiestruturada e grupo focal). A utilização de mais de um método de pesquisa favoreceu a compreensão do objeto de estudo de uma forma ampla e aprofundada, por meio da iluminação da realidade sob vários ângulos, e a triangulação foi aplicada para fundamentar o conhecimento obtido por meio dos métodos qualitativos. Fundamentar, neste caso, “não significa avaliar os resultados”, mas ampliar o espaço, a profundidade e a coerência, ou seja, “ampliar e complementar sistematicamente as possibilidades de produção do conhecimento” (Flick, 2009, p.362).

5.2.1 SUJEITOS DE PESQUISA

Foram os coordenadores de unidade de saúde e os trabalhadores da atenção básica de saúde (enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, médicos, cirurgiões

dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal, auxiliares administrativos e auxiliares de serviços gerais).

5.2.2 TÉCNICAS DE PESQUISA

5.2.2.1 GRUPO FOCAL - Participaram os 11 gerentes das unidades básicas de saúde do município e foram realizadas duas sessões, nos dias 17 de maio e 7 de junho de 2011, na sala de reuniões de uma entidade filantrópica na cidade de Cambé. Ambas as sessões foram realizadas no período da manhã e tiveram duração aproximada de uma hora e trinta minutos. As discussões foram gravadas e posteriormente transcritas.

Na primeira sessão, foram discutidos aspectos relacionados ao trabalho gerencial, como: o trabalho desenvolvido pelo coordenador junto aos trabalhadores da UBS, os espaços em que se dá a interação com os trabalhadores da UBS, se existe negociação para organização do trabalho da UBS, quem participa e como são tomadas as decisões sobre o funcionamento dos serviços e a relação com os usuários. Na segunda sessão, foram discutidos aspectos da interação no trabalho gerencial: se existe dificuldade na relação com os trabalhadores e entre estes e os usuários, se existem conflitos, quais os principais, a que são atribuídos e que recursos utilizam no seu manejo. Para a reflexão inicial sobre os conflitos vivenciados na unidade de saúde, foi utilizada a estratégia da elaboração da narrativa (escrita) (Moraes, Meneghel, 2009), que, após ter sido redigida, foi lida por cada gerente com posterior discussão dos casos narrados. O roteiro proposto para orientar a condução das discussões está apresentado no Apêndice 4. Os participantes do grupo focal foram informados sobre os objetivos da pesquisa, sobre a gravação das discussões em grupo e posterior

utilização dos dados, e sua concordância foi expressa no preenchimento e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice 5), antes do início das sessões do grupo focal. As falas dos participantes foram gravadas e posteriormente transcritas; e as gravações, após a transcrição em papel, foram inutilizadas.

O grupo focal é uma entrevista com uma pequena reunião (de quatro a 12 pessoas), com certa homogeneidade em termos de contexto de vida, mas não de atitudes, o que garante a riqueza das discussões (Barbour, 2009). Possibilita uma reflexão coletiva sobre uma temática que é parte integrante do cotidiano das pessoas reunidas, conhecer o processo dinâmico de interação entre os participantes, observar como as controvérsias se manifestam e são resolvidas, reproduzindo os processos de interação que ocorrem no cenário de estudo, fora dos encontros grupais (Westphal et al., 1996). A principal tarefa do entrevistador no grupo focal é mediar o diálogo entre os diversos participantes, impedindo que indivíduos ou grupos parciais dominem, com suas contribuições, a entrevista grupal e consequentemente todo o grupo, além de estimular membros com comportamento reservado a envolverem-se na discussão (Flick, 2009).

Para a entrevista com trabalhadores e para a observação direta foram selecionadas duas UBS, dentre as 11, cujas coordenadoras participaram do grupo focal. A escolha das UBS se deu considerando o destaque e a relevância das discussões protagonizadas pelas coordenadoras destas duas unidades nas sessões do grupo focal, considerando a temática discutida, e houve concordância das mesmas para a observação do cotidiano do trabalho na unidade.

5.2.2.2 OBSERVAÇÃO DIRETA E SISTEMATIZADA - Realizada em duas UBS, a observação contou com um roteiro para sua sistematização (Apêndice 6) e foi desenvolvida pela própria pesquisadora por, aproximadamente, 65 horas. Na primeira unidade, o período de observação ocorreu entre os dias 9/6 e 13/7 de 2011, com total de 28 horas e 30 minutos. Na segunda unidade, o período de observação se deu entre os dias 5/9 e 13/10 de 2011 e teve duração de 36 horas e 20 minutos. Um diário de campo foi utilizado para os registros da observação. Foi solicitado autorização para os coordenadores das UBS para a realização da observação e o seu consentimento foi expresso no preenchimento e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice 7).

Este método de coleta consiste em uma forma complementar de captação da realidade empírica, e objetiva: observar como a coordenação da UBS lida com as demandas, que recursos utiliza no trabalho gerencial, em que situações e espaços se dá a interação com os trabalhadores, o que motiva a interação, como as racionalidades comunicativa, instrumental e estratégica são acionadas e articuladas na interação entre a coordenação local e os trabalhadores, a existência de situações de desrespeito na UBS (entre trabalhadores, entre estes e os usuários e entre estes e a coordenação), se estas geram tensões/conflitos e como a coordenação lida com estes.

Triviños (2007, p.153) afirma que “observar naturalmente não é simplesmente olhar”. Significa, sim, procurar dentro de um determinado evento social, estudá-lo de forma a tomar além de seus aspectos aparentiais, buscando compreendê-lo em suas contradições, dinamismos e relações.

As observações foram registradas no diário de campo e, posteriormente, foi feita a digitação dos dados, considerando as situações observadas e a interpretação feita pela observadora.

5.2.2.3 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - Foi realizada com 18 trabalhadores das duas UBS logo após o período de observação, com a finalidade de compreender como se dão a prática gerencial e o manejo das tensões e conflitos pelos coordenadores, na visão destes que são seus parceiros de interação. A condução da entrevista foi norteadas por um roteiro semiestruturado (Apêndice 8), contendo questões que versavam sobre a organização do processo de trabalho - como se dá e quem participa; a manifestação de reconhecimento no trabalho; a dificuldade de interação entre trabalhadores; e a ocorrência de situações de desrespeito e de conflitos no ambiente de trabalho e como estes foram manejados. Para entrevista com trabalhadores, foram identificados um ou mais depoentes entre aqueles que, em cada categoria funcional (enfermeira, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, auxiliar administrativo, médico, cirurgião dentista, auxiliar de serviços gerais, técnico e auxiliar de saúde bucal), de cada uma das duas UBS selecionadas, tivessem facilidade para se expressar, ou aqueles que se comportaram, durante o período de observação, como interlocutores dos colegas de trabalho junto à gerência. Estes sujeitos foram identificados tanto pela pesquisadora, durante a observação, como também foram indicados por seus colegas de trabalho, e a entrevista foi realizada com estes, desde que concordassem. O aceite foi manifesto a partir da leitura e assinatura do TCLE (Apêndice 9), antes da realização da entrevista. As falas dos entrevistados foram gravadas e posteriormente transcritas; e as gravações, após a transcrição em papel, foram inutilizadas. Os dados foram editados quanto às correções gramaticais, excluídos os vícios de linguagem e pausas para possibilitar ao leitor a compreensão do sentido da entrevista.

A entrevista semiestruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados no referencial teórico, mas

também em toda a informação que o pesquisador já dispõe sobre o fenômeno em estudo (Triviños, 2007). Tem como objetivo apreender o ponto de vista dos sujeitos da pesquisa e utiliza-se de um roteiro com poucas questões, destinado a orientar uma “conversa com finalidade” (Minayo, 2004, p.99). Favorece uma informação mais “profunda” ou menos “censurada” do que outros procedimentos, o que facilita a produção de “significações fortemente carregadas de afetividade” (Thiollent, 1987, p.85). As questões constantes no roteiro da entrevista devem ter as seguintes características: contribuir para delinear o objeto do estudo, dando-lhe forma e conteúdo; permitir a ampliação e aprofundamento da comunicação e não cerceá-la; contribuir para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores (Minayo, 2004).

Seguindo as orientações de Goldim (2000), os participantes foram identificados por códigos, a fim de assegurar o sigilo de sua identidade. A codificação dos participantes, coordenadores e trabalhadores, se deu conforme a ordem em que se apresentaram nos grupos focais e em que foram entrevistados, respectivamente. Os coordenadores foram codificados com a letra “C”, seguida de um número, a saber: C1, C2, [...], C11. Os trabalhadores foram codificados com a letra “T”, sendo que o primeiro entrevistado recebeu a codificação T1, o segundo T2 e assim sucessivamente até o último ter recebido a codificação T18. As unidades observadas foram codificadas com as letras A e B.

5.2.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Para a análise do material empírico foram adotados os seguintes procedimentos:

- a) Primeiramente, foi realizada a conferência da fidelidade das transcrições dos grupos focais e das entrevistas;
- b) Em seguida, realizada leitura flutuante dos registros dos dados (grupos focais, observação e entrevistas), de forma a possibilitar a impregnação por seu conteúdo;
- c) A seguir foi realizada leitura vertical de cada um dos agrupamentos de dados, ou seja, uma leitura repetida e aprofundada de cada grupo focal, de cada registro da observação e de cada uma das entrevistas, separadamente. Desta análise foi possível a constituição de sínteses – de cada um dos grupos focais, da observação de cada uma das unidades e das entrevistas dos trabalhadores de cada uma das unidades, em que se procurou reconhecer as representações, as contradições e antagonismos presentes em cada registro;
- d) Na sequência, foi realizada a leitura horizontal das sínteses dos grupos focais, dos registros da observação de cada unidade e de cada uma das entrevistas. A partir da leitura horizontal dessas sínteses primeiras, foram produzidas três sínteses, uma para cada conjunto de registros (grupos focais, observação e entrevistas). Estas sínteses foram cotejadas aos objetivos definidos para o estudo, ou seja, que tensões e conflitos estão presentes no cotidiano do trabalho; como se dá a interação entre a coordenação local e os trabalhadores e qual sua relação com a manifestação e o manejo das tensões e conflitos; e que recursos a coordenação utiliza no enfrentamento destes no cotidiano do trabalho;
- e) Seguiu-se uma análise transversal, de cada uma das sínteses, realizando-se assim a triangulação dessas sínteses, evidenciando convergências e divergências, relações e contradições, sempre considerando o contexto da coleta da pesquisa de campo e dos sujeitos da pesquisa, o que possibilitou uma compreensão ampla e aprofundada do objeto de estudo;

f) A análise realizada (vertical de cada registro, horizontal e a análise transversal/triangulação) possibilitou a constituição das seguintes categorias empíricas: percepção do conflito pelos sujeitos da pesquisa; tensões e conflitos presentes no cotidiano do trabalho; gestão comunicativa do trabalho e dos conflitos; manejo dos conflitos: recursos acionados pela gerência e reflexão sobre a ação – uma proposta de intervenção sistematizada.

Cabe ressaltar que a análise dos dados foi feita considerando-se o quadro teórico conceitual adotado na pesquisa, em especial as categorias analíticas eleitas: processo de trabalho em saúde, agir comunicativo, agir instrumental e agir estratégico, reconhecimento e conflito; bem como o contexto em que foi produzido o material empírico, pois o mundo da vida dos sujeitos e do pesquisador constituiu-se em parâmetro de análise. O contexto refere-se à organização do sistema municipal de saúde e, conseqüentemente, do modelo de atenção à saúde desenvolvido no município campo do estudo, bem como da prática gerencial nas unidades básicas de saúde.

A busca pela compreensão e interpretação do texto e contexto desta pesquisa se pautou na hermenêutica crítica, entendendo-a não propriamente como uma epistemologia ou metodologia, no sentido clássico de um sistema fechado de pressupostos e regras, mas como base conceitual de um caminho possível para um exame fundamentado e apreciação intersubjetiva do problema aqui tomado para estudo (Ayres, 2008).

Tanto Paul Ricouer quanto Jürgen Habermas apontam a possibilidade de aproximar a questão hermenêutica de um conjunto de procedimentos sistemáticos para lidar com a linguagem, porém com a preocupação de não ficar numa perspectiva formalista da linguagem, de caráter neopositivista. Também não assumem a linguagem apenas como para abertura para o mundo, no sentido

existencial da linguagem. Como eles estão preocupados com a questão comunicativa, querem ver como é possível que a linguagem produza esse *télos* comunicacional e por outro lado, ao fazerem isso, usá-la como forma de se aproximar da ação social, de forma pragmática.

Desta forma, Ricouer (2008) vai propor algo mais próximo da ideia de método do que Gadamer. Ele fala de procedimentos como forma de lidar com a dialética da linguagem a partir de uma decodificação interpretativa dos discursos.

A Relação entre Texto e Ação – Ricoeur (1973, 2008) defende que o “paradigma da leitura” (método de interpretação textual que está centrado na compreensão do texto) pode fornecer um caminho metodológico para uma investigação científica. Ele aponta que os princípios criados pela hermenêutica para a interpretação do texto podem ser aplicados ao objeto de estudo das ciências sociais, ou seja, as ações humanas (“ação significativa como texto”). Com base na teoria de Émile Benveniste, destaca quatro princípios fundamentais da análise de discurso que podem ser aplicados à análise dos fenômenos sociais: primeiro, o discurso é realizado temporalmente e no presente e, portanto, deve ser tratado como um fenômeno temporal, realizado em um determinado momento histórico e social; segundo, o discurso é uma forma de subjetividade, é autorreferenciado e se refere a um falante. Porém, a subjetividade não é apenas de seu autor, pois inúmeros outros agentes e forças estão por trás da produção de discursos; terceiro, o discurso é produzido para descrever, expressar ou representar o mundo ao nosso redor, “é sempre sobre algo no mundo”. No discurso, a função simbólica da linguagem é atualizada; e, finalmente, o discurso é um enunciado de um ato comunicativo em que as mensagens são trocadas; é endereçado a alguém. Neste sentido, o discurso não tem só um mundo, mas um outro a que se destina e tem uma audiência.

Ricouer (1973) também se ocupa em sistematizar como a metodologia da hermenêutica pode ser usada em pesquisas das ciências sociais e a parte mais importante de sua concepção é a dialética da “Erklärung” (explicação) e “Verständnis” (compreensão), e propõe que esta se dá através de um movimento em círculo hermenêutico, tendo em vista que todo fenômeno humano é ao mesmo tempo compreensão e explicação. Aponta que este fenômeno sofre determinações que marcam a vida de uma pessoa e esses fatores objetivos precisam ser explicados (contexto em que emergem os discursos – condições objetivas de produção desta fala); ou seja, existe uma dialética contínua entre aquilo que demanda ser explicado como causa e que precisa ser compreendido como sentido. Ricouer (1973) aponta ainda duas formas de entrada no círculo hermenêutico. A primeira se dá por meio de oferecer uma interpretação (um “palpite”), que pode ser inadequado a priori. Mas este primeiro passo é necessário, pois o próximo passo para a compreensão (e explicação) do texto será a validação desse palpite. A função de validação é mostrar até que ponto a interpretação inicial é provável. Se a validação racional falsifica o primeiro palpite, com base na análise, cabe a emissão de um segundo palpite que será validado e assim por diante, até que se esteja satisfeito com o conhecimento produzido. Outro método sistemático de interpretação do fenômeno humano é baseado na abordagem estruturalista, que examina os fenômenos sociais, a fim de identificar as suas estruturas internas. Aponta que há leis (determinações – que podem ser conhecidas ou não) que regem o funcionamento e o comportamento de um conjunto de pessoas e que dão, de certa forma, o sentido de como as pessoas se relacionam. Desta forma, interpretar é ir à busca das regras que organizam este fenômeno, tendo em vista que toda regra se manifesta por meio da linguagem. Outros elementos da análise hermenêutica, sistematizados por Ricouer (2008), foram considerados na análise do material empírico desta pesquisa e estão sistematizados a seguir:

Fusão de Horizontes - Este conceito exclui a ideia de um saber total e único, do fechamento do saber em um ponto de vista, pois “não vivemos nem em horizontes fechados, nem num horizonte único” e “onde houve uma situação, haverá horizonte susceptível de se estreitar ou de se ampliar” (Ricouer, 2008, p.49). O conceito também implica a dialética entre o próximo e o longínquo, entre a pertença e o distanciamento, entre o autor e o intérprete do texto que pode ser descoberto, contextualizado e compreendido. Essa dialética nos permite, na busca da compreensão de um texto, reconhecer um horizonte de significado que nos foi transmitido e que pode ser fundido com o nosso. “Essa ideia muito fecunda segundo a qual a comunicação à distância entre duas consciências diferentemente situadas faz-se em favor da fusão de seus horizontes, vale dizer, do recobrimento de suas visadas sobre o longínquo e sobre o aberto”, é devida a Gadamer (Ricouer, 2008, p.49).

Nesta pesquisa, a fusão de horizontes entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa se deu quando, na busca ativa em responder a algo que o pesquisador visualizava a partir de seu próprio horizonte, pôde, em contato com o outro - nos diálogos estabelecidos e na interação ocorrida durante os encontros -, compreender o outro, ampliar a compreensão sobre si mesmo e ao mesmo tempo produzir o conhecimento, a partir desse intercâmbio, dessa fusão.

Distanciamento Crítico - A antinomia: pertença x distanciamento alienante foi o tema central da obra de Gadamer – Verdade e Método – e também objeto de reflexão de Ricouer (2008, p.48-49), expressa a partir da seguinte questão: “como é possível introduzir qualquer instância crítica numa consciência de pertença expressamente definida pela recusa do distanciamento?” Esta questão também é central na produção de conhecimento das ciências humanas, pois há muito se discute que o distanciamento

que condiciona o estatuto científico das ciências é o mesmo que degrada a relação fundamental de pertença à realidade histórica, tida como objeto de estudo nesta área. Para Ricouer (2008, p.52), é possível ultrapassar esta oposição, pois o texto, por si só, é produtor de distanciamento, mantendo-se, ao mesmo tempo, essencialmente vinculado à historicidade da experiência humana. Para este autor, o texto é “muito mais que um caso particular de comunicação inter-humana: é o paradigma do distanciamento na comunicação”, comunicação esta que se dá “na e pela distância”. Desta forma, o distanciamento é possibilitado pela objetivação do texto escrito, que se autonomiza após ser produzido (liberta-se em relação ao autor), condição essencial à sua interpretação.

No caso desta pesquisa, os textos foram produzidos a partir da interação entre os sujeitos de pesquisa e o pesquisador, pois tanto o texto resultante das discussões ocorridas nos grupos focais como aquele oriundo das entrevistas com os trabalhadores das unidades de saúde tiveram a participação do pesquisador, seja na mediação do grupo focal, seja na condução das entrevistas. Após a transcrição das gravações, foram produzidos textos que, ao mesmo tempo em que mantêm sua historicidade, autonomizaram-se em relação aos seus autores ao ser tornarem objetos de análise e de interpretação.

Dialética Evento e Significação - Esta dialética se manifesta na efetuação da linguagem como discurso. O evento é realizado temporalmente (no presente), sempre remete a um locutor (vincula-se à pessoa daquele que fala) e refere-se a um mundo que pretende descrever, exprimir ou representar. Já a significação representa aquilo que é compreendido do discurso, se extrapola enquanto evento no que produz de sentido para aquele que o interpreta; e sua compreensão é diferente, pois o autor perde o controle e é o leitor que determina o significado do texto. Para elucidar de forma mais completa esta dialética, Ricouer (1973, 2008) recorre à Teoria dos

Atos de Fala, de Austin e Searle. Segundo esta teoria, o ato do discurso é constituído por uma hierarquia de três atos (ou níveis) subordinados: ato locucionário ou proposicional (aquele que fala diz alguma coisa – o que é dito); ato ilocucionário (aquilo que se faz ao dizer – o modo como é dito); e ato perlocucionário (aquilo que se provoca no outro ao dizer – o sentimento que é produzido no outro a respeito do que é dito). O autor referido dá ao termo significação uma acepção bastante ampla, recobrando todos os aspectos e todos os níveis da exteriorização intencional, e não somente o sentido do escrito (ato proposicional ou locucionário), mas também o da força ilocucionária e até mesmo o da ação perlocucionária.

Distinção entre Sentido e Referência - Para Ricoeur (2008), a tarefa fundamental da hermenêutica não se reduz a reconstruir a estrutura de um texto ou o sentido de sua obra, mas, sobretudo, de desvendar o “mundo do texto”, ou seja, além da estrutura e do sentido, é preciso interpretar o mundo. Desta forma, em toda proposição é possível distinguir “seu sentido e sua referência”. O sentido é imanente ao discurso – “é o objeto real que visa”; e “sua referência é seu valor de verdade, sua pretensão de atingir a realidade”, de mostrar uma realidade comum aos interlocutores. Deste modo, interpretar um texto é descortinar o mundo a que ele se refere, que se abre por meio da linguagem para os mecanismos que regem a existência humana. Tais mecanismos possibilitam a circulação da vida cultural e histórica; circulação de mundo projetado na obra, com o qual o leitor interage, posto que o texto só se transforma em obra no intercâmbio com o leitor.

Por fim, cabe ressaltar ainda que as ‘balizas’ da postura hermenêutica foram consideradas nesta etapa do trabalho: a busca de dados históricos e do contexto em que foram produzidos os discursos e fatos analisados (tendo em vista que os discursos são marcados pela tradição, cultura e conjuntura); a adoção pela pesquisadora de uma postura de respeito aos discursos e demais

materiais de análise, tendo o cuidado de, na análise, não cometer os desvios de sentido; a não busca por uma verdade essencialista e absoluta, mas a apresentação da verdade expressa e produzida pelos envolvidos nesta pesquisa (Minayo, 2002b).

5.3. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa respeita as normas relativas à pesquisa envolvendo seres humanos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, ref. Processo nº 971/2010/CEP-EEUSP (Anexo 2). Também foi autorizada pelos gestores dos municípios pesquisados, e por todos aqueles que participaram diretamente na pesquisa, sendo garantido: que todos os sujeitos envolvidos fossem consultados sobre sua concordância em participar da pesquisa por meio do termo de consentimento livre e esclarecido; o sigilo das informações obtidas; bem como o anonimato dos sujeitos que participaram da pesquisa.

5.4 CONTEXTO DO ESTUDO: O MUNICÍPIO DE CAMBÉ

5.4.1 BREVE HISTÓRICO DO MUNICÍPIO E DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

A colonização de Cambé foi realizada por intermédio da Cia. de Terras Norte do Paraná, como nos demais municípios da região, e se iniciou em 1932, com a vinda das primeiras 10 famílias oriundas da cidade de Dantzig, atual Gdansk, na Polônia. Por esse motivo a cidade foi batizada de “Nova Dantzig”. Atraídos pela fertilidade das terras, vieram em seguida japoneses, italianos, eslovacos, portugueses, alemães, espanhóis, libaneses, além de paulistas e nordestinos.

Na década de 1940, o advento da 2ª Guerra Mundial fez com que o governo do Estado obrigasse as localidades de nomes relacionados com os países inimigos a trocarem de denominação. Nova Dantzig passou a se chamar Cambé, que na língua tupi significa “passo do veado”, remetendo à caça, e também nome de um ribeirão que banha o município. Foi elevado à categoria de município no ano de 1947.

O município tem área de 496.122 km² e está localizado no terceiro planalto do Estado do Paraná, distante 15 km de Londrina, cidade sede da 17ª Regional de Saúde, e 392,93 km de Curitiba, capital do Estado. Cambé é considerada uma cidade de médio porte, segundo a classificação adotada pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), e possui população de 97.389 habitantes, sendo 96,1% residentes na zona urbana do município (IPARDES, 2012)

É o 18º município em arrecadação de ICMS no Estado do Paraná e a renda per capita é de R\$ 265,45. A população economicamente ativa é de 53.842 habitantes e 56,8% das famílias

têm renda de até dois salários mínimos. A taxa de alfabetização de adultos é de 90,55% e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) é de 0,793 (IPARDES, 2012).

O setor secundário é o principal responsável pela economia do município, respondendo por 68,57%; possui 600 indústrias, das quais 80,6% são de pequeno e médio porte. Os principais ramos de atividades são: produtos alimentares, metalurgia, química, produção de materiais plásticos, vestuário e materiais de transporte. O setor terciário é responsável por 20,84% da economia municipal e é representado por 1.560 empresas comerciais e 933 prestadoras de serviços, sendo que 79% são de pequeno porte. O setor primário responde por 10,59% da economia municipal, e possui 743 propriedades rurais, das quais 71,4% têm área de até 50 hectares. Os principais produtos agrícolas são a soja, o trigo e o milho (Cambé, 2010/2011).

Em relação aos indicadores de saúde, estes refletem um bom estado de saúde para a população, como pode ser visualizado na figura 5, em que a maioria dos óbitos ocorreu em pessoas com 50 anos ou mais. Também merecem destaque a esperança de vida ao nascer, que é de 72,87 anos (IPARDES, 2012) e a taxa de mortalidade infantil, que no ano de 2011 foi de 11,38/1.000NV (destas 7,88 ocorridas no período neonatal e 3,50 no período pós-neonatal). Em relação à mortalidade geral por causas, no ano de 2008 a maior proporção de deveu às doenças do aparelho circulatório, com 29% do total, seguidas pelas causas externas, responsáveis por 16% do total de óbitos, e em terceiro lugar as neoplasias respondendo por 15% dos óbitos (Cambé, 2010/2011).

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Cambé, 2010 – 2011.

Figura 5 - Curva de Nelson de Moraes, Cambé - 2008

Na área da saúde, o município executa diretamente ações na atenção básica, desenvolve programas prioritários, atua por meio das vigilâncias epidemiológica e sanitária, e desenvolve outras ações de saúde através de prestadores de serviços de saúde filantrópicos e privados.

A implantação da atenção básica de saúde em Cambé e municípios vizinhos teve características muito particulares e distintas no processo da descentralização do sistema de saúde, tendo se iniciado no ano de 1975, com a implantação de quatro “minipostos” de saúde na área rural do município, com infraestrutura e atendimento bastante elementares, além de uma unidade móvel que atendia bairros periféricos da cidade. Esta estrutura manteve-se por apenas dois anos, sendo substituída por unidades de saúde. Assim, no final de 1976 foi implantada a primeira unidade de saúde na área urbana, no Jardim Santo Amaro; no início do ano seguinte a segunda, no Jardim Novo Bandeirantes; e no início dos anos 1980 mais três unidades. Desta forma, a organização do sistema

municipal de saúde se iniciou antes mesmo que governo federal desencadeasse as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), o que só ocorreu a partir de 1984, e que foram as estratégias propulsoras para a organização do SUS na maior parte dos municípios do País.

No ano de 1985 foi criada a Secretaria Municipal de Saúde e na década de 1990 foram implantadas as outras unidades de saúde do município até totalizar as 11 unidades existentes atualmente, bem como vários serviços de apoio às unidades de saúde (laboratório, centro de especialidades, farmácia), que estão descritas a seguir. Em 1998 foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), inicialmente com três equipes, sendo ampliado progressivamente nos anos seguintes e estando atualmente com 24 equipes de saúde da família e 18 equipes de saúde bucal. No início dos anos 2000 foram implantados os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) adulto e infantil e em 2004 a Unidade de Saúde 24 horas, como uma unidade de atendimento de urgência (pronto-atendimento).

No ano de 2005, além de ampliação do Centro de Especialidades Médicas, foi implantado o Centro de Especialidades Odontológicas e, no ano seguinte, o Serviço de Transporte em Saúde integrado ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da Região Metropolitana de Londrina. Neste período também foi priorizada a reorganização dos processos de trabalho na rede básica com o desenvolvimento de oficinas de c, estratégia incentivada pela implantação da Política de EPS no País (Brasil, 2004). Nestas oficinas participavam todos os trabalhadores da rede básica de saúde, com vistas a consolidar a estratégia Saúde da Família e a qualificar a atenção prestada, incorporando o acolhimento e a humanização na atenção à saúde.

Em setembro de 2007, por meio do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM), aprovado pelo Conselho Municipal de

Saúde, foi formalizada a adesão ao Pacto Pela Saúde. Segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado do Paraná, Cambé é sede de módulo de uma microrregião assistencial, congregando nessa microrregião quatro municípios: Florestópolis, Miraselva, Prado Ferreira e Bela Vista do Paraíso. Apesar de ainda apresentar deficiências, a rede de atenção à saúde do SUS, neste município e região, apresenta boa estrutura e organização, resultantes da conjugação de vários aspectos: o pioneirismo de gestores e sanitaristas da saúde pública na instituição de uma rede de atenção básica, anterior à descentralização mobilizada pelas AIS e SUDS no País; a influência exercida pela Universidade Estadual de Londrina na área da saúde (cursos de graduação e de pós-graduação em saúde coletiva) tendo como campo de prática os serviços de saúde da região metropolitana, da qual Cambé é integrante; dentre outros aspectos.

No ano de 2012 o Sistema Municipal de Saúde é constituído dos seguintes serviços públicos:

- 11 Unidades de Saúde da Família onde atuam 24 equipes de saúde da família e 18 equipes de saúde bucal. Destas unidades, nove funcionam 12 horas, uma por 16 horas e uma 24 horas.
- 1 Unidade Básica de Saúde - zona rural, com funcionamento de seis horas/dia;
- 1 Centro de Apoio Psicossocial Infantil (CAPSI);
- 1 Centro de Apoio Psicossocial Adulto – Espaço Vida;
- 1 Laboratório de Análises Clínicas;
- 1 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA);
- 1 Unidade de Lactação de Cambé (UNILAC);

- 1 Centro de Reabilitação e Promoção em Saúde;
- 1 Centro de Referências de Especialidades Médicas;
- 1 Centro de Especialidades Odontológicas;
- 1 Unidade de Vigilância em Saúde;
- 1 Serviço de Transporte de Pacientes integrado ao SAMU;
- 1 Farmácia Pública Municipal.

Participam também do Sistema Municipal de Saúde, de forma complementar ao SUS, os seguintes serviços privados:

- Santa Casa de Misericórdia de Cambé, um hospital filantrópico, contratualizado com o município, que realiza atendimentos ambulatoriais de urgência e emergência e também internações hospitalares, inclusive de terapia intensiva. Possui 82 leitos e realiza em média 330 internações e 1.150 atendimentos ambulatoriais por mês;
- Hospital São Francisco, um hospital privado, de médio porte (52 leitos), porém não contratualizado, que realiza apenas cirurgias eletivas, em média 16 internações pelo SUS por mês;
- Sindicato dos Trabalhadores de Cambé, que realiza atendimentos ambulatoriais médicos e odontológicos;
- Clínica Ortopédica de Cambé, que realiza atendimentos ambulatoriais na área de ortopedia e fisioterapia;
- Clínica Endoimagem, contratada para exames de ultrassonografia e mamografia;
- Laboratório Analisa de Cambé e laboratório Biocenter, atuando de forma complementar ao Laboratório Municipal de Análises Clínicas;

- Associação de Pais e Amigos de Excepcionais, que realiza atendimento especializado a portadores de deficiências.

O município possui ainda várias clínicas médicas e laboratórios privados que não realizam atendimentos aos usuários do SUS.

A atenção básica está organizada pela estratégia saúde da família, implantada no município no final dos anos de 1990. O processo de estruturação e posterior expansão desta estratégia no município não se deu apenas com os servidores de carreira do município, ou seja, contou também com trabalhadores com vínculo terceirizado. Estes são parte dos médicos e enfermeiros e a totalidade dos auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde, que foram contratados por uma empresa terceirizada pelo município – atualmente a empresa contratada é a “Atlântico”. No ano de 2005, dos 750 trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde, 260 atuavam com vínculo terceirizado, o que representava quase 35% do total de trabalhadores. O percentual de vínculo terceirizado é maior entre os profissionais de nível médio (agentes comunitários de saúde, agentes de endemias e auxiliares de enfermagem), representando 84,4% destes trabalhadores.

Desde a implantação da estratégia saúde da família no município, já houve a contratação de quatro empresas, cuja atribuição era a de administrar a contratação de trabalhadores para o serviço municipal de saúde. Ao final do contrato de cada uma delas, os trabalhadores foram demitidos e recontratados pela empresa que assumiu os serviços na sequência. Isso tem gerado instabilidade entre os trabalhadores de uma mesma equipe, em função da descontinuidade dos contratos de trabalho, das diferenças salariais e diferenças em outros benefícios trabalhistas entre os trabalhadores terceirizados e não terceirizados. Para solucionar o problema advindo desta descontinuidade, o município conseguiu

aprovar no final de 2011 a ampliação do quadro de pessoal próprio e foi realizado, no mês de março de 2012, concurso público para todos os cargos atualmente terceirizados, porém a contratação dos trabalhadores concursados está prevista para o início de 2013.

Em relação à função de coordenação de unidades de saúde, esta foi criada por lei municipal no ano de 1993. Constitui-se em uma função com gratificação, definida pela lei complementar nº 019/2009, de 22 de maio de 2009. Somente os servidores de carreira, ou seja, aqueles com vínculo direto com o município, podem ser nomeados para esta função. Atualmente, todas as gerências de unidades de saúde são exercidas pelo profissional enfermeiro. Isso faz com que, dos 24 enfermeiros que atuam nas unidades de saúde, apenas 13 podem assumir esta função, visto que os outros nove com atuação nas UBS não têm vínculo empregatício direto com o município. Apesar de todos os gerentes serem enfermeiros, não há na lei especificação que defina categoria profissional que deve desempenhar, e também não há exigência de formação prévia para assumir esta função.

No organograma do município, as unidades de saúde estão vinculadas hierarquicamente à Diretoria de Atenção às Unidades de Saúde da Família (Cambé, 2005), mas também mantêm certa relação com a Diretoria de Atenção Básica em Saúde, visto que a esta estão vinculadas a Divisão de Apoio e Diagnóstico, a Divisão de Serviços Odontológicos e a Divisão de Assistência Farmacêutica.

Os coordenadores de unidade de saúde realizam semanalmente, com a Diretoria de Atenção às Unidades de Saúde da Família, uma reunião em que são discutidas e acordadas questões referentes ao funcionamento das unidades, no que diz respeito ao planejamento e implantação e/ou implementação de ações e serviços de saúde; discussão de protocolos e rotinas assistenciais, incluindo o fluxo a ser seguido; contato e articulação

junto a outras diretorias e serviços da secretaria de saúde para o desenvolvimento conjunto de ações; discussão e encaminhamento sobre problemas com funcionários, dentre outras atividades.

No sistema municipal de saúde, é atribuída à unidade de saúde da família a responsabilidade pela porta de entrada prioritária ao sistema, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006a). O objetivo destas unidades, segundo documento diagnóstico produzido pela Diretoria de Planejamento da Secretaria de Saúde (2011)⁴ é o de promover a saúde, prevenir riscos, danos e agravos à população, sendo também o local prioritário para que o exercício da clínica do cuidado aconteça. Cabe às unidades o referenciamento do usuário aos demais serviços de saúde quando necessário, conforme explicitado no documento mencionado:

Do ponto de vista da organização funcional, o usuário a partir do primeiro nível de atenção é referenciado para os outros níveis. Significa que é neste nível que se estabelece o vínculo entre o cidadão e o serviço de saúde. Mesmo referenciado a outros níveis do sistema, continua vinculado à unidade básica, que pode ser acionada a qualquer momento. No primeiro nível a responsabilidade pela atenção integral é compreendida desde o cuidado com os casos agudos até o acompanhamento dos casos crônicos (Cambé, 2011, p.9).

Este mesmo documento define também a forma de organização e atividades previstas para serem realizadas por estas unidades:

Em Cambé, tem-se, enquanto prioridade, a prestação de serviços a partir da pessoa, de sua família e de seu entorno comunitário, tendo como Eixo estruturante a Estratégia Saúde da Família-ESF, que está implantada no município em 100% das Unidades de Saúde, com cobertura de atendimento à população de 80%, realizando as seguintes atividades: visitas domiciliares,

⁴Cambé. Secretaria Municipal de Saúde. Diagnóstico referente à organização de serviços e situação de saúde do município de Cambé, elaborado pela Diretoria de Planejamento. 2011. 54p.

cadastro e acompanhamento das famílias, vacinação, curativo, puericultura, planejamento familiar, consultas médicas, palestras, atividades educativas, grupos etc. A equipe de Saúde da Família é composta por médico, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, odontólogo, agente comunitário de saúde, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental (Cambé, 2011, p.9).

A unidade de saúde da família, para fortalecer as ações de prevenção e promoção à saúde, contam com o apoio de profissionais que integram o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio de duas equipes compostas por educador físico, nutricionista, psicólogo, farmacêutico e assistente social. Uma equipe atua nas regiões Norte e Central e a outra nas regiões Leste e Sudeste.

Para o desenvolvimento das atribuições previstas, o município conta com 11 unidades de saúde da família, e uma unidade tradicional na zona rural, distribuídas conforme quadro 3.

Quadro 3 - Distribuição das unidades de saúde da família, por região, Cambé - 2009

Região Sudeste	Região Leste	Região Norte	Região Centro	ZONA RURAL
Unidade de Saúde Novo Bandeirantes	Unidade de Saúde Maria Anideje	Unidade de Saúde Jardim Ana Rosa	Unidade de Saúde Jardim Cristal	Unidade de Saúde Km 9
Unidade de Saúde Jardim Silvino	Unidade de Saúde Jardim Santo Amaro	Unidade de Saúde Saúde Cambé IV	Unidade de Saúde Vila Guarani	
	Unidade de Saúde Jardim São Paulo		Unidade de Saúde Centro	
			Unidade de Saúde Cambé II	
20.678 habitantes	23.020 habitantes	18.590 habitantes	33.940 habitantes	5.734 habitantes

Fonte: Diretoria Atenção Básica/AVSC/IBGE/SMSP/PMC

Todos os prédios onde funcionam as unidades de saúde são próprios do município, sendo que a maioria já foi substituída por novas construções e outras reformadas e ampliadas. Algumas ainda necessitam de melhoria de estrutura física, como o Centro de Saúde, a unidade mais antiga do município, e há planejamento de construção de uma nova unidade em substituição à atual, porém sem data definida. As unidades contam também com quatro veículos que se revezam no deslocamento das equipes para o atendimento nos domicílios e a avaliação dos coordenadores é que estes não são suficientes para o atendimento da demanda de visitas.

Apesar de infraestrutura física razoável, as unidades possuem estrutura de equipamentos deficitária, especialmente de recursos de informática, não dispondo de um sistema (software) que integre as várias unidades e ações desenvolvidas. Isso faz com que vários procedimentos (agendamento de consultas e exames, resultados de exames, relatórios de produção, dentre outros) sejam realizados manualmente (por escrito ou por telefone), aumente o tempo despendido para a atenção prestada, além de aumentar a carga de trabalho de vários profissionais e ocasionar vários problemas por atraso ou falha no processo de comunicação.

CAPÍTULO 6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 PRIMEIRA FASE - ESTUDO EXPLORATÓRIO

Na apresentação dos resultados, inicialmente é realizada a caracterização dos coordenadores e, a seguir, a análise dos mecanismos de gestão utilizados, agrupados em três categorias: atividades de organização do processo de trabalho (conhecimento do território, planejamento e avaliação do trabalho), atividades de gestão do trabalho (reunião de equipes, avaliação dos trabalhadores, atividades de educação permanente) e atividades com a comunidade (reunião com a comunidade).

Para sistematização dos dados obtidos, alguns resultados foram apresentados em dois grupos de municípios: os de pequeno porte e os de médio/grande porte (Atlas, 2002), pois se verificou diferença significativa na caracterização dos gerentes e na utilização dos instrumentos de gestão nesses dois grupos de municípios.

6.1.1 CARACTERIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO

Houve o predomínio do sexo feminino (96,3%), não havendo diferença estatística entre os gerentes que atuam nos dois grupos de municípios. A idade mínima dos gerentes pesquisados foi de 22 anos e a máxima de 62 anos. A idade média foi de 39,5 anos. No entanto, a distribuição dos pesquisados, segundo a faixa etária, foi desigual entre os dois grupos de municípios (valor de $p < 0,0001$), sendo que 41,7% dos gerentes que atuam nos pequenos municípios têm menos que 30 anos, enquanto que nos municípios de médio e grande portes 68,1% dos gerentes têm 40 anos e mais (Figura 6). Em outros municípios de grande porte, como Belo Horizonte e Fortaleza, a maioria dos gerentes também se encontrava na faixa

etária de 36 a 50 anos (Alves, Penna, Brito, 2004; Fernandes, 2010). O fato de pessoas com maior faixa de idade estarem ocupando cargo gerencial nos municípios maiores pode indicar que os profissionais mais jovens, ou em início de carreira, têm tido menos oportunidades de assumir cargo gerencial nas UBS destes municípios, sendo que o inverso pode estar ocorrendo nos pequenos municípios. Alves, Penna e Brito (2004, p.443) apontam que diferente do que ocorre em organizações privadas, em que é detectada a tendência de incorporação de profissionais jovens, que são treinados para implementar processos de inovação organizacional, nas instituições públicas de saúde é usual a adesão “às normas tradicionais de gerência e construção de carreiras rígidas ao longo da vida profissional, desconsiderando outros critérios como o conhecimento gerencial, a capacidade de inovação e a produtividade”.

A remuneração mensal dos gerentes pesquisados variou de dois a 10 salários mínimos (SM) (valor do salário mínimo na época da pesquisa: R\$ 510,00). Houve o predomínio da faixa de três a cinco SM (39,4%), seguida da faixa de sete SM e mais (25,5%). Verificou-se também diferença significativa entre aqueles que atuavam nos municípios de pequeno portes em relação aos municípios de médio e grande porte ($p < 0,001$). As maiores remunerações concentraram-se entre os gerentes que atuam nos municípios de médio e grande portes (Figura 6). A diferença salarial nos dois grupos de municípios deve estar associada à existência de uma carreira com plano de cargos e salários (PCCS) mais consolidada nos municípios de médio e grande portes, o que foi referido por 73,6% dos gerentes destes municípios, enquanto que nos pequenos apenas 8,3% apontaram existência de PCCS na instituição em que atuam.

Figura 6 - Distribuição dos gerentes de unidades básicas de saúde, nos dois grupos de municípios da 17ª RS - PR, segundo faixa de idade e de salário - 2010

Todos os 108 gerentes têm graduação, 107 em Enfermagem (99,1%), e 98 deles possuem pós-graduação (90,7%), não havendo diferença significativa da formação dos gerentes entre os dois grupos de municípios. Outras pesquisas também mostram o predomínio de enfermeiros no gerenciamento de unidades básicas de saúde em vários municípios brasileiros, no entanto em nenhuma delas foi tão expressiva como nos municípios desta região (Alves, Penna, Brito, 2004; Cubas, 2005; Fernandes, et al., 2010).

No Brasil, é expressiva a atuação da enfermagem na área gerencial, inclusive na atenção básica, diferente do que ocorre em países europeus como a Inglaterra onde a enfermeira atua na atenção primária à saúde predominantemente na área assistencial. A significativa participação da enfermeira na gerência dos serviços, no Brasil, aponta, por um lado, para a competência de atuação nos determinantes sociais para a promoção da saúde, proteção e reabilitação das pessoas (Dias, Cunha, Amorim, 2005); além de reconhecida capacitação na área administrativa e de interação satisfatória com os demais membros da equipe multidisciplinar (Alves, Penna, Brito, 2004). Por outro lado, os enfermeiros, na gerência, conduzem o trabalho com certa homogeneidade técnica e

política, não sendo capazes de romper com as lógicas institucionais que tradicionalmente vêm conformando o trabalho em saúde (Fracolli, Egry, 2001), tendo em vista seu destacado posicionamento no cumprimento e viabilização de ordens e na manutenção do *status quo* (Alves, Penna, Brito, 2004). Para Fracolli e Egry (2001, p.17),

A análise micropolítica do processo de trabalho de gerência apontou que a enfermeira, ao desempenhar um papel gerencial, o faz com uma visão idealista e disciplinadora do trabalho em saúde e “frustra-se” ao perceber que as “coisas” não acontecem como ela espera, chegando algumas vezes a tomar para si a “culpa” dos “quebras” cotidianos do processo de trabalho. Tal fato torna o trabalho gerencial uma fonte constante de tensão para a enfermeira (Fracolli, Egry 2001, p.17).

Em relação à formação complementar desses gerentes, 93 fizeram especialização (86,1%), um fez residência, quatro fizeram mestrado. Quanto à área de concentração das especializações realizadas, 86 informaram a área (79,6%). Os cursos mais referidos foram: em Saúde Coletiva (40 pessoas, correspondendo a 46,5%), Saúde da Família (21 pessoas, correspondendo a 24,4%). Estes dois cursos corresponderam a quase 70% das especializações realizadas. Outras especializações também citadas foram: Enfermagem do Trabalho (5,8%), Obstetrícia (4,7%), Urgência e Emergência (3,5%), Administração Hospitalar (2,3%), Gerência de Unidades (GERUS) (2,3%), dentre outras com menor frequência. Cabe ressaltar que 37 coordenadoras (34,3%) referiram ter cursado mais de uma especialização. Estes dados demonstram uma maior busca por qualificação destes profissionais, além da facilidade de acesso a estes cursos na própria região, mesmo para aqueles que atuam nos pequenos municípios.

Apesar da qualificação dos pesquisados, muitos dos cursos realizados por estes profissionais não foram reconhecidos pelos mesmos como suficientes para garantir o preparo para o desempenho gerencial da unidade, pois 63,5% dos gerentes afirmaram não ter realizado curso que os preparasse para o

exercício da função. Esse resultado deve ser refletido considerando não só a qualificação em nível de pós-graduação, mas também as recomendações das Diretrizes Curriculares, que definem o gerenciamento como uma das competências que devem ser adquiridas na graduação de Enfermagem (Brasil, 2001c). Dentre aqueles que afirmaram terem feito curso que os preparou para a função gerencial, 13 (19,6%) referiram ter sido por meio da Especialização em Gerenciamento de Serviços de Saúde (GERUS), seis (9,0%) por meio da Especialização em Saúde Coletiva/Saúde da Família, cinco (7,5%) da Atualização em Gestão Estratégica para Gestores Locais; três (4,5%) da Especialização em Gestão em Saúde, três (4,5%) por meio das especializações - Administração de Serviços de Saúde, Administração Hospitalar, Economia -, outras três (4,5%) pela graduação em Enfermagem e duas pessoas (3,0%) através do Mestrado em Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde. Houve ainda três pessoas (4,5%) que citaram que o preparo se deveu a vários cursos sem citar quais.

O tempo de atuação como gerente nas unidades de saúde variou de um mês a 18 anos, com média de 4,5 anos (desvio padrão de 4,7 anos). A maioria dos gerentes (60,4%) já havia atuado nesta função em outra unidade de saúde, no entanto houve expressiva diferença (valor de $p < 0,001$) entre os gerentes dos municípios de diferentes portes, pois enquanto nos de médio e grande portes 75,7% dos gerentes afirmaram ter tido experiência gerencial prévia em outra unidade, nos de pequeno porte este percentual foi de 30,6%. Este resultado reforça que os serviços de saúde dos pequenos municípios têm sido a oportunidade de primeiro emprego para enfermeiros, que assumem concomitantemente as funções assistenciais e gerenciais.

A forma de indicação predominante para o cargo de gerência de unidade de saúde foi diretamente pelo secretário ou diretor de saúde (86,7%) e não houve diferença nesta questão entre os dois

grupos de municípios, o que se justifica por se tratar de um cargo de confiança da administração. No entanto, este resultado difere do encontrado por Alves, Penna e Brito (2004), em que apenas 17% dos gerentes assumiram o cargo por indicação e os demais passaram por processo de seleção, concurso interno ou eleição.

Quanto à forma de ingresso, a maioria dos gerentes ingressou no serviço público por meio de concurso público ou teste seletivo (84,3%), tanto nos pequenos municípios (72,2%), quanto nos de médio e grande portes (90,3%), não havendo diferença significativa entre eles. A modalidade de contratação predominante foi o estatuto do servidor (63,9%), havendo diferença significativa ($p < 0,001$) entre os gerentes nos dois grupos de municípios. Nos de médio e grande portes foi observada maior frequência da contratação pelo estatuto do servidor público (80,6%), seguida pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (19,4%), enquanto que nos pequenos municípios a maioria dos gerentes foi contratada pela CLT (55,5%), seguida pelo estatuto do servidor (30,5%). Dentre os vínculos CLT, o contrato terceirizado por entidades como as Organizações Sociais (OS) ou Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) foi mais frequente nos municípios de médio e grande portes (16,7%), do que nos pequenos municípios (8,3%). Cabe ressaltar que, apesar de se tratar de um cargo de confiança, a quase totalidade dos gerentes pesquisados é trabalhador do quadro funcional dos municípios, semelhante ao relatado por Alves, Penna e Brito (2004).

6.1.2 ATIVIDADES DE ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

No que se refere à organização do processo de trabalho, foram avaliados: o conhecimento dos indicadores de saúde, das metas pactuadas no município e a discussão das mesmas com os

trabalhadores, o planejamento das ações de saúde e a avaliação destas, que estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos coordenadores de unidades básicas de saúde por porte dos municípios, segundo a utilização de instrumentos de organização do trabalho em municípios da 17ª Regional de Saúde do Paraná - 2010

Instrumentos de Organização do Trabalho	Pequeno Porte		Médio/Grande Portes		Total	
	n (36)	%	n (72)	%	n(108)	%
Conhece os Indicadores de Saúde do Território						
Sim	28	77,8	68	94,4	96	88,9
Não	06	16,7	03	4,2	09	8,3
Ignorado	02	5,5	01	1,4	03	2,8
Conhece Metas e Indicadores pactuados						
Sim	32	88,9	65	90,3	97	89,8
Não	04	11,1	06	8,3	10	9,3
Ignorado	-	-	01	1,4	01	0,9
Discute Metas e Indicadores Pactuados com os trabalhadores da Unidade						
Sim	26	72,2	60	83,3	86	79,6
Não	06	16,6	04	5,6	10	9,3
Ignorado	-	-	08	11,1	12	11,1
Planeja ações						
Sim	25	69,5	66	91,6	91	84,2
Não	07	19,4	03	4,2	10	9,3
Ignorado	04	11,1	03	4,2	07	6,5
Avalia ações						
Sim	23	63,9	58	80,5	81	75,0
Não	12	33,3	10	13,9	22	20,4
Ignorado	01	2,8	04	5,6	05	4,6

Na utilização desses instrumentos gerenciais, respectivamente 88,9% e 89,8% dos gerentes referiram conhecer tanto os indicadores de saúde do território quanto as metas pactuadas pelo município. Este resultado se justifica, pois em todos os municípios desta regional de saúde a atenção básica está

organizada pela estratégia Saúde da Família. Para reconhecer as necessidades dos usuários, bem como identificar risco epidemiológico, o Ministério da Saúde preconiza que seja incorporado na prática das equipes o conhecimento dos indicadores de morbimortalidade de seu território de atuação. Estes indicadores também devem servir como uma das referências para organizar o processo de trabalho no cotidiano, bem como para avaliação do mesmo (Brasil, 2011). Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS),

Se gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Um conjunto de indicadores se destina a produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, como base empírica para identificar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas. Constitui, assim, insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades da população (Ripsa, 2008, p.14).

Os indicadores de saúde mais citados pelos 96 coordenadores que referiram conhecê-los foram: coeficiente de mortalidade infantil e materna, cobertura vacinal, de pré-natal e de citologia oncológica, prevalência de hipertensão arterial, de diabetes mellitus, de tuberculose e de hanseníase e incidência da dengue. Os indicadores referidos se relacionam às áreas estabelecidas como prioridades para a atenção básica no Pacto pela Vida (Brasil, 2006b).

Porém, a discussão destas metas e indicadores com os trabalhadores da unidade foi referida por um percentual menor dos gerentes (79,6%). Apesar de a resposta afirmativa ter sido percentualmente maior entre os gerentes que atuam nos municípios de médio e grande portes (83,3%) em comparação àqueles que atuam nos municípios de pequeno porte (72,2%), esta diferença não foi estatisticamente significativa. O fato de cerca de 20% dos gerentes não discutirem os indicadores e metas pactuadas com a

equipe de trabalho pode indicar que esses gerentes incorporam pouco ou não incorporam os resultados das informações nos processos de tomada de decisão e que a organização do processo de trabalho se dá de forma pouco participativa. Segundo Pinheiro (2009), para que o gerente incorpore as informações em saúde em seu processo de trabalho, implica que conheça e saiba utilizar os sistemas de informação, e isso nem sempre acontece. Para Campos (2007), os Sistemas de Informação ainda não estão totalmente articulados às linhas reais de intervenção e, mesmo quando têm as informações disponíveis, muitos gerentes não sabem o que fazer com elas. Desta forma, é de fundamental importância que as informações estejam localizáveis, acessíveis e forneçam elementos para construir a cadeia explicativa dos problemas do sistema de saúde ou do território de abrangência (Pinheiro, 2009).

Em relação ao planejamento de ações e serviços, 91 gerentes (84,3%) afirmaram realizá-lo. No entanto, conforme apresentado na Tabela 1, a distribuição dos gerentes neste quesito foi distinta entre aqueles que atuam nos dois grupos de municípios, sendo maior para os que atuam nos municípios de médio e grande portes (91,7%) em comparação àqueles que atuam nos de pequeno porte (69,4%), diferença que foi estatisticamente significativa ($p=0,0106$).

Quanto à avaliação das ações, um percentual menor de gerentes afirmou realizá-la no cotidiano do trabalho (75,0%). Também foi menor o percentual de respostas afirmativas entre os gerentes de municípios de pequeno porte (63,9%) em relação aos que atuam nos municípios de médio e grande portes (80,6%), diferença estatisticamente significativa ($p=0,022$).

Em relação a como realizam o planejamento e a avaliação, a análise das respostas abertas foi baseada na categorização apresentada no quadro 4.

Quadro 4 - Categorização das atividades de planejamento e de avaliação das ações de saúde desenvolvidas pelos gerentes de unidades básicas de saúde dos municípios da 17ª Regional de Saúde do Paraná - 2010

	Categorização inicial	Categoria Intermediária	Categoria Final
P L A N E J A M E N T O	Foram descritos o processo de planejamento, a participação da equipe e a finalidade a ser alcançada com a ação planejada	A descrição menciona as principais etapas do planejamento e os participantes.	Planejamento Participativo
	Foram mencionadas ações isoladas, como a busca de faltosos, sem a menção de quem participou e de como foi feito o plano	A descrição não denota a realização do planejamento de uma ação	Não se caracteriza planejamento
A V A L I A Ç Ã O	Informaram as ações avaliadas, os instrumentos e/ou os parâmetros utilizados e/ou os resultados alcançados	Descreveram todo o processo de avaliação, denotando haver uma sistematização	Avaliação Sistematizada
	Não informaram os instrumentos e/ou os parâmetros utilizados para avaliar, descreveram somente as ações e atividades avaliadas.	A descrição realizada não denota uma sistematização do processo de avaliação	Avaliação não Sistematizada
	Não responderam que ações avaliam nem os instrumentos e parâmetros utilizados. Apenas informaram que avaliam, que atingiram os objetivos ou que identificam pontos fortes e fracos e no que podem melhorar.	Não responderam à questão ou não responderam ao objetivo da questão	Não se caracteriza avaliação

Após análise das respostas, 58% delas foram categorizadas como planejamento participativo (63,9% para as respostas de gerentes de municípios de médio e grande portes e 47,2% para os de pequeno porte) e 23,1% delas não responderam ao objetivo da questão, visto terem relatado apenas as ações que foram

planejadas. Cabe destacar que 18,5% dos gerentes não responderam a esta questão, sendo que a ausência de resposta foi maior entre os gerentes de pequenos municípios (36,1%).

Entre as respostas dos gerentes de municípios de médio e grande portes 63,9% foram categorizadas como “Avaliação Sistematizada”, 2,8% como “Avaliação não Sistematizada” e 33,3% “Não se caracteriza avaliação”. Entre as respostas dos gerentes dos municípios de pequeno porte, 30,5% foram categorizadas como “Avaliação Sistematizada”, 13,9% como “Avaliação não Sistematizada” e 55,6% “Não se caracteriza avaliação”.

É consenso entre autores da área que o planejamento é uma ferramenta organizacional, que integra o desenvolvimento das organizações e visa à condução da ação para o alcance de resultados e efetivação das metas estabelecidas. Sua implementação é uma atribuição do gerente e, portanto, deve estar inserido no gerenciamento dos serviços (Cubas, 2005; Fernandes et al., 2010; Lanzoni et al., 2009; Rivera e Artmann, 2003; Penna et al., 2004; Vanderlei, Almeida, 2007). Considera-se que esta concepção é referendada pela maioria dos gerentes do estudo, tendo em vista que 84,2% referiram desenvolver o planejamento de ações no cotidiano do trabalho.

Segundo Cubas (2005), para que o planejamento possa subsidiar o desenvolvimento de ações e serviços de saúde, deve estar estreitamente relacionado a um sistema de informações que possibilite o conhecimento dos problemas do território e a uma proposta de avaliação que monitore seu desenvolvimento e indique a necessidade do replanejamento das ações.

Neste estudo, 88,9% dos gerentes afirmaram conhecer indicadores, 84,2% referiram planejar ações e 75% referiram avaliá-las. Neste sentido, pode-se afirmar que não está havendo, entre todos os gerentes pesquisados, uma articulação entre o diagnóstico

dos problemas, o planejamento e a avaliação das ações no cotidiano do trabalho gerencial, como sugere Cubas (2005). Tal situação é mais preocupante nos pequenos municípios, em que este percentual foi de 77,8%, 69,5% e 63,9%, respectivamente, para o conhecimento de indicadores, planejamento e avaliação de ações de saúde. Nos pequenos municípios, esse resultado pode ter tido influência da menor experiência profissional dos gerentes e também da carência de estrutura para o planejamento e da baixa capacidade de gestão existentes, situação que, segundo o Plano Diretor em Municípios de Pequeno Porte (Brasil, sd), aponta a necessidade de instituição de políticas específicas para esta categoria de municípios. Estes achados encontram consonância no pensamento expresso por Ciampone e Melleiro (2005), de que aquele que desenvolve o planejamento está inserido em um contexto social que o determina e o condiciona; e também por Rivera e Artmann (2003), para os quais as possibilidades do planejamento são mediadas e subordinadas à cultura das organizações.

Ressalta-se que nem sempre o que é dito é realizado na prática. Neste estudo observou-se que o gerente afirma realizar planejamento e avaliação de ações, mas ao ser solicitado que relate como o faz, não respondeu a questão. Isto foi verificado entre os gerentes quando comparados os resultados apresentados na Tabela 1 e na análise do quadro 4. Verifica-se que 15,8% e 25,0% dos gerentes afirmaram não realizar planejamento e avaliação, respectivamente, ou não responderam a esta questão. Esse percentual elevou-se quando solicitado que descrevessem o planejamento e a avaliação de uma ação, pois 41,6% e 44,1%, respectivamente, não responderam a questão. Esta situação ocorreu entre os gerentes dos dois grupos de municípios, mas foi maior entre aqueles que atuam nos pequenos municípios, em que 52,8% e 55,6% não descreveram como fazem o planejamento e avaliação de uma ação. Vários autores discutem a dificuldade da realização do

planejamento no cotidiano do trabalho, em que os gerentes veem-se mais voltados às tarefas que surgem constantemente, colocando o planejamento como atividade secundária (Sena, 2002). Afirmam que esta dificuldade se deve à autonomia relativa do gerente, falta de capacitação, sobrecarga de trabalho, baixa capacidade gerencial, falta de informações fidedignas e falta de um projeto assistencial construído coletivamente (Cubas, 2005; Ferreira, 2004; Sena, 2002).

No entanto, ao analisar a descrição de como desenvolveram o planejamento e a avaliação das ações, verifica-se que a maioria dos gerentes (58%) explicita a participação dos demais trabalhadores da unidade de saúde, indicando se tratar de um planejamento participativo. Dados de revisão de publicações sobre o planejamento em enfermagem e saúde indicam a tendência das publicações de estarem orientadas ao processo de planejamento estratégico ou participativo, tanto no volume de produções quanto na atualidade dos trabalhos (Lanzoni et al., 2009).

O fato de o planejamento ser participativo é relevante considerando-se as características das organizações de saúde, também chamadas de “organizações profissionais” (Mintzberg, 1995). Para este autor, o funcionamento destas organizações depende basicamente de seus operadores, o trabalho desenvolvido é pouco formalizado e demanda um alto nível de qualificação, ou seja, se destacam a complexidade do trabalho, a impossibilidade relativa de uma padronização mecânica e a intensa distribuição do poder nas mesmas. Rivera e Artmann (2003) afirmam a necessidade de que a proposta de planejamento se constitua numa atividade dialógica e por um conjunto de práticas que, de maneira informal, auxiliem os profissionais a internalizarem o raciocínio estratégico como parte de seu processo de decisão cotidiano, como alternativa a pesados processos de planejamento de corte tecno-burocrático. Desta forma defendem que o ato de planejar deve ser interativo

entre todos aqueles que executam a ação, uma atividade comunicativa. Para esses autores,

o planejamento comunicativo corresponde a uma interpretação do planejamento estratégico matusiano como a possibilidade de uma problematização coletiva, capaz de articular sujeitos sociais, como a possibilidade de incorporação de um raciocínio sobre a governabilidade de situações de compartilhamento e dispersão do poder que enfatiza a negociação política (Rivera, Artmann, 2003, p.18).

6.1.3 ATIVIDADES DE GESTÃO DO TRABALHO NA UNIDADE DE SAÚDE

Foram analisados como instrumentos de gestão do trabalho a realização de reunião com a equipe de trabalhadores da unidade, avaliação dos trabalhadores e desenvolvimento de atividades de educação permanente, que estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos coordenadores de unidades básicas de saúde por porte dos municípios, segundo a utilização de instrumentos de gestão do trabalho, em municípios da 17ª Regional de Saúde do Paraná - 2010

Instrumentos de Gestão do Trabalho	Pequeno Porte		Médio/Grande Portes		Total	
	n(36)	%	n (72)	%	n (108)	%
Reunião de equipe						
Sim	34	94,4	72	100,0	106	98,1
Não	2	5,6	-	-	2	1,9
Ignorada	-	-	-	-	-	-
Avaliação dos trabalhadores						
Sim	14	38,9	70	97,2	84	77,8
Não	18	50,0	1	1,4	19	17,6
Ignorado	4	11,1	1	1,4	5	4,6
Educação Permanente						
Sim	21	58,3	62	86,1	83	76,9
Não	15	41,7	8	11,1	23	21,3
Ignorado	-	-	2	2,8	2	1,8

A quase totalidade dos gerentes afirmou realizar reunião com a equipe de trabalhadores da unidade que coordena (98,1%). Os dois gerentes que não realizam reunião de equipe são de municípios de pequeno porte e não houve diferença significativa desta prática entre os gerentes que atuam nos dois grupos de municípios. Em ambos os grupos, a modalidade mais frequente foi aquela em que todos os trabalhadores participam da reunião (93,3%), ao invés de apenas seus representantes (6,7%).

A periodicidade mais frequente das reuniões com a equipe foi a mensal, referida por 64 gerentes (59,8%), tanto no grupo de municípios de grande porte (68,7%) quanto nos pequenos (40,0%). Apesar de ser realizada em praticamente todos os municípios, esta prática apresenta-se mais sistematizada no grupo de municípios de grande porte, pois em 10 relatos de gerentes de municípios de pequeno porte (26,7%) não há periodicidade definida para que a reunião aconteça.

Em relação a realizar avaliação dos trabalhadores, houve grande discrepância entre as respostas dos gerentes dos dois grupos de municípios. Referiram avaliar trabalhadores 70 gerentes de municípios de médio e grande portes (97,2%) e apenas 14 gerentes (38,9%) de municípios de pequeno porte ($p=0,000$).

Também houve diferença estatisticamente significativa quanto ao desenvolvimento de atividades de educação permanente em saúde junto aos trabalhadores dos dois grupos de municípios. Foi referido o desenvolvimento desta atividade por 86,1% das coordenadoras que atuam nos municípios de médio e grande portes e por 58,3% das coordenadoras que atuam nos municípios de pequeno porte ($p=0,0005$).

Em relação a como realizam a avaliação de desempenho dos trabalhadores e as atividades de educação permanente, a análise

das respostas abertas foi baseada na categorização apresentada no quadro 5.

Quadro 5 - Categorização das atividades de avaliação de desempenho e de educação permanente em saúde, desenvolvidas pelos gerentes de unidades básicas de saúde dos municípios da 17ª Regional de Saúde do Paraná - 2010

	Categorização inicial	Categoria Intermediária	Categoria Final
A V. D E S E M P E N H O	Informaram os instrumentos e/ou os parâmetros utilizados e com que periodicidade é realizada	Descreveram avaliar os trabalhadores denotando uma sistematização deste processo	Avaliação Sistematizada de Trabalhadores
	Não possuem instrumentos padronizados e/ou parâmetros definidos para a avaliação dos trabalhadores, nem informaram com que periodicidade é realizada	O processo de avaliação dos trabalhadores não se dá de maneira sistematizada	Avaliação não Sistematizada de Trabalhadores
E D. P E R M A N E N T E	Descreveram o envolvimento da equipe na atividade e a definição dos temas trabalhados a partir de incômodos ou problemas do cotidiano do trabalho	Identificados aspectos que caracterizam atividades de EPS	Educação Permanente em Saúde
	Atividades pontuais de atualização profissional centrada nas capacitações técnico-científicas, desarticuladas e fragmentadas, que não envolveu toda a equipe de trabalhadores da unidade, nem foi descrita a forma como foram definidos os temas trabalhados	Atividades com características da educação continuada ou de atualização clínica de agravos	Educação Continuada

No que se refere à avaliação de desempenho dos trabalhadores, a resposta de 59,7% de gerentes de municípios de médio e grande portes foi categorizada como “Avaliação Sistematizada de Trabalhadores”, 30,6% como “Avaliação não Sistematizada de Trabalhadores” e 9,7% não responderam a questão. Entre os gerentes de pequenos municípios, a resposta de 8,3% foi categorizada como “Avaliação Sistematizada de Trabalhadores”, 30,6% como “Avaliação não Sistematizada de Trabalhadores” e 61,1% não realizam avaliação de trabalhadores ou não responderam a questão.

Em relação à descrição das atividades de educação permanente realizadas com a equipe, os gerentes de municípios de médio e grande portes apresentaram os seguintes resultados: 56,9% “Educação Permanente”, 29,2% “Educação Continuada” e 13,9% não responderam a questão. As respostas dos gerentes de pequenos municípios foram assim categorizadas: 13,9% “Educação Permanente”, 44,4% “Educação Continuada” e 41,7% não responderam a questão.

Destaca-se o alto percentual de gerentes que afirmaram realizar reuniões em equipe (98,1%), nas quais participa a totalidade dos trabalhadores da unidade (93,3%) e com periodicidade definida para sua realização (90,7%). Esses aspectos apontam a valorização desse espaço comunicativo na condução do processo de trabalho pelos gerentes pesquisados, em que a garantia de espaços coletivos de discussão dos trabalhos pode mobilizar os trabalhadores para atividades de planejamento participativo, maior colaboração e articulação no trabalho com vistas a desenvolver uma atenção integral. Corroboram esta afirmação os estudos Fortuna et al. (2005), Matumoto et al. (2005) e de Peduzzi et al. (2011).

Segundo Matumoto et al. (2005), para que a equipe possa se analisar na produção de seu trabalho ela necessita de espaço e de

tempo, permitidos pela existência das reuniões de equipe. Fortuna et al. (2005) apontam que uma possível forma de desenvolver um trabalho coletivo, em equipe, considerando as características do trabalho em saúde, se dê por meio da criação de espaços compartilhados, em que os trabalhadores integrantes de uma equipe possam se reunir, conversar e elaborar planos de atendimento conjunto para cada família.

Apesar da importância das reuniões para as equipes, Fortuna et al. (2005) e Peduzzi et al. (2011) alertam para o fato de que o envolvimento dos trabalhadores e o desenvolvimento de um trabalho conjunto, integrado e colaborativo não se dará apenas com a existência desse espaço, mas sobretudo da forma como ele será utilizado. Assim, a reunião de equipe pode constituir-se num espaço participativo e comunicativo, em que a interação social busca o entendimento entre os sujeitos, como prática comunicativa, voltada para a produção coletiva do cuidado; ou pode se constituir num espaço apenas informativo, que expressa uma ação monológica, utilizado instrumentalmente para garantir a funcionalidade do serviço, desconsiderando as especificidades do trabalho em saúde e os “debates necessários sobre os resultados a serem produzidos na atenção às necessidades de saúde dos usuários” (Peduzzi et al., 2011, p.636).

Para que a reunião de equipe se constitua em um espaço participativo e comunicativo, potente para a constituição de “equipe integração”, que busque a mudança de paradigma dos valores do modelo biomédico para os valores constitutivos do SUS, de integração, democratização e horizontalização das ações (Peduzzi, 2007), a gerência precisa trabalhar a grupalidade (para que as equipes se constituam enquanto grupos e não agrupamentos). Há necessidade de que esses espaços de reunião sejam qualificados, sendo-lhes destinados “lugar e tempo”, “suporte e manejo”, e ainda

necessita se preparar para compreender, suportar e interagir com os dramas intersubjetivos do grupo (Onocko Campos, 2003).

Nas demais atividades de gestão desenvolvidas junto aos trabalhadores - avaliação de desempenho e desenvolvimento das atividades de EPS -, verificou-se maior fragilidade na atuação gerencial daqueles gerentes que atuam nos pequenos municípios, visto que apenas 38,9% e 58,3% referiram realizar avaliação dos trabalhadores e atividades de EPS, respectivamente. Cabe ressaltar que estas atividades de gestão do trabalho estão intimamente ligadas à cultura organizacional, não dependendo exclusivamente do desejo do gerente de uma UBS, mas da organização como um todo, cuja missão valorize o investimento imaterial (nas pessoas), a participação e a escuta de seus integrantes. Para Rivera (2003), estes são os pressupostos de um novo paradigma organizacional, em que a escuta organizacional deve articular-se a um projeto de comunicação e a um novo padrão de liderança gerencial que consiga mobilizar os trabalhadores, ao invés constituir-se numa liderança forte e carismática. Neste sentido, pode-se inferir que nos pequenos municípios estudados a cultura e os processos organizacionais são menos desenvolvidos.

A avaliação de desempenho de trabalhadores é desenvolvida de forma sistematizada desde o advento do taylorismo com o objetivo de disciplinar o trabalhador. No decorrer do século XX foi sendo aperfeiçoada, a partir das contribuições das ciências sociais, passando a considerar a necessidade das organizações contarem com instrumentos para estimular o trabalhador a adotar ou reforçar determinadas atitudes (Brandão, Guimarães, 2001). Ou seja, sua finalidade é a de identificar o nível de capacitação ou qualificação profissional e o potencial dos seus membros, analisando esses dados em face aos objetivos organizacionais (Leite et al., 1999). Estes mesmos autores apontam que o processo que envolve a avaliação de desempenho, incluindo a definição de um instrumento

de avaliação, é bastante complexo, uma vez que o desempenho humano depende de vários fatores, como qualidades individuais, situação de trabalho, política de pessoal e o ambiente exterior à organização.

Bessie e Carol (2005) consideram que avaliar os trabalhadores é papel da gerência, e permite ao trabalhador conhecer seu desempenho e à instituição definir treinamentos e qualificações necessárias para o alcance de seus objetivos.

A sistematização do processo de avaliação de desempenho é fundamental para que o mesmo cumpra sua finalidade, tanto para trabalhadores como para a instituição. No entanto, os resultados apontam que a sistematização deste processo não é uma prática comum dos serviços pesquisados, pois entre os gerentes que apontaram realizar a avaliação, 43 coordenadores de municípios de médio e grande portes (59,7%) e somente três (8,3%) de municípios de pequeno porte informaram realizar avaliação dos trabalhadores de forma sistematizada, ou seja, contam com um instrumento e têm periodicidade definida. Gonçalves e Leite (2004) corroboram com este resultado e apontam que, apesar de a avaliação sistematizada e individualizada ser antiga nos serviços, ela não é uma prática comum nas organizações de saúde.

A educação permanente em saúde é um processo educativo desencadeado a partir dos desconfortos percebidos no cotidiano do trabalho em saúde e que devem ser trabalhados no sentido de transformar a realidade do processo de trabalho em saúde (Ceccim, 2005). Neste sentido, o envolvimento da equipe é fundamental para que sejam construídos conhecimentos de relevância para o enfrentamento das necessidades apresentadas no cotidiano das UBS. A esse respeito, Ceccim (2005, p.976) afirma que:

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores [...].

No presente estudo, 86,1% dos gerentes de médios e grandes municípios e 58,3% de pequenos municípios afirmaram desenvolver atividades de EPS com a equipe de trabalhadores. No entanto, ao analisar como foram descritas as atividades de EPS, verifica-se que muitos ainda não têm clareza do significado da EPS, confundindo-a com a educação continuada. Na análise de como realizam esta atividade, as respostas de apenas 56,9% e 13,9% dos gerentes de municípios de médio/grande porte e de pequeno porte, respectivamente, foram categorizadas como atividades de EPS, ou seja, descreveram o envolvimento da equipe na atividade e a definição dos temas trabalhados a partir de incômodos ou problemas do cotidiano do trabalho. As demais mencionaram discussão pontual de temas com parte da equipe ou apenas uma categoria de trabalhadores da unidade, e não foi descrita a forma como foram definidos os temas trabalhados. A dificuldade em diferenciar os termos educação permanente, continuada e em serviço também foi apontada por Paschoal, Mantovani e Méier (2007) e por Peduzzi et al. (2009).

6.1.4 ATIVIDADES COM A COMUNIDADE

A participação em reuniões com a comunidade foi a atividade com menor percentual de resposta afirmativa entre os gerentes pesquisados (50,0%), com diferença entre as respostas nos dois grupos de municípios ($p=0,033$), sendo maior entre aqueles que atuam nos municípios de pequeno porte (63,9%) em comparação aos que atuam nos municípios maiores (43,1%).

No quadro 6 é apresentada a categorização, utilizada para subsidiar a análise das respostas de como e quais são as atividades desenvolvidas junto à comunidade.

Quadro 6 - Categorização das atividades desenvolvidas pelos gerentes de unidades básicas de saúde junto à comunidade, nos municípios da 17ª Regional de Saúde do Paraná – 2010

R E U N I Ã O C O M U N I D A D E	Categorização inicial	Categoria Intermediária	Categoria Final
	Descreveram a realização de reuniões periódicas com grupos específicos da comunidade (gestantes, pessoas portadoras de hipertensão arterial e diabetes melitus) com o objetivo de orientar, instruir, educar e sanar dúvidas.	Atividades características de Educação em Saúde	Educação em Saúde
	Descreveram a realização de atividades com a comunidade que envolveu: a discussão sobre os problemas existentes na comunidade, o planejamento, a implementação e a avaliação das ações desenvolvidas pelo serviço e ainda o desenvolvimento da cidadania e o controle social.	Atividades que caracterizam a participação da população organizada no SUS.	Participação Popular em Saúde

As respostas de 21 (58,3%) e cinco (6,9%) gerentes, respectivamente, de municípios de pequeno porte e de médio e grande portes foram categorizadas como atividades de educação em saúde. De 21 (29,2%) e dois (5,6%) gerentes, respectivamente, de municípios de médio e grande portes e de pequeno porte foram categorizadas como atividades de participação popular e social junto à população do território. Para outros cinco gerentes de municípios de médio e grande portes (6,9%) a resposta contemplou ambas as categorias. Os demais 41 gerentes de municípios de médio e grande portes (57%) e 13 gerentes de municípios de pequeno porte (36,1%)

afirmaram não realizar reuniões com a comunidade ou não responderam a questão.

Esses resultados apontam para a fragilidade da participação da população no SUS, ao menos no nível local. Vários gerentes pesquisados apontaram a dificuldade em desenvolver atividades junto à população pela pouca participação da mesma quando é chamada a discutir aspectos relativos ao funcionamento dos serviços e/ou enfrentamento de problemas do território.

Apesar dessa fragilidade, Sena et al. (2002) apontam que o gerente deve atuar como elo entre a população e a equipe, pois é ele quem busca informar a comunidade sobre as questões relacionadas à oferta de serviços e à participação da população no controle social dos serviços. Cubas (2005) afirma que a participação da comunidade no SUS é fundamental, inclusive no planejamento das ações a serem desenvolvidas pelas UBS, mas ainda precisa ser mobilizada. Em seu trabalho, destaca que a pouca participação da população apresenta duas facetas: a falta de apropriação do conceito de cidadania e a participação de pessoas com bandeiras político-partidárias, não representando com autenticidade os anseios de seus representados.

6.1.5 SÍNTESE DA FASE EXPLORATÓRIA E DEFINIÇÃO DO MUNICÍPIO CAMPO PARA O ESTUDO DE CASO

Foram identificadas diferenças expressivas entre os gerentes que atuam nos dois grupos de municípios. Os que atuam em municípios de pequeno porte são mais jovens, têm salários menores, menor experiência gerencial, foram contratados em maior

percentual pela CLT e atuam em instituições que não possuem o PCCS implantado.

Nas atividades de organização do processo de trabalho, a maioria dos gerentes referiu conhecer e fazer uso dos instrumentos gerenciais (indicadores e metas pactuadas, planejamento e avaliação de ações). Porém, na análise de como desenvolvem estas atividades, constatou-se um percentual menor daqueles que realizam planejamento participativo (58%) e avaliação sistematizada (57,7%), sendo ainda menor nos gerentes que atuam em municípios de pequeno porte (47,2% e 30,5% respectivamente).

Nas atividades de gestão do trabalho, um percentual significativo afirmou realizar reunião com a equipe (98,1%), avaliação dos trabalhadores (77,8%) e atividades educativas com a equipe (76,9%). Porém, um percentual menor daqueles que atuam em municípios menores realiza avaliação de desempenho (38,9%) e atividades educativas com trabalhadores (58,3%). Também foi menor o percentual daqueles que realizam avaliação de forma sistematizada dos trabalhadores (8,3%) e atividades consideradas como educação permanente com a equipe (13,9%).

Afirmaram realizar reunião com a comunidade 50% dos gerentes, sendo um percentual maior dos gerentes que atuam em pequenos municípios (63,9%). Ao analisar as características das atividades desenvolvidas pelos gerentes de pequenos municípios, verificou-se que a maioria das atividades desenvolvidas nestas reuniões se caracterizou como atividade de educação em saúde (58,3%), e um menor percentual como atividade de participação popular em saúde (5,6%).

Desta forma, verifica-se que os instrumentos gerenciais foram menos utilizados pelos gerentes que atuam em municípios de pequeno porte quando comparados àqueles que atuam em municípios de médio e grande portes, o que pode comprometer a

gestão do trabalho nos pequenos municípios, ou seja, a organização da produção de bens e serviços de saúde ao indivíduo e à coletividade, além de comprometer a capacidade operacional de articulação e coordenação das redes de atenção, função a ser exercida pelo nível local da atenção básica.

A menor utilização dos instrumentos gerenciais nos municípios de pequeno porte pode ser explicada pela menor experiência gerencial destas gerentes, pela não institucionalização de vários destes instrumentos nos municípios e pela própria característica dos pequenos municípios, que possuem carência de estrutura para o planejamento e baixa capacidade de gestão.

Esta fase da pesquisa, além de caracterizar o perfil dos gerentes de unidades básicas desta região e de analisar a utilização de instrumentos de gestão do trabalho, foi proposta para eleger o campo de estudo da segunda fase: o desenvolvimento da pesquisa empírica propriamente dita - o Estudo de Caso. Este se destinou a compreender a emergência e o manejo dos conflitos que se manifestam na interação entre trabalhadores e coordenadores no exercício cotidiano do trabalho e suas relações com os processos de reconhecimento mútuo e desrespeito.

Ao reconhecer que nos municípios de médio e grande portes os coordenadores possuem maior experiência gerencial e utilizam de forma mais sistematizada os instrumentos de gestão, principalmente daqueles que envolvem a atuação junto ao trabalhador de saúde, definiu-se pela seleção de um dos municípios desse porte para a realização do estudo de caso. A justificativa deste critério de escolha se deve ao pressuposto assumido por esta pesquisadora de que, em organizações com uma atuação gerencial mais consolidada, haveria melhores condições e possibilidades para a análise e compreensão do objeto de estudo: a emergência e o manejo de situações de conflito entre trabalhadores e

coordenadores de unidades básicas de saúde, no cotidiano de trabalho.

Desta forma foi eleito um município de médio porte, cujos gerentes apresentavam experiência na gerência de unidade, e utilizavam, com certa regularidade entre eles, instrumentos para a gestão do trabalho, ou seja: todos referiram conhecer os indicadores de saúde do território, os indicadores pactuados pelo município e realizar discussão sobre estes com os trabalhadores da unidade; todos relataram realizar planejamento de ações e 91,9% informaram avaliá-las; todos informaram realizar reunião com equipes de trabalhadores da unidade regularmente e também realizar avaliação de desempenho dos mesmos; e 91,9% dos gerentes referiram desenvolver ações de EPS.

6.2 SEGUNDA FASE - ESTUDO DE CASO

6.2.1 PERCEPÇÃO DO CONFLITO

A partir das discussões nos grupos focais, das entrevistas e da observação dos serviços pesquisados, foi possível perceber que entre os sujeitos deste estudo - coordenadores e trabalhadores de saúde - há distintas concepções sobre o conflito, apresentadas a seguir:

6.2.1.1 COMO O CONFLITO É VISTO PELOS GERENTES

Pelos gerentes, o conflito é visto como algo presente no exercício cotidiano do trabalho gerencial em todo o serviço de saúde, pois quando se “mexe com relações, é difícil dizer que você não lida com isso (conflito) no dia a dia. Então, é uma coisa que está sempre presente no nosso dia a dia de trabalho, os conflitos com a equipe” (C10).

Não houve resistência dos gerentes em abordar o tema. Discutiram-no com naturalidade, como um fato cotidiano, que envolve tanto a relação entre funcionários como entre estes e os usuários. Apontaram que o enfrentamento dos conflitos é sempre tenso e não há um modo sistematizado de lidar com eles, apesar de eles ocorrerem cotidianamente.

Manifestaram que a sessão do grupo focal foi um espaço em que foi possível falar, escutar e refletir sobre os conflitos que ocorrem no trabalho. Puderam reconhecer que o conflito narrado pelo colega tem similaridades com as situações já vivenciadas por eles e que é possível aprender com a experiência do colega, com a

forma como ele encaminhou o problema, de modo a não tratá-lo sem memória, como se fosse novo a cada vez que aparecesse. Desta forma, houve aprendizado dos coordenadores para lidar com os conflitos a partir das discussões e reflexões tidas no grupo focal, como apontado no excerto:

Bom, na verdade eu acho que os conflitos colocados aqui são conflitos que todo mundo vivencia. Só que foram abordados vários conflitos, conflitos entre funcionários, conflitos entre funcionários e enfermeiros, entre pacientes, entre paciente e a equipe, que são coisas que de verdade são vivenciadas por todos nós, diariamente. [...] todo o mundo passa por situações parecidas, que são difíceis e que de repente a atitude do outro pode até ter sido mais bem aceita e mais fácil de ter sido administrada do que a minha. Então eu acho que esse momento pra mim está sendo muito legal, porque eu acho que é de crescimento [...] de a gente estar administrando melhor ou criando instrumentos pra gente lidar com isso [...] (C3)

Os coordenadores também referiram ser necessário tomar em consideração o tipo de conflito, a situação em que ocorre e os envolvidos. Outro aspecto apontado pelos coordenadores foi de que muitas vezes só são acionados pelos trabalhadores da unidade quando o conflito já tomou proporções maiores, quando “todo o mundo já falou, falou, tentou resolver, não deu certo. Então, então fala para a chefe do posto” (C4). Avaliam que nestas situações o enfrentamento é mais difícil, e muitas vezes eles não têm autonomia, nem instrumentos com potência para buscar a resolução do problema, como apontado por um coordenador:

[...] a gente administra na medida em que a gente consegue perceber. Se for de imediato, a gente já tenta resolver. Às vezes, chega para a gente um pouco tarde, aí o problema já tá bem grande, e muitas vezes a gente nem tem autonomia para dar a resolução necessária e ideal (C8).

6.2.1.2 COMO O CONFLITO É VISTO PELOS TRABALHADORES

Entre os trabalhadores houve maior resistência em abordar o tema conflito. Inicialmente, tenderam a negar a existência de conflitos no ambiente de trabalho. Neste sentido, ao serem questionados sobre o tema chegaram a afirmar: “Nunca vi uma situação de desrespeito entre os trabalhadores” (T15), ou: “Conflito, conflito, graças a Deus no nosso Posto não” [...] (T3) ou ainda: “Não, o pessoal aqui não [...] talvez tenha um ou outro que brinca mais, uma ou outra coisa aparece, mas não é comum a gente perceber menosprezo, não atender bem” (T11). Também foi manifesta uma percepção extremada do conflito, como se só ocorresse por meio de agressões, como expresso por um entrevistado: “Conflito assim de brigar, essas coisas não” (T3). Essas manifestações iniciais aconteceram provavelmente porque a ocorrência de conflito carrega uma conotação negativa, como algo ruim e que não deveria ocorrer. No entanto, essas manifestações iniciais se mostraram inconsistentes e contraditórias com o que foi afirmado pela maioria dos entrevistados no decorrer das entrevistas: de que o conflito faz parte do trabalho.

Apesar de ter sido investigada a manifestação de conflitos entre a equipe de trabalhadores e entre estes e a coordenação da unidade, também houve a manifestação, pelos trabalhadores, de que não é comum a ocorrência de conflitos com usuários. Para um entrevistado, essa pouca ocorrência se deve ao comprometimento dos trabalhadores para com o trabalho e pela influência que a coordenadora exerce nesse ambiente, pois segundo ele “isso a coordenadora trabalha bem ali na frente com o pessoal. Você vê que as meninas, as ACS, são compromissadas com o trabalho” (T11). Esta afirmação justifica por que raramente ocorrem casos extremos de conflito com agressão física e verbal, especialmente envolvendo

usuários. Ou seja, para os trabalhadores não é usual o rompimento ou a recusa extremada da contratualidade, o que é condizente com o modo como se espera que se desenvolvam as interações no cotidiano de trabalho.

Durante as entrevistas, no decorrer da conversa sobre o tema, foi perceptível a existência de duas concepções divergentes entre os trabalhadores sobre a manifestação de conflitos no cotidiano do trabalho.

Para um grupo de trabalhadores houve referência ao conflito de modo mais genérico e abstrato, como se os conflitos do trabalho estivessem distantes e não lhes dissessem respeito de forma mais direta. Os trabalhadores que manifestaram esta percepção são aqueles com formação universitária, mais especificamente os profissionais médicos, que atuam em espaços mais protegidos na unidade de saúde e que, no exercício do trabalho cotidiano, têm menor envolvimento com a equipe e até mesmo com usuários. Frente à indagação sobre a existência de conflitos, foi perceptível que estes profissionais lançam mão da autoridade, do saber e das ferramentas técnico-científicas como anteparos ao envolvimento com o trabalho, e expressam que o conflito raramente ocorre, que faz parte da convivência humana e se deve à formação de cada um, envolvendo a educação, a cultura e os valores familiares, como apontado no excerto:

[...] mas eu acredito que o que acontece são questões que existem dentro da convivência do humano, e entra assim muito na questão da educação de família, escolaridade, etc.. E assim, um desrespeito declarado entre nós aqui é muito difícil falar, porque algumas coisas a gente pode não perceber, mas eu acho que são questões do próprio ser humano mesmo, onde tem ser humano tem conflitos [...] (T1).

Uma segunda concepção foi manifesta por trabalhadores que estabelecem uma relação mais direta com outros trabalhadores da equipe e que não possuem anteparos na relação com os usuários no

ambiente de trabalho, os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Esta posição que ocupam no processo de trabalho em saúde faz com que estejam mais vulneráveis à manifestação de conflitos e ao tematizá-los o fazem de forma a expor mais diretamente a presença dos conflitos. Esta concepção expressa que o conflito se deve às divergências existentes entre os próprios trabalhadores, porque pensam e se comprometem de forma diferente em relação aos objetivos do trabalho conjunto. Segundo um trabalhador, o conflito se dá nas relações, porque entre eles

Tem [dificuldade na relação], eu acho que em todo lugar tem. Ah! é complicado de falar porque cada um tem um pensamento diferente, então tem pessoas que arregaçam as mangas e trabalham em conjunto, têm outras que já se afastam (e dizem): 'ah! eu não vou me envolver' (T3).

Também houve referência de que o desrespeito entre os trabalhadores nem sempre é manifesto diretamente, mas por meio de “brincadeiras de mau gosto, piadinhas, fofocas” (T13), [...] pela “indiferença, os olhares” [...] (T3).

Esta contradição entre as duas concepções manifestas expressa a inserção desigual e diferenciada dos diferentes trabalhadores, em particular entre trabalhadores de nível superior e trabalhadores de nível técnico ou básico no processo de trabalho em saúde. Os primeiros ocupam posição nuclear e atuam em ambientes protegidos, com menor contato com outros profissionais da equipe, e o contato com usuários é intermediado por outros membros da equipe e escalonado em horários. Esta situação, de certa forma, explica uma menor manifestação e uma percepção mais vaga de conflito envolvendo estes trabalhadores. Já os segundos ocupam posição mais periférica, de menor valor social, em cujo processo de trabalho há contato direto com demais trabalhadores da equipe e também com os usuários. Nesta posição, há pouco controle das variáveis existentes (quantidade de usuários que serão atendidos, motivo da procura dos usuários ao serviço, existência ou não de

recursos para solucionar os problemas de saúde que lhes são apresentados, autonomia do outro em participar ou não do processo para que o trabalho seja realizado, etc.), o que faz com que as relações estabelecidas, tanto com outros trabalhadores como com usuários, estejam mais suscetíveis a imprevistos, sendo mais frequente a ocorrência de conflitos.

6.2.1.3 COMO O CONFLITO FOI COMPREENDIDO E INTERPRETADO PELO PESQUISADOR NO CONTEXTO DO ESTUDO

O conflito foi percebido como componente do cotidiano do trabalho e se manifesta nas relações estabelecidas entre os diversos atores - trabalhadores da mesma categoria ou de categorias profissionais distintas, coordenador e usuários. Foi possível compreender que os conflitos são imediatamente relacionados ao trabalho, imbricados ou permeados pelas relações interpessoais ou pela interação social, como analisa Habermas (2003), decorrentes da abordagem das necessidades de saúde ou da abordagem das situações de trabalho cotidianas por parte dos trabalhadores e coordenadores. Desta forma, não são as relações humanas genéricas abstratas que estão em conflito, mas as relações de trabalho; ou seja, há conflitos quanto ao modo como e quanto os diferentes trabalhadores se envolvem com o trabalho coletivo.

Os conflitos foram interpretados como obstáculos que dificultam o exercício da contratualidade prevista nas relações de trabalho no cotidiano dos serviços. Ou seja, o conflito se manifesta no descompasso entre o que está contratualizado e o modo como se dão as interações entre coordenadores e trabalhadores, e sua emergência provoca tensão ou até mesmo o rompimento desta contratualidade no espaço institucional. O rompimento refere-se à

expressão mais contundente do conflito, quando o que estava acordado deixa de ter vigência temporária, provisória, podendo se manifestar com discussões, desavenças, reações emocionais, sendo necessário, na maioria das vezes, que seja feita a mediação - uma ação comunicativa entre as partes envolvidas para que a contratualidade e a socialidade sejam restabelecidas.

Cabe destacar que a interação no trabalho é um processo mediado linguisticamente, ou seja, apoia-se em processos comunicacionais, em que há possibilidade de vigorar uma ação comunicativa, entendida como aquela que se baseia ativa e explicitamente em acordos racionalmente motivados sobre algo no mundo – um fato, uma norma ou uma experiência subjetiva. Nestes processos, os atores envolvidos buscam coordenar suas ações e construir acordos por meio de um regime de validação referido a três planos: verdade proposicional, correção normativa e autenticidade expressiva (Habermas, 2003).

Na vigência de um conflito, a tensão e o rompimento da contratualidade, que se manifestam por meio do desrespeito, diferença, desacordo, frequentemente envolvendo as dimensões emocionais e subjetivas, refletem uma quebra do regime de validação da autenticidade expressiva. Isso indica o rompimento da relação de confiança estabelecida entre os interlocutores, visto que não mais reconhecem que as opiniões, intenções, sentimentos e desejos, expressos pelos parceiros de interação, sejam sinceros e autênticos. Há também, nesse âmbito, manifestação de sentimentos negativos relacionados aos valores e crenças, ou seja, há indícios que os partícipes deixam de compartilhar as normas expressas do ponto de vista ético, moral e político; refletindo que há quebra também no nível da correção normativa (Habermas, 2003).

A análise do material empírico mostra que as tensões e/ou o rompimento com a contratualidade prevista no cotidiano do trabalho

estão relacionados a diversos aspectos em que reside a emergência dos conflitos: a falta de colaboração entre os trabalhadores de uma mesma categoria funcional, o que leva ao não cumprimento dos pactos e contratos estabelecidos no cotidiano do trabalho - das escalas de trabalho e das normas pactuadas para a realização do trabalho (exemplo seria o horário de entrada e saída, a não realização de atividades previstas na escala de trabalho, etc.); o desrespeito pelo outro (principalmente em relação aos trabalhadores com vínculos de trabalho terceirizados e/ou com menor formação e que ocupam funções de menor valoração social); o não reconhecimento das necessidades do outro (principalmente na relação com usuários); problemas particulares que tiveram potência para adentrar o ambiente de trabalho; a infraestrutura e organização deficitárias da Rede de Serviços do SUS (tanto da unidade básica de saúde como dos demais serviços do SUS); e ainda a relação assimétrica com outros níveis de gestão. Nestas circunstâncias, puderam ser percebidas situações de desrespeito entre os envolvidos, que afetaram principalmente as esferas do direito e da estima social.

O desrespeito na esfera das relações jurídicas infere que o sujeito foi desrespeitado em sua autonomia, naquilo que faz dele um sujeito de direitos, como “pessoas capazes de decidir com autonomia individual sobre normas morais” (Honneth, 2003, p.182). Já o desrespeito na esfera da solidariedade ou da estima social revela que o sujeito não foi reconhecido como pessoa de valor por suas contribuições no grupo social do qual participa. Segundo Honneth (2003), são as experiências de desrespeito, em três esferas: do amor, do direito e da estima social, vivenciadas na interação entre os sujeitos, a fonte motivacional dos conflitos, pois estas têm a potencialidade de gerar nos envolvidos sentimentos de ira, de injustiça e mesmo de vergonha social que os mobiliza para que os conflitos sejam desencadeados. Para o autor, é neste

movimento, é na manifestação do conflito, que o sujeito desencadeia uma luta por reconhecimento, e este processo é estruturante para a intersubjetividade, é essencial para a formação da identidade, tanto individual quanto coletiva. Considera ainda que, na sociedade atual, são os conflitos que fazem a mediação entre o mundo da vida e os sistemas (Honneth, 2003).

Ao analisar estudos que tratam do tema conflito em serviços de saúde, verificou-se que são poucos os que foram realizados no nível da atenção primária à saúde, publicados tanto em periódicos nacionais como internacionais. Também não foi identificado estudo empírico que analisasse a gênese motivacional dos conflitos, visto que, os que foram identificados, exploram fatores ligados à emergência dos conflitos. Estes estudos relacionam os conflitos nos serviços de saúde a uma pluralidade muito grande de aspectos e isso dificulta o entendimento do que sejam os conflitos e os processos que os engendram e deles decorrem. No entanto, fatores apontados como emergentes nas situações de conflito, nos trabalhos publicados, apresentam similaridade aos identificados neste estudo.

Estudo realizado sobre o conflito entre profissionais assistenciais ligados ao cuidado clínico, integrantes de equipes de saúde da atenção primária no Canadá, também identificou como fatores ligados à emergência dos conflitos interpessoais: o descompromisso de membros da equipe para com o trabalho, a falta de compreensão quanto ao escopo da prática dos outros profissionais e a dificuldade de compartilhamento e colaboração interprofissional (Brown et al., 2011).

Outro estudo, este realizado no Brasil, no âmbito da atenção básica, identificou fatores que, segundo enfermeiros gerentes de unidades básicas, dificultam as relações interpessoais no trabalho. Entre os fatores, tiveram maior destaque o descompromisso com os

objetivos do trabalho em equipe, seguido pela personalidade dos membros do grupo (diferentes modos de ver, pensar e realizar as atividades, bem como de se relacionar com seus pares). Entre outros fatores citados estão: nível de escolaridade diversificado, problemas pessoais ou familiares, disputa pelo poder e por interesses pessoais, hierarquia, e ainda a desmotivação pelos baixos salários (Corradi, Zgoda, Paul, 2008).

Um terceiro estudo, realizado na Inglaterra, explorou as percepções de profissionais integrantes da equipe de saúde de duas unidades de atenção primária em saúde sobre vários temas, entre eles o conflito. Os resultados apontaram dois fatores relacionados à emergência dos conflitos: a dificuldade de comunicação e as diferentes personalidades e valores, ambos interferindo no relacionamento interpessoal (Long, 1996).

Na manifestação de conflitos, é o coordenador da unidade a pessoa de referência e que é frequentemente acionada para fazer a mediação entre as partes envolvidas, especialmente naqueles que envolvem os usuários do serviço. As pesquisas de Guerra et al. (2010), Prochnow et al. (2007), Spagnol e L'Abbate (2010), corroboram este resultado.

6.2.2 TIPOLOGIA DE CONFLITOS PRESENTES NO COTIDIANO DO TRABALHO

A partir das discussões dos grupos focais, da observação e das entrevistas, foram tipificadas seis modalidades de conflitos no cotidiano das unidades básicas de saúde:

1. Relacionados à falta de colaboração entre os trabalhadores;

2. Relacionados ao desrespeito por relações assimétricas entre os trabalhadores no ambiente de trabalho;
3. Relacionados ao comportamento do “funcionário-problema”;
4. Relacionados a problemas pessoais ocorridos fora do trabalho;
5. Relacionados à assimetria com outros níveis de gestão;
6. Relacionados à infraestrutura e organização deficitária da Rede de Serviços do SUS.

Os quatro primeiros tipos de conflito estão relacionados a aspectos microssociais, envolvendo processos dinâmicos e relacionais do trabalho em saúde, ou seja, a relação interpessoal (entre pessoas ou grupos) da mesma categoria profissional ou de categorias distintas, ou ainda entre trabalhadores e usuários. Os dois últimos tipos de conflito estão relacionados a aspectos macrossociais, considerados como aqueles processos sociais e históricos que se articulam ao contexto social e o conformam, ou seja, a aspectos estruturais da sociedade, relacionados à organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde.

6.2.2.1 CONFLITOS RELACIONADOS À FALTA DE COLABORAÇÃO ENTRE OS TRABALHADORES

Em relação à falta de colaboração no trabalho, o conflito se manifestou quando houve o descumprimento de acordos e pactuações entre os trabalhadores sobre o processo de trabalho coletivo e foi o tipo de conflito mais relatado pelos trabalhadores.

Neste agrupamento estão várias situações observadas e relatadas sobre a falta de colaboração, que envolveram trabalhadores da mesma categoria funcional, de um mesmo turno e entre equipes de trabalhadores de turnos diferentes. Esse rompimento das expectativas ou até mesmo da contratualidade entre um trabalhador e outro ou entre um grupo para com o outro tem potencialidade para gerar tensão ou mesmo conflito no ambiente de trabalho. Em todos os casos havia participação dos envolvidos num mesmo processo de trabalho, em que uma das partes discordava da atuação da outra, ou sentiu-se prejudicada pela ação ou pela não atuação do colega de trabalho.

Conflitos desta natureza também foram relatados, tanto no ambiente hospitalar como na atenção básica, por Brown et al. (2011), Corradi, Zgoda, Paul (2008), Long (1996), Spagnol et al. (2010).

6.2.2.1.1 Falta de colaboração entre trabalhadores da mesma categoria funcional

Neste agrupamento estão as narrativas de conflitos de trabalhadores de uma das unidades observadas, em que o conflito foi motivado porque houve rompimento da contratualidade prevista para o desenvolvimento das ações coletivas no trabalho. Os conflitos narrados envolveram profissionais de uma mesma categoria funcional e de um mesmo turno, em que estes compartilhavam o mesmo processo de trabalho e tiveram origem na divisão do trabalho pormenorizada dos trabalhadores de nível técnico. As narrativas selecionadas são ilustrativas desta situação:

[...] já teve conflito sim de chorar no corredor, de ter que ir embora porque não dava mais para ficar. Conflito de

colega para colega, [...] se eu não me engano era por causa de trabalho. É porque tem colega que trabalha, trabalha, trabalha e o outro colega que trabalha devagar, e às vezes acontece que um não aceitou isso. Ah! na minha visão é porque enrola, eu vejo que enrola. Aí sobrecarrega o outro, [...] e aí houve esta rixa aí, [...] por causa de como essas pessoas da manhã trabalham. Aí, eu falei para elas: 'olha aqui, vocês não colaboram uma com a outra, vocês não têm coleguismo de ajudar o outro. Se ajudasse o outro não acontecia isso'. Aí uma delas falou: 'eu não ajudo mesmo, porque eu ajudo e ninguém me ajuda'. [...] (T16).

[...] Já de manhã, eu já percebo que eles parecem que não vêm aqui para trabalhar, vêm passear. Então, começa um dia turbulento, com muito atendimento, e aí um já reclama que o outro que só está ali na vacina, não me ajuda ali. Aí um fala assim: 'ah! eu vou fazer o meu devagar não quero nem saber dos outros'. Então, parece que é meio cada um por si. [...] (T10).

Estes conflitos se situam na esfera da solidariedade, da estima social (Honneth, 2003) e se manifestaram por meio das diferenças individuais, da falta de afinidade, colaboração, confiança e vínculo entre os agentes de uma equipe. Este tipo de conflito aponta para o rompimento do regime de validade expressivo, ou seja, do regime que faculta aos interlocutores estabelecerem uma relação de confiança entre os parceiros de interação, de acreditar que as intenções do colega sejam sinceras e autênticas (Habermas, 2003).

Verificou-se que a escala tem sido utilizada como mecanismo de controle mais instrumental para evitar ou minimizar a ocorrência do conflito. Na opinião de um entrevistado, em casos de falta de colaboração entre os trabalhadores de uma mesma categoria funcional,

tem que ter a escala, porque daí é ordem. Vamos supor, é ordem da coordenação e vai ter que cumprir, porque se deixar por conta deles, numa escala imaginária, aí já vira bagunça; um acaba deixando para o outro [...] (T10).

A escala diária de trabalho se constitui num instrumento de organização do processo de trabalho da equipe e outros estudos que analisaram o conflito no ambiente hospitalar assinalam que,

quando formulada e utilizada de maneira centralizada e verticalizada, pode também configurar fonte de conflito (Guerra et al., 2011; Spagnol, 2006; Souza, 2011).

6.2.2.1.2 Falta de colaboração entre trabalhadores de diferentes turnos de trabalho

A falta de colaboração entre os trabalhadores também se manifestou intequipes e este tipo de conflito foi observado e relatado por trabalhadores de ambas as unidades pesquisadas. Nas situações relatadas, os trabalhadores de um turno se sentiram desrespeitados pelos do outro turno, pelo não cumprimento de uma contratualidade prevista para a realização do trabalho coletivo, como apontado nos excertos abaixo:

Nesta classificação de risco, todo funcionário tem que fazer. E aí nós temos as vagas de consulta, as azuis que a gente agenda e nós sempre temos as vagas verdes do dia, que é o paciente que precisa, que chega de manhã aqui e precisa de consulta no dia, e as vermelhas que são as de emergências. E aí o que acontece? Às vezes o funcionário, não só o da tarde, como de manhã também, ele por... não sei se por não querer perder tempo para orientar o paciente, conversar ou tem preguiça de encaminhar o paciente. Então, o que ele faz, às vezes ele não segue esta regra e desrespeita. Aí ele manda o paciente vir amanhã cedo aguardar a vaga, que amanhã tem vaga do dia. [...] Então, eu acho isso uma falta de respeito com o colega de trabalho, porque se eu faço certo, por que ele não faz certo. Todo o mundo tem que seguir as mesmas regras pra que funcione. Aí quem tá aqui de manhã tem que “se virar nos trinta” pra dar conta. Aí às vezes o paciente discute com a gente, porque o fulano falou que ele ia consultar agora de manhã, que tinha vaga agora de manhã, que era só ele estar aqui às sete horas. Então este problema existe, sim (T17).

[...] também tem falta de cooperação, rixa da turma da manhã com a da tarde, o que parece que não muda nunca. [...] porque era fulano da manhã que tinha que ter limpadinho o consultório para a doutora e não limpou. [...] Antigamente, há uns anos, nem precisava fazer escala. Mas hoje tem que ter um nome, senão fica um jogando para o outro, rixa entre eles. O negócio da máscara de

inalação, também, ainda tem conflito. É que o pessoal da tarde não lavou, e deixou para o pessoal da manhã lavar, e aí de manhã chega não tem máscara limpa (T9).

Este tipo de conflito, manifesto tanto entre dois trabalhadores como entre dois grupos de diferentes turnos de trabalho, tem sua origem no desrespeito na esfera da solidariedade. A solidariedade refere-se à estima mútua entre pessoas individualizadas que partilham um horizonte de valores intersubjetivos e baseia-se numa relação em que os sujeitos estimam-se de maneira simétrica. A ausência de reconhecimento das capacidades/competências profissionais e características individuais, em que está assentada a autoestima no trabalho, fazem com que os sujeitos envolvidos se sintam desrespeitados em suas contribuições, em seu valor social, provocando neles sentimento de injustiça, o que os motivou a entrarem num conflito prático e a lutarem por reconhecimento (Honneth, 2003).

O desrespeito manifesto reflete tanto o rompimento daquele contexto normativo que regula legitimamente as relações interpessoais de um grupo social, por compartilharem normas do ponto de vista ético, moral e político, como também do plano expressivo, daquele que confere autenticidade dos parceiros de interação. Cabe ressaltar que nestes casos a linguagem não foi utilizada em seu sentido forte, sendo perceptível que os sujeitos envolvidos na ação não alcançaram entendimento, nem construíram acordos intersubjetivos válidos para que a contratualidade prevista para aquele espaço fosse preservada e/ou restaurada (Habermas, 2003).

6.2.2.2 CONFLITOS RELACIONADOS ÀS RELAÇÕES ASSIMÉTRICAS ENTRE OS TRABALHADORES OU COLETIVO DE TRABALHADORES NO AMBIENTE DE TRABALHO

Neste agrupamento, os relatos foram feitos pelos trabalhadores que ocupam funções que exigem menor qualificação para o trabalho e foi referida a dificuldade de interação e até mesmo o desrespeito, envolvendo dois trabalhadores de diferentes categorias e vínculos de trabalho ou um trabalhador e um grupo de trabalhadores de distintas categorias funcionais.

Durante a observação, houve referência de que os trabalhadores terceirizados atuam há cerca de 10 anos no serviço municipal de saúde daquele município, compondo as equipes do PSF. Estes trabalhadores já passaram por contratação com três entidades diferentes, sendo uma filantrópica e duas de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), e muitos trabalhadores ficaram vários anos sem gozar férias pela necessidade de mudanças de contrato. Manifestaram também que há, entre os trabalhadores terceirizados e os estatutários, diferença na carga horária contratual, no valor do salário e nos benefícios recebidos.

Nos relatos fica evidente a existência de relações sociais assimétricas no ambiente de trabalho, em que trabalhadores ou uma categoria de trabalhadores não são reconhecidos pelo outro trabalhador/profissional como pessoas de estima e de valor social enquanto integrantes da equipe de trabalho (Honneth, 2003). O desrespeito manifesto não se deu somente em relação a uma pessoa, mas em relação a um coletivo – os trabalhadores terceirizados que atuam no PSF de forma geral e a categoria dos

ACS em particular. Os excertos das falas a seguir expressam essa assimetria:

Esses dias também aconteceu [uma situação de desrespeito] por uma auxiliar de enfermagem. Porque, sempre quando termina o estágio desses meninos que fazem estágio aqui, eles reúnem e fazem uma festinha para a gente. E nesse dia, na hora em que a menina que fez uma festinha para nós veio anunciar que era para todo mundo ir à cozinha, essa auxiliar falou: 'ah! eu não vou lá não, porque a boiada do PSF está toda lá'. E isso é coisa de falar? Então eu acho, assim, que a pessoa que faz esse tipo de comentário ela não tem um pinga de respeito, não tem. [...] Então tem isso aí, infelizmente é que nem eu falei para você, que só cai em cima da gente. Você pode ver ali no banheiro, tem aquelas frases que a coordenadora colocou lá, para darem descarga, então se acontece de alguém não dar, não é ninguém, são os ACS (T5).

[...] É que as auxiliares daqui parece que elas, assim, não chega ser esta palavra, meio que humilham as ACS por elas serem ACS. Parece que elas são assim, tudo burro de carga. Sabe assim? Não tem aquele respeito de... É no jeito mesmo [de tratar] no dia a dia (T10).

[...] as pessoas não têm valorização pelo profissional dentro do seu próprio setor. É você que ocupa uma posição de auxiliar de enfermagem, uma posição de enfermeiro, uma posição de você julgar o outro, que o valor dele é menor, isso acontece. [...] O valor dele [médico] é primordial. É tanto que nas políticas, por exemplo, o médico pode chegar atrasado, funcionário que chegar atrasado leva "fumo". Isso é uma falha da secretaria de saúde. Por que que você pode chegar atrasado? Por que você é um profissional medico? E eu que sou uma zeladora, não posso? Isso nunca foi discutido, mais é uma coisa que a gente já cobrou. [...] Os médicos que fazem o programa de saúde da família, eles chegam atrasados? Chegam, é descontado do pagamento deles? Duvido, não é. Agora se for a gente, há desconto do nosso pagamento? Há e é cobrado da gente? É. Vai sofrer desconto, o meu vai sofrer desconto. Então é isso, é a questão do valor social dele que é maior, é maior do que o valor social da gente, claro que é (T8)

Vale ressaltar que não foi observado tratamento diferenciado da gerência para com os trabalhadores de diferentes categorias e vínculos. Porém, foi perceptível na observação de campo nas duas UBS que a relação entre os trabalhadores estatutários é pouco frequente com os de vínculo terceirizado. Assim, observa-se uma divisão entre os dois subgrupos de trabalhadores, e houve entre

alguns trabalhadores terceirizados a manifestação de um sentimento de menor valor social.

Apesar de todos os trabalhos e trabalhadores serem necessários e importantes na unidade de saúde, cabe considerar que o conflito, neste caso, está relacionado à diversidade de vínculos e se deve ao descompasso e desencontro entre a contratualidade prevista e a socialidade vigente de desigual valoração social dos trabalhadores de diferentes vinculações ao trabalho nas unidades pesquisadas. A esse respeito, Cecílio (2009) aponta que

A divisão social do trabalho resulta em tensões decorrentes das diferentes valorizações – incluindo as remunerações e os status de poder e autonomia – dos diferentes trabalhadores, embora o trabalho de todos seja anunciado como igualmente imprescindível para a “finalização” do cuidado (Cecílio, 2009, p.549).

Na discussão dos grupos focais não foi feita referência pelos coordenadores a este tipo de conflito. Cabe o questionamento: por que não houve o reconhecimento pelas coordenadoras deste problema? Será que não o percebem ou o ignoram porque não sabem lidar e/ou não dispõem de instrumentos para interferir nesta situação? Seja qual for o motivo, este tipo de conflito não conseguiu acessar a agenda da coordenação e da direção da instituição.

Cecílio (2005, p.509) aponta que “para além dos conflitos abertos, observáveis, comportamentais, é preciso reconhecer que há certos conflitos que não alcançam a agenda formal da direção e das gerências”. Estes conflitos, chamados de encobertos, não têm força para se impor na agenda da direção, muito provavelmente porque atingem um grupo de trabalhadores com menos visibilidade e autoridade técnica, detentores e portadores de uma sabedoria prática secundarizada nos debates e intervenções na AB (Ayres, 2009). Desta forma, estes conflitos

circulam pelos corredores, pelas áreas de bastidores, como um murmúrio institucional. [...] Diz-se que esses conflitos são encobertos porque não conseguem penetrar a agenda da direção, serem apreciados e resultarem em alguma forma de modificação do *status quo* (Cecílio, 2005, p.509).

Ao analisar a origem destes conflitos, verifica-se que as formas “flexíveis” de contratação da força de trabalho têm como consequência o estabelecimento de vínculos mais tênues entre o trabalhador e a organização, acentuando-se o caráter transitório na relação de trabalho. Nas organizações públicas, em que prevalece o caráter do servidor estável, manifesta-se um contraste entre estes e os de contrato temporário e o convívio dos trabalhadores com diferentes formas de contrato gera tensões, latentes ou manifestas, produzindo, com certa frequência, uma hierarquia entre os “estáveis” e os “contratados” (Farias, Vaitsman, 2002). Ainda para estes autores,

A diversificação das regras e dos mecanismos de pressão e controle vis-à-vis aos diferentes trabalhadores e a consequente percepção das desigualdades que se produzem são fatores inibidores à produção de um ambiente organizacional que enfatize a cooperação, integração e participação, elementos valorizados pelas mais atuais concepções de gestão (Farias, Vaitsman, 2002, p.1232-3).

Foi percebida e relatada assimetria na relação entre os diferentes trabalhadores, e esta foi mais expressiva em relação à categoria dos ACS. Cabe destacar que, no processo de trabalho destes profissionais, há menor utilização do conhecimento técnico-científico, pois os ACS utilizam outros saberes também essenciais para o conhecimento da realidade e para o estabelecimento de vínculo com os usuários acompanhados, mas saberes caracterizados como minoritários. No entanto, esses conhecimentos práticos são pouco valorizados no modelo de atenção biomédico, ainda hegemônico, e também pouco valorizados por muitos profissionais de saúde com maior qualificação. Isso faz com que no processo de trabalho haja uma desvalorização dos ACS como

trabalhadores técnicos com menor escolaridade e que desempenham um trabalho com menor visibilidade social. Desta forma, o processo de trabalho em saúde acaba por reproduzir e reforçar a desigualdade existente no mundo social.

Sobre este aspecto, Ayres (2009) destaca que esse comportamento ocorre em função de preconceitos e da onipotência iluminista que orienta a formação e a atuação de cientistas e técnicos, em que se exclui sistematicamente das práticas acadêmicas e profissionais os saberes práticos daqueles que são imediatamente interessados na questão: tanto de outros trabalhadores menos qualificados como de usuários. O referido autor ressalta a potencialidade que haveria na fusão de horizontes entre os saberes da Sociologia, da Antropologia, da Psicologia, da Epidemiologia, e a experiência daqueles que vivem a realidade estudada, para orientar a construção de totalidades compreensivas pragmaticamente instruídas.

Cabe ressaltar que, ao mesmo tempo em que as relações assimétricas se destacaram em relação aos ACS, houve também a manifestação de entrevistados desta categoria funcional que se sentiam reconhecidos no trabalho. O reconhecimento se deu principalmente pela articulação da prática instrumental e comunicativa, desenvolvida pela coordenação da unidade, ao buscar o entendimento e a compreensão sobre o trabalho desenvolvido pelos ACS. No relato é perceptível a existência de simetria nas relações entre estes trabalhadores e a coordenação da unidade, a manifestação de estima e de reconhecimento social.

É legal. Tanto é que nós conversamos muito com a nossa coordenadora. Agora mesmo, você viu, ela estava lá na nossa sala no horário de almoço dela, e a gente tem toda liberdade de estar conversando. [...] eu acho que ela dá bastante importância sim, que a gente é sim reconhecida por ela, a gente não tem que reclamar não. Ela conversa com a gente, ela fala, entendeu, [...] a gente vê que ela se preocupa, ela se preocupa (T5).

O reconhecimento representa um meio apropriado para a integração social, pois possibilita distinguir, de modo sistemático, as formas de interação social e o respeito para com a pessoa do outro. Para Honneth, o reconhecimento visa ao interesse emancipatório e este se situa nas relações sociais, pois é na interação social e na certeza de se sentir respeitado pelo outro que estão os meios que propiciam a formação da identidade e autorrealização do sujeito. Ou seja, os sujeitos formam autorrelações por meio da satisfação de suas expectativas nas relações com outros sujeitos (Honneth, 2003).

Honneth (2003) apresenta uma tipologia do reconhecimento como um processo intersubjetivo, no qual em três fases – relações primárias, atribuição de direitos e solidariedade social – o sujeito pode se autorrealizar por meio da formação da autoconfiança, do autorrespeito e da autoestima.

6.2.2.3 CONFLITOS RELACIONADOS AO COMPORTAMENTO DO “FUNCIONÁRIO-PROBLEMA”

No terceiro tipo encontram-se os conflitos que ocorrem tanto entre os trabalhadores, entre trabalhador e coordenação da unidade como entre trabalhador e usuários, e estão relacionados à postura e à atitude de alguns trabalhadores durante a execução do trabalho, comprometendo a funcionalidade da unidade (tanto por causar conflito com outros trabalhadores, como com usuários). De forma geral, estes funcionários agem estrategicamente, há pouca escuta e vínculo com os usuários e há descumprimento da contratualidade prevista para com outros trabalhadores da unidade.

Estes funcionários são denominados de “funcionário-problema”. São geralmente estatutários e têm estabilidade no emprego ou são aqueles que ocupam cargos por indicação política, e desta forma têm alguns privilégios e proteção da gestão. Para esta

tipologia de conflito houve narrativas, tanto dos trabalhadores quanto dos coordenadores, e sua ocorrência também foi observada pela pesquisadora.

Durante as discussões do grupo focal, estes trabalhadores foram rotulados de “maçãs podres”, no sentido de serem aqueles que têm a potencialidade de influenciar negativamente outros trabalhadores que estiverem próximos a eles. Não houve discordância manifesta, entre os coordenadores presentes, com relação ao uso desse termo pejorativo. Os coordenadores de unidades também não demonstraram muita esperança nem perspectiva de que consigam enfrentar estes problemas e resolvê-los. Aliás, queixaram-se muito de que a situação fica pior porque estas pessoas encontram respaldo no estatuto do servidor, ou apoio na própria gestão, para “não só não trabalhar, como para fazer o que querem e ainda ficar onde querem” (C8). Os gerentes/coordenadores referiram se sentir com pouca autonomia e sem apoio (legal e moral), tanto na unidade como nos outros níveis de gestão. A esse respeito cabe destacar o comentário de um coordenador:

Eu sei que é complicado, mas tem coisa que eu acho que valeria a pena não ficar só nas costas da supervisora, porque de tudo que a gente leva, um pouco mais adiante, e eu já tive essa experiência, volta, volta pra cima da gente como uma bomba que você causou, porque aí você é o errado (C2).

Nota-se que os gerentes de unidade se encontram com escassa autonomia técnica para recompor a contratualidade prevista e nem podem se apoiar nela para argumentar intersubjetivamente na coordenação dos processos de trabalho. Neste sentido, os relatos dos coordenadores mostram até manifestação de conformismo perante esta situação, observada na fala de um gerente ao se referir a um motorista, considerado “problema”, alocado na unidade por um mês para substituir o motorista titular da unidade que estava em férias: “Mas e aí o que eu fiz? Eu sei que é uma coisa que não vai

ter solução e a gente tem que rezar pra esse mês passar rápido [...]” (C10). Esta fala demonstra que esta coordenadora não acredita que o problema possa ser resolvido e a intervenção realizada de alocar este servidor, considerado “problema”, para cobrir férias de outros servidores - a cada mês está em uma unidade -, não resolveu o problema, pois mesmo em um curto período de tempo este causa problemas na relação com outros servidores. Desta forma, “o problema vai ser transferido, ele não vai ser resolvido” (C3).

Ainda em relação ao conflito envolvendo “funcionário-problema”, foi identificado que é mais comum que estes provoquem tensão ou conflito na relação com os outros trabalhadores da unidade (por não colaborarem nas atividades de trabalho da unidade, por se recusarem a desenvolver algumas atividades, ou pela má qualidade na execução do trabalho) e com a gerência (não há respeito pela autoridade gerencial – desrespeitam escalas de trabalho, descumprem o horário de trabalho e restringem-se a fazer o que querem). Porém, este tipo de conflito também envolve diretamente os usuários, tendo em vista o rompimento da contratualidade no que seria o núcleo da orientação do trabalho na atenção básica, que são as necessidades de saúde dos usuários.

6.2.2.3.1 “Funcionário-problema” na relação com os colegas de trabalho

Os conflitos aqui agrupados são aqueles que envolvem dois trabalhadores em que um deles é intitulado funcionário-problema. Foram elencadas pelos próprios trabalhadores algumas características atribuídas a estes funcionários: colaboram pouco, se julgam melhores que os demais trabalhadores da unidade, têm pouca tolerância para com o outro, querem que tudo funcione de acordo com sua opinião, à sua maneira (não aceitam opiniões divergentes da sua), não toleram ser corrigidos pelos colegas, fazem

apenas o que querem e agem de acordo com seu interesse (não consideram o interesse coletivo, da equipe). Essa situação exige que os demais trabalhadores, com os quais o denominado funcionário-problema convive, sejam maleáveis e relevem seu comportamento não colaborativo, mas às vezes o conflito se torna inevitável, como pode ser visualizado no excerto a seguir:

É, tem pessoas que trazem o problema, é uma pessoa estressada, não sabe fazer diferença, e acha que tudo tem que ser como ela quer, do jeito que ela quer. Ela implica, se esse papel não é para ficar torto e ele está torto. [...], se eu pegar esse papel e pôr ele assim tortinho, já não serve, eu tirei ele dessa forma ele vai ter que voltar dessa forma, então tem muito conflito ali. [...] Eu tento [fazer] do jeito dela, só que fica difícil, fica tenso. Você sempre releva, sempre é maleável, claro que em todo lugar tem que ser assim. [...] E se ela não gostar de uma pessoa, é uma implicância, como ela implica, ela pega no pé. Nossa, eu já presenciei cada cena [...] (T6).

Ainda em relação a este tipo de conflito, houve relatos, tanto de trabalhadores como de gerentes, sobre atitudes extremas desses funcionários no ambiente de trabalho, a ponto de causar indignação nos colegas de trabalho e, mesmo nestas situações, o coordenador alega não ter instrumentos gerenciais que consigam resolver tal situação. As duas narrativas a seguir são ilustrativas do comportamento destes funcionários e da reação que os mesmos provocam nos demais trabalhadores e na gerência:

Eu acho que (nome da pessoa), eu não sei o que ele está fazendo aqui neste posto ainda. [...] Ah! eu não sei, é como se não tivesse funcionário, porque pode estar “pegando fogo”, o que for, mas não é com ele, [...] Não faz nada a não ser ouvir música, que é coisa que não existe. O (nome da pessoa) não existe. Se filmasse ele e mostrasse no Fantástico [programa televisivo]... Persiste, porque a coordenadora anterior fez de tudo. A (nome da coordenadora atual) também já tentou de tudo [...] Porque às vezes ele está lá do outro lado da rua de braços cruzados ouvindo música; às vezes ele está aqui, às vezes ele está no consultório.[...] Ele nunca pergunta para o colega: ‘quer que eu dê uma mão para você?’ Ele trabalha de manhã no hospital e à tarde aqui. Eu acho, que se ele é assim aqui [...] Os outros falam que não, que lá ele trabalha. Gente, não existe quem é assim, é assim e acabou. Eu vejo que é o jeito dele. Eu acho injusto (T12).

A unidade possui uma auxiliar de enfermagem em determinado período, que embora seja inteligente e consiga entender as situações em geral, faz questão de ser do contra. Se um procedimento, uma ação ou um relatório, deve ser feito de determinada forma, [...] ela quer fazer diferente dos outros, e muitas vezes faz e eu só fico sabendo depois que o conflito já está armado com os demais colegas de trabalho. Como ela falta demais, traz inúmeros atestados e fica muitos dias sem trabalhar, reclama o tempo todo que não sabe das mudanças, que normalmente são dinâmicas, [...] É, esses conflitos existem entre as funcionárias e ela colabora pouco, pois trabalha pouco e comparece pouco ao serviço. Atualmente está de atestado por trinta dias e está gestante. Tem funcionários novos nesse período que agora, com ela de atestado, estão vendo a forma correta de trabalhar, mas antes se deixavam levar por ela. Já tinha colocado a mesma à disposição, porém como ela falta muito, é mau negócio pra todo o mundo, então é uma coisa difícil. Ela tem uma carta que diz que ela só pode trabalhar sentada, não pode ficar nervosa, não pode fazer força, ou seja, graças a Deus ela está de atestado até o final de gestação [...] é insolúvel o problema (C8).

Outros estudos sobre conflitos nas equipes de trabalho fazem menção às dificuldades de relações interpessoais. Corradi, Zgoda e Paul (2008) apontam que os diferentes modos de ver, pensar e realizar as atividades, bem como de se relacionar com seus pares, foram o segundo motivo mais mencionado pelos gerentes entrevistados em pesquisa sobre o gerenciamento de conflitos na equipe de enfermagem da atenção básica.

Long (1996) ressalta que muitos dos conflitos que surgem em equipe têm a ver com as diferenças interpessoais e que os conflitos interpessoais são os mais difíceis de serem resolvidos. Esta conclusão do autor se deve a não ter sido percebido pelos trabalhadores nenhum progresso com relação a este tipo de conflito, após ter sido concluído um processo de intervenção junto às equipes da atenção primária, na Inglaterra, no qual foram realizadas várias oficinas de trabalho sobre esta temática.

6.2.2.3.2 “Funcionário-problema” na relação com o usuário

Nos relatos classificados nesta tipologia foi perceptível que o conflito se manifestou devido a três questões distintas. A primeira refere-se ao desrespeito ao direito do usuário, manifestando-se por falta de compromisso e de humanização no atendimento ao usuário; uma relação assimétrica, conforme manifestado por um trabalhador:

Eu percebo também que ele [um auxiliar de enfermagem] é assim, como eu vou dizer? Frio. Eu não sei se ele está acostumado a trabalhar, acho que tantos anos naquilo que a pessoa vai ficando mecânica. Acaba não sendo humanizado, um atendimento humanizado. Vendo aquela queixa, naquela hora. Independente se a pessoa está aqui todos os dias. Então, ele é muito assim, mecânico, ele age mais assim, sem humanizar mesmo (T10).

Aqui a contratualidade rompida se refere tanto à finalidade do processo de trabalho em saúde, que é assegurar a atenção às necessidades de saúde dos usuários, quanto ao exercício do direito à saúde de que é portador o próprio usuário e a população do território de referência da unidade.

O segundo aspecto que está na origem do conflito que envolve trabalhadores e usuários refere-se ao caráter instrumental da comunicação entre ambos, que recobre inclusive aspectos que requerem interação social. Aqui observa-se que ocorre a colonização da esfera interativa pela exclusiva instrumentalidade da comunicação, ou seja, o conflito entre trabalhadores e usuários ocorre por falha na comunicação e na interação entre ambos. Os excertos selecionados abaixo mostram que o caráter exclusivamente instrumental da comunicação ocorre tanto por parte do trabalhador como por parte do usuário:

Ah! tem da recepção, de paciente que chega e 'trouxe cartão? Ah! não trouxe. Tem documento? Não, não trouxe, esqueci. Toda vez tem que mandar, tem que trazer documento' (fala num tom bravo). Então daí começa, sabe, aí ao invés de trouxe, da próxima vez você trás e vai olhar, não sabe [falar assim], já entra em atrito com o paciente, sem necessidade (T4).

Tem paciente que chega e conversa com a gente direito. Explica, pede para gente ver se não tem como. Agora têm outros que já chegam com a brutalidade, porque eu quero, porque eu não sei o que, e daí já é mais complicado, porque daí você sabe que está tendo que se virar para tentar resolver e ainda a pessoa é grossa com você e você tem que pegar e abaixar a cabeça, escutar e fingir que não é com você. Nem todo o mundo abaixa a cabeça e finge que não é com ele, eu mesma não sou muito assim, eu tenho que estar muito boazinha no dia pra ignorar, porque quando "pisam no meu calo" eu respondo e a coordenadora dá direto bronca em mim porque eu não levo desaforo. Eu penso assim: eu não estou aqui para levar desaforo, eu estou aqui para tentar ajudar, para fazer o meu serviço, agora levar desaforo já é outra coisa, eu não sou paga para ser espezinhada, para ser tratada com má educação (T7).

Uma usuária chamou a coordenadora no corredor e pediu para que ela resolvesse seu problema porque a funcionária da farmácia não queria lhe fornecer a medicação, pois o médico, no dia em que ela se consultou, se esqueceu de lhe fornecer a receita de metformina. A funcionária da farmácia lhe disse que ela não podia fornecer medicamento sem receita e que ela deveria consultar de novo para pegar a receita. A usuária disse que achava isso desnecessário porque se consultou há pouco tempo e está se sentindo bem. Houve um início de discussão entre elas e a usuária procurou pela coordenadora. Ao tomar conhecimento do caso, a coordenadora pegou o prontuário, confirmou a data da última consulta, qual era o medicamento prescrito e forneceu a medicação para a usuária. Orientou-a para que no próximo mês procure pela receita na recepção antes de ir à farmácia, que ela vai pedir para o médico fazer. A coordenadora ainda explicou à funcionária o que ela deveria fazer, ou seja, certificar-se se o que a usuária estava dizendo conferia com o registrado pelo médico no prontuário, antes de tomar qualquer conduta, e ainda que esta deveria ter sido a conduta dela (relato de um caso observado).

Verifica-se que os trabalhadores envolvidos no conflito agiram estrategicamente para o cumprimento das regras, desconsiderando a necessidade dos usuários. Não tiveram escuta, o que motivou os usuários a procurarem pela coordenadora da unidade para solucionarem seus problemas.

Nestes casos houve desrespeito quanto a um direito constitucional dos usuários – a atenção à saúde – e não existiu por parte dos trabalhadores espaço para o agir comunicativo que buscasse o entendimento e o consenso (Habermas, 2003). Por outro lado, foi percebido que a coordenação exerceu uma gestão comunicativa, ao mediar o problema relatado, tanto na relação com o usuário quanto com o funcionário. Nesta e em outras situações observadas, a coordenadora promoveu o esclarecimento dos usuários de como deveriam proceder da próxima vez, deu encaminhamento para a situação de forma a solucionar o problema que lhe fora trazido e conversou com o funcionário envolvido sobre como deveria ter agido, o que deveria ter feito e não fez adequadamente, visando evitar uma nova ocorrência deste tipo de problema.

Resultados de uma revisão de literatura sobre a produção científica acerca do conflito na gerência de enfermagem corroboram com esta análise e apontam que o foco principal conflito envolvendo usuário são as necessidades das pessoas, além de expectativas e de diferentes formas de abordagem, nem sempre claras ou consensualmente acordadas. Referem ainda que, direta ou indiretamente, nestas situações se recorre à gerência para mediar o conflito (Guerra et al. , 2010).

Uma terceira questão geradora de conflitos com usuários foi motivada por negligência no atendimento prestado. No relato a seguir, feito por uma coordenadora, houve referência de que não foi tomada providência pela administração diante da denúncia de negligência cometida pelo funcionário.

Uma família ligou na unidade básica solicitando atendimento do PSF, uma vez que o paciente é restrito ao lar. Encaminhei uma auxiliar de enfermagem para verificar a situação. [...] Isso ocorreu no período da manhã, o paciente foi encaminhado para a Santa Casa, pelo quadro apresentado, informação dada pela auxiliar que foi ao domicílio. No final da tarde, o filho do paciente compareceu à unidade para relatar o ocorrido na residência: o paciente estava com mal-estar, tontura, pele fria e sudorese, a auxiliar verificou HGT que indicou HI e na hora deu dois copos de leite com duas colheres de sopa de açúcar e uma bala, verificou novamente HGT continuou HI; relatou o caso para a enfermeira da equipe, sendo orientado a encaminhar para a Santa Casa, pois esse paciente é diabético. O médico que atendeu questionou a [conduta] profissional, pois poderia ter matado a paciente. Procuraram então a auxiliar que negou tudo, que não deu o leite, que a paciente já havia tomado quando chegou. Falaram com as ACS que acompanharam a visita, que confirmaram a história do filho e até hoje a auxiliar nega. [...]. Até hoje, está por isso e aguardo com expectativa a evolução do caso, o desfecho da história. [...] Eu falei: gente não está sobre a minha governabilidade, o que eu pude fazer eu fiz, de agora para frente eu não posso fazer mais, saiu das minhas mãos, não posso. Como eu vou fazer? O que eu vou fazer? Porque pra mim tinha um destino certo, certo, puro e verdadeiro, não sendo a primeira vez. Eu acho assim, todo o mundo erra, ninguém é perfeito, todo o mundo está sujeito, mas quando é uma, duas, três vezes [...] Hoje ela anda no corredor [como se dissesse assim] fica quieta viu, porque se você mexer comigo, você vai ser demitida, é essa a impressão que dá, o ar dela é assim; é um estresse que a gente passa com o estatutário que Deus me livre (C2).

Este tipo de conflito é decorrente de desrespeito na esfera do direito, em que o indivíduo só pode chegar à compreensão de si mesmo como portador de direitos quando possui, inversamente, um saber sobre quais obrigações deve observar em face do respectivo outro – um outro generalizado (Honneth, 2003).

Ressalta-se que a atuação no setor saúde deve considerar que se trata de uma área em que o direito é imperativo, não se discute, é constitucional – a saúde é direito de todos (usuários) –, e há também o reconhecimento do direito trabalhista do trabalhador como justo e ético – remuneração justa, férias, previdência, estabilidade no emprego, etc.

No entanto, esses direitos dos trabalhadores do serviço público correspondem imediatamente a um dever, a uma obrigação, ao cumprimento de um contrato de trabalho no que se refere à assiduidade, responsabilidade, competência técnica, respeito, ética, aliados aos princípios constitucionais da administração pública, contidos no artigo 37 da Constituição Federal. São estes os princípios: legalidade (o princípio da autonomia da vontade não encontra amparo no Direito Administrativo Público, ou seja, não se pode fazer o que bem entender; na busca do interesse público, tem que agir segundo a lei); impessoalidade (é proibida a discriminação gratuita, de qualquer natureza); moralidade (deve-se atuar de acordo com a lei); publicidade (manter plena transparência de todos os comportamentos, e disponibilizar informações de bancos de dados, quando solicitadas); e eficiência (oferecer qualidade nos serviços com racionalidade de gastos) (Brasil, sd).

Ocorre que na atuação de alguns destes servidores não se verifica o respeito a estas questões, parece que não compreendem de que a contrapartida que lhes é exigida no contrato de trabalho é o zelo pelo bem público como “servidor” da sociedade e do bem público. Ao contrário, em muitos casos, observa-se a ênfase excessiva na obtenção de direitos trabalhistas, que converte o direito socialmente necessário em um conjunto de privilégios por vezes descabidos.

O caminho que tem sido adotado quando uma das partes se sente prejudicada em seus direitos de cidadania, seja ele o usuário ou o trabalhador, tem sido o da “judicialização”. Este termo diz respeito ao julgamento das questões referentes à concessão ou negação de determinado pleito pelo Poder Judiciário. Esta instância institucional tem sido, no período mais recente, requerida a interpretar normas e arbitrar sobre sua legalidade e aplicação, especialmente nos casos sujeitos à controvérsia (Machado, 2008). Esta situação, cada vez mais frequente na área da saúde, aponta

para uma “incapacidade do Estado em regular, pela via formal da lei, as multifacetadas relações sociais, terminando por colocar nas mãos do juiz o encargo de fazer a adaptação da ordem jurídica ao mundo real” (Aguiar, 2005 apud Schmidt Neto, 2009, p.87)⁵.

6.2.2.3.3 “Funcionário-problema” na relação com a coordenação

Nos relatos selecionados neste tipo de conflito estão aqueles em que o comportamento do “funcionário problema” foi se repetindo e a coordenadora, ao tentar intervir, tomar alguma providência, sentiu-se sem respaldo, ou, pior, sentiu-se ameaçada por processos judiciais por ter “desrespeitado o estatuto do servidor”:

Só que eu tinha uma situação na unidade muito ruim, que estava rolando, de brigas na recepção entre um funcionário com outro, do mesmo funcionário com outro, [...]. Algumas vezes porque a pessoa em questão queria usar o computador pra ficar fazendo umas coisas que não têm nada a ver com o serviço, não ia para o atendimento. O outro que precisava usar o computador começou a se desentender, qualquer coisa era motivo pra eles brigarem. Porque esse funcionário em questão chamava um, que é relativamente obeso, de gordo, mandava a população falar com o gordo, aí ele se sentiu ofendido; de chamar de viado, esse tipo de briga e foi com vários funcionários. E aí assim, eu podia ter saído [da coordenação] e deixado por isso mesmo, mas eu falei não dá! Aí eu cheguei a falar para ele, não dá! E ele veio falar assim: ‘ah! você não vai sair [da coordenação]? Que dia você vai sair?’ Eu cheguei a verbalizar para ele assim: ‘eu vou sair sim, não tem uma data, mas a gente vai ter que resolver teu problema antes disso, porque não tem como eu deixar’. Eu falei outro dia: ‘que coordenadora que eu sou se deixar rolar desse jeito’. Não tem uma data pra eu sair, mais eu comprei uma briga aqui e vou responder por ela daqui quatro anos. Daqui a quatro anos vou ter que arrumar um advogado, vou para justiça para me defender do que também não sei, de perseguição? [...] e daí a gente sempre pergunta: ‘o que vai fazer? O que a gente faz com o funcionário? É a gente que leva o “ovo” toda vez. O que faz?’ Não faz nada. Porque depois de muitos anos vai acumulando a

⁵ Aguiar RR Junior. A função jurisdicional no mundo contemporâneo e o papel das escolas judiciais. Palestra proferida em Porto Alegre, no dia 17/11/ 2005.

situação e quando você pega uma portaria da secretária que pode pôr a disposição, no estatuto fala que tem que ter a anuência do funcionário e é por isso que ele quer me processar porque ele não concordou de sair de lá e o estatuto ainda é maior que a portaria, te protege de remoção. Então é complicado porque ele pode fazer o que ele quiser e você não faz nada tá, e se você faz, não tem solução. Processo administrativo, a maioria não dá muita coisa. Então pra mim neste momento o que mais tá pegando é isso (C6).

Ainda decorrente da dificuldade de lidarem com o “funcionário-problema” houve manifestação pelos coordenadores de que alguns fatores relacionados – **a falta de autonomia da coordenação, a ingerência política e o estatuto do servidor** – causam interferência nas condutas que são tomadas tanto pela gerência quanto pelo nível central, e que estas questões acabam por proteger o mau funcionário.

Em relação à **falta de autonomia e respaldo da gestão para o exercício da função**, os coordenadores manifestaram que em algumas situações de tensão ou conflito, não têm respaldo (legal e político) para tomar decisões no sentido de resolvê-las. Avaliam que o nível central da secretaria também não resolve, neste caso por falta de “vontade política”.

Lunardi (2007) alega que a carência de tecnologias para instrumentalizar o seu trabalho, bem como a falta de clareza que os enfermeiros têm sobre os elementos do seu processo de trabalho e da sua organização e, especialmente, pela maneira como se relacionam com os demais profissionais, parecem contribuir para o surgimento e manutenção do sentimento da falta de autonomia.

Quanto à **ingerência política**, houve relato de que a política interfere no encaminhamento dado pelo coordenador aos problemas com funcionários, e que há falta de respaldo da administração para com a coordenação da unidade. Isso faz com que não haja clareza de como o coordenador deve agir perante os problemas com estes “funcionários”. Nos relatos de fatos ocorridos em que houve

ingerência política tem-se a sensação de algo nebuloso, que se mistura a tudo, algo no ambiente que permeia a atuação dos gerentes, como aponta o relato de uma coordenadora:

A política interfere, essa é soberana, infelizmente interfere, seja em qualquer setor dentro da UBS. Então às vezes você tem a tua função de coordenadora, de gerente, mas você não atua adequadamente por causa da política que interfere (C7).

Outro fator que, nos relatos dos coordenadores, têm influenciado a forma de agir dos “funcionários-problema” é o respaldo que estes encontram no estatuto do servidor público (poder do estatuto). Os coordenadores reclamaram que ficam de mãos atadas perante funcionários que “são problemas”, pois até para transferir um funcionário para outro local de trabalho tem que ter anuência do mesmo. Manifestaram que têm receio de agir e sofrer processos judiciais. “Isso daí dá um fortalecimento tão grande pra essa ‘maçã podre’, porque, a cada situação que ela sai como vencedora, ela se fortalece um tanto que ela consegue ‘apodrecer’ as outras, muito mais rápido” (C2).

No entanto, em caso de falta cometida pelo servidor, tendo em vista a ocorrência de casos extremos como os relatados (tanto na relação com o usuário, como com colegas de trabalho), o estatuto do servidor público prevê a aplicação das seguintes penalidades: advertência, suspensão e demissão (Cambé, 2003). Pelos relatos feitos no grupo focal, parece que os coordenadores não conhecem com profundidade o estatuto, nem dominam os trâmites administrativos que deveriam ser seguidos para a adoção de tais medidas disciplinares. Neste sentido, queixaram-se de que não há apoio administrativo da gestão para o adequado encaminhamento destas questões.

Aqui o descompasso entre a contratualidade prevista nas relações de trabalho no SUS e a socialidade vigente se estende para além dos sujeitos envolvidos diretamente no conflito. Também

interfere e tem efeitos e impactos no modo como se dá o trabalho, ou seja, no exercício do trabalho, na atenção ao usuário e no projeto de trabalho da unidade básica de saúde.

É perceptível que esta é uma área em que a gerência exerce pouco controle. Ou melhor, as medidas gerenciais que têm sido instituídas – advertência ao trabalhador pela coordenação, queixa por escrito, reflexo destas queixas na avaliação de desempenho, colocação do funcionário à disposição de outro setor ou unidade – não estão surtindo efeito no sentido de que sejam resolvidos os problemas apontados. Neste caso, o trabalhador se sente protegido pelo estatuto e pela estabilidade no emprego e parece não se preocupar com as reclamações acerca de sua atuação na unidade, nem quando as mesmas são formalizadas.

A coordenação – na sua ação gerencial cotidiana – tem que se basear não só no conjunto de regras que é o sistema de saúde, o SUS, como um conjunto de regras que está pactuado na sociedade, mas também deve reconhecer quem são as pessoas e agir baseado no estatuto delas (estatuto do servidor).

Neste sentido, as pessoas que atuam no serviço de saúde, no SUS, são regidas com base em outro sistema de regras, estão sob outro contrato. Ou seja, há outro sistema que de alguma forma implica numa contratualidade que entra em confronto com a contratualidade do trabalho, que extrapola o horizonte normativo do SUS, da AB e das relações de trabalho. Esse sistema é amparado politicamente e se baseia numa cultura de troca, de mutualidade, de favores que se estabelecem – influência e circulação do poder –, interesses outros, privados, competindo com interesses públicos, coletivos, e que produzem uma série de conflitos ali. A esse respeito Farias e Vaitsman apontam que

Ainda que aspirações e atitudes universalistas sejam bem abrangentes entre os servidores, a isso não corresponde a crença de que as regras do jogo sejam as

mesmas para todos, o que provavelmente tem implicações negativas do ponto de vista da formação de um ethos de envolvimento e comprometimento com a coisa pública (Farias, Vaitsman, 2002, p.1239).

Não cabe aqui julgar, mas refletir acerca das práticas de controle do autogoverno dos trabalhadores que têm sido tentadas por aqueles que ocupam funções de chefia, de um modo geral e não apenas no contexto deste estudo. Pelos depoimentos foi possível perceber que a “racionalidade instrumental que coloniza as organizações, que cobra, de forma inapelável, práticas de controle e objetivação por parte de quem ocupa funções gerenciais ou de chefia” (Cecílio, 2007b, p.350), não tem conseguido “disciplinar” a atuação de alguns trabalhadores, tendo em vista que os mesmos não se comportam como “trabalhadores morais”, no sentido usado por Cecílio (2007b). Haveria que se tentar um novo modo de exercer a gestão do trabalho para além das seis funções propostas por Henri Fayol, de: administrar, prever, organizar, comandar, coordenar e controlar.

Alguns autores, como Campos (2007), Cecílio (2007b), Merhy e Cecílio (2003), Onocko Campos (2003), têm proposto reflexões acerca de processos de coordenação que, tendo como eixo central as necessidades dos usuários, têm potencialidade para produzir fluxos na direção contrária do controle instrumental e se constituírem em meios mais compartilhados e democráticos de realizar a gestão. Tais propostas incluem arranjos e dispositivos como: Colegiados de Gestão, Apoio Matricial e Equipe de Referência, Oficinas de Planejamento, Reuniões de Equipe, Análise/Supervisão Institucional e Educação Permanente em Saúde.

Há que se atentar, porém, que o desenvolvimento destas propostas não se dará automaticamente a partir de normatizações ou recomendações em documentos oficiais, nem por acaso ou por intuição dos coordenadores. É necessário que exista um “Projeto de Gestão” que aponte sua direcionalidade, com apoio para o

desenvolvimento dessas estratégias, que inclua a qualificação daqueles que se ocupam da coordenação, e que esteja previsto na gestão: lugar e tempo, suporte e manejo, para que esses processos possam ser desenvolvidos.

6.2.2.4 CONFLITOS RELACIONADOS A PROBLEMAS PESSOAIS OCORRIDOS FORA DO TRABALHO

Um quarto agrupamento de conflitos, relatados tanto por gerentes como por trabalhadores, se relaciona a problemas de âmbito pessoal envolvendo geralmente dois trabalhadores da unidade (da mesma ou de categorias profissionais distintas), que mesmo ocorridos fora e por motivos alheios ao trabalho, tiveram potencialidade para adentrar o ambiente de trabalho e provocar tensão e/ou conflito entre alguns trabalhadores. Estes conflitos geralmente afetam o ambiente de trabalho porque os trabalhadores mantêm relações que extrapolam o ambiente e o horário de trabalho, ou seja, compartilham aspectos da vida privada – freqüentam as casas uns dos outros, compartilham experiências pessoais.

Desta forma, percebeu-se que o cotidiano das unidades de saúde se constitui como o espaço em que os trabalhadores de saúde estabelecem relações, se reconhecem e se estranham, e vão se conformando como sujeitos, com determinadas experiências vividas, pelas relações estabelecidas entre si e com outros atores deste cenário: gestores e usuários. E é neste lugar que esses sujeitos compartilham experiências não só do trabalho, mas da vida social, ou seja, compartilham o mundo da vida.

No caso da ocorrência de problemas dessa natureza – das relações primárias do amor e da amizade –, estes tiveram

potencialidade para adentrar o ambiente de trabalho e provocar o conflito (desentendimento incluindo agressões verbais e até físicas entre as duas pessoas envolvidas), além de mobilizar outros componentes da equipe, que sempre tomam partido de um dos lados. Nesta situação houve rompimento do regime de validação da autenticidade expressiva, em que não se reconheceu que o parceiro de interação estava sendo autêntico e digno de confiança em suas ações e afirmações (Habermas, 2003).

Honneth (2003) aponta que este tipo de conflito – das relações primárias – não tem a potencialidade de mobilizar pessoas para um conflito social, visto que o desrespeito na esfera do amor e da amizade se constitui numa luta circunscrita a círculos restritos de relações primárias, não tendo capacidade para mobilizar o interesse público. No entanto, no contexto deste estudo, este tipo de conflito envolvendo dois trabalhadores, cuja interação foi turvada por desrespeito na esfera da amizade, teve potencialidade de adentrar o ambiente de trabalho e afetar outras pessoas não envolvidas diretamente nestas relações, como apontam duas narrativas selecionadas:

Estava no período de férias quando uma ACS ligou no meu celular solicitando minha presença na unidade naquela hora, dizendo que era urgentíssimo. Chegando à unidade, duas ACS haviam discutido e acabaram partindo pra agressão física. A equipe toda da unidade de saúde estava em tensão e cada um tomando seu partido. Primeiramente pedi para que todos retornassem às suas atividades que eu ia conversar com a equipe de ACS. Depois conversei em particular com cada uma. Após a conversa com cada uma delas, me dirigi à secretaria de saúde para relatar o fato. A princípio, a atitude da secretaria era a demissão para ambas, mas após ouvirmos as duas ACS envolvidas e alguns funcionários da unidade decidiu-se por demitir a ACS que havia iniciado a discussão e que havia iniciado a agressão física. A decisão foi tomada em cima dos relatos dos funcionários, uma vez que eu não estava presente na unidade. A equipe ficou satisfeita com a decisão, e mesmo eu estando de férias fui solicitada e percebi que a equipe sente segurança e confiança na atitude da coordenação (Narrativa de C1).

Teve uma situação assim: a [nome da pessoa] é ACS da equipe [nº da equipe]. E ela é separada do marido. E aí tem a [nome de outra pessoa] que também é da mesma equipe. E aí ela, a [nome da segunda funcionária citada] é meio infantilzona assim, ela tem umas ideias que às vezes a gente não tem... E aí a [nome da primeira pessoa citada] contou uma coisa para a [nome da segunda pessoa citada] e ela foi e contou para a atual esposa do marido. E aí eles vieram aqui na unidade, o ex-marido e a atual esposa dele. Vieram na unidade, falar com a coordenadora sobre esta situação [...]. E aí a [nome da coordenadora] foi ótima, nessa hora, sabe? Mas foi uma situação muito ruim. A [nome da coordenadora] conversou com eles. Colocou assim... que não queria eles aqui, causando nada aqui, porque aqui era um local de trabalho dela. Que não queria que a envolvessem, porque a [nome da segunda funcionária citada] envolveu ela na conversa. [...] E colocou o ponto de vista dela. E depois chamou a [nome da primeira funcionária citada] e conversou com ela. E aí pronto! (T3).

Na esfera de reconhecimento do amor, as formas de desrespeito são os maus-tratos e a violação, em que o componente da personalidade afetado é a integridade psíquica, ou seja, não é somente a integridade física que é violentada, mas sim o autorrespeito que cada pessoa possui de seu corpo. Este tipo de desrespeito provoca um grau de humilhação, fere a confiança aprendida por meio do amor e da amizade, afetando a capacidade autônoma do próprio corpo; destrói a confiança em si mesmo, provocando uma espécie de “vergonha social” (Honneth, 2003, p. 215).

Apesar de não ter sido frequente esta tipologia de conflito entre os trabalhos publicados, dois estudos também apontam as relações pessoais como fontes motivacionais de conflitos (Spagnol et al., 2010; Coradi, Zgota, Paul, 2008). O primeiro, realizado em ambiente hospitalar, analisou a percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem sobre o conflito e nomeou como “focacas” os conflitos de ordem pessoal (Spagnol et al., 2010). O outro, realizado no âmbito da atenção primária, nomeou como “problemas pessoais ou familiares” aqueles problemas que dificultam o relacionamento na

equipe de enfermagem, segundo opinião de gerentes de unidades básicas de saúde (Coradi, Zgota, Paul, 2008).

6.2.2.5 CONFLITOS RELACIONADOS À ASSIMETRIA COM OUTROS NÍVEIS DE GESTÃO

Apesar de não terem sido narrados pelos coordenadores casos de conflitos envolvendo a relação destes com outros níveis da gestão (nível central, intermediário ou com outros setores da secretaria de saúde com os quais a unidade de saúde se relaciona), houve várias manifestações que indicam que esta relação é permeada por tensão. Os dados analisados apontam que a normatividade técnica prevista no SUS para a execução do trabalho em uma unidade de saúde da AB – cuja missão se refere à produção de valores de uso que tenham a potencialidade de atender as necessidades integrais de saúde dos usuários –, não está coincidindo com as normas instituídas pela organização para regular o trabalho, ou seja, para assegurar a sobrevivência da própria organização e do conjunto de agentes que a integram.

Nas manifestações dos coordenadores no grupo foi perceptível que eles não partilham do mesmo projeto do nível central da secretaria, ou melhor, não se sentem integrantes do grupo condutor do projeto de saúde para o município, apesar de todos terem sido indicados para o cargo de coordenador da unidade pelo diretor ou secretário de saúde, como apontado nos resultados da primeira fase da pesquisa. As referências à gestão foram de uma esfera distante, de um nível descolado da unidade básica de saúde. Desta forma, foi percebido que se sentem executores de ações e serviços, muitas vezes isolados e fragmentados, que lhes são repassados.

Tais questões são motivo de preocupação, uma vez que se espera que a gerência de unidade de saúde tenha clareza do projeto institucional, tendo em vista ser sua atribuição primordial o compartilhamento deste projeto com a equipe de trabalhadores da unidade que gerencia, buscando assegurar o compromisso destes trabalhadores com tal projeto, ou seja, que se comprometam e se envolvam em sua execução (Peduzzi et al., 2011).

Porém, o que se verifica, não só no contexto deste estudo, mas em muitas organizações de saúde, é que, no dia a dia, os serviços ainda são governados segundo diferentes variações do taylorismo, em que prevalece o poder centralizado, a elaboração centralizada de programas e de normas reguladoras do atendimento e ainda a quase ausência de comunicação, tanto entre serviços da rede de atenção quanto entre os distintos níveis hierárquicos (Campos, 1998).

Foram identificados neste estudo vários problemas que envolvem a relação entre a unidade básica de saúde e os demais níveis e órgãos da gestão e que têm potencialidade para desencadear a manifestação de tensão e/ou conflitos no trabalho. Entre eles podem ser citados: a normatividade instituída que impede a paralisação do atendimento da unidade para reunião com a equipe; a falta de apoio da gestão intermediária às demandas da unidade; a relação assimétrica expressa pela ouvidoria; e a fragmentação das ações demandadas por vários setores para serem desenvolvidas pelas unidades de saúde.

6.2.2.5.1 Impossibilidade de parar o atendimento para reunir toda a equipe

Houve referência de que no momento atual inexistia espaço de reunião com toda a equipe da unidade ou mesmo das três equipes de PSF juntas, o que foi avaliado, por coordenadores e trabalhadores, como prejudicial à interação no trabalho.

Vários trabalhadores fizeram referência às oficinas de trabalho da equipe da unidade, que ocorriam a cada trimestre e eram um espaço de encontro de todos os trabalhadores da unidade - de todas as categorias e turnos de trabalho -, em que eram discutidos aspectos referentes ao funcionamento da unidade e outros temas de interesse dos trabalhadores. Porém, esta atividade foi suspensa no ano de 2011 e os trabalhadores demonstraram não ter clareza sobre quem e/ou qual foi motivo que levou à suspensão das mesmas. Muitos entrevistados manifestaram o desejo de que as oficinas fossem reativadas, tendo em vista se constituírem em um espaço privilegiado de conversa entre toda a equipe, por favorecer a interação, a aproximação uns dos outros e a quebra de relações hierárquicas, como apontado no excerto:

Nós tínhamos umas oficinas que nós realizávamos, até dois anos atrás. Eram muito boas essas oficinas, em que era escolhido determinado tema, alguém ia e nós passávamos a manhã todinha, nesse dia o posto não funcionava. Pode ser que a comunidade não gostasse, mas era muito importante para nós, para discutirmos questões importantes da nossa esfera, fora desse ambiente aqui, porque aqui é muito corrido, a demanda é muito grande. [...] Precisaria desses espaços. Favoreceria melhorar as relações, às vezes você conhece uma pessoa e, às vezes num encontro você fica sabendo de algumas coisas que ajudam a melhorar muito, você interagir melhor, entender melhor, quebrar um pouco esse grau de hierarquia, um se aproximar mais do outro (T11).

Vários autores apontam que a reunião da equipe tem potencialidade para se constituir em um espaço democrático de

discussão entre os trabalhadores, que favorece a colaboração e a articulação entre eles (Fortuna et al., 2005; Matumoto et al., 2005; e de Peduzzi et al., 2011). Isso certamente teria impacto positivo sobre a ocorrência de conflitos entre eles, se estes espaços de reunião se constituírem em encontros que propiciem a manifestação e discussão entre os participantes e não em espaços apenas informativos. Se as autoras advertem que o fato de as reuniões em equipe existirem não garante sua potência, pois depende muito da forma com que são realizadas, que dirá se elas não ocorrerem. Neste caso, a não garantia de espaços de discussão dos trabalhos colabora para que o planejamento dos atos de saúde ocorra de forma individualizada, com cada trabalhador definindo e programando suas atividades, fazendo com que a equipe perca seu potencial de articulação entre os núcleos profissionais.

Apesar dos coordenadores reconhecerem a importância da discussão, da participação e do envolvimento de todos, de todos os trabalhadores se apropriarem de todo o trabalho desenvolvido pela unidade com a finalidade de produzirem um cuidado integral, nem sempre conseguem fazer assim na unidade que gerenciam. Reconhecem que por vezes estão reproduzindo a fragmentação a que estão submetidos, pois, “como a informação vem, eu passo pra lá, mas eu passo fracionada. Como tem gente que resolve lá em cima, cada um é responsável por um, então lá na minha unidade também” (C2).

Ao se referirem às reuniões com trabalhadores, são utilizadas expressões que denotam seu caráter instrumental: “informo, repasso” (C2). Reúnem pequenos grupos de trabalhadores e em curto espaço de tempo, não mais que 30 minutos. A palavra “discussão”, ao se referirem à reunião com trabalhadores, foi pronunciada poucas vezes, como manifestado por este coordenador: “Então, o que acontece é o seguinte: terça-feira à tarde para mim é o dia de passar a demanda para os funcionários” (C3). Em muitas

unidades houve inclusive mudança na forma de organizar o trabalho, fixando o trabalhador em determinadas unidades de produção (setores da unidade), de acordo com a habilidade de cada um, para diminuir o risco de problemas, como ilustra o excerto:

Não, a minha (unidade) não (não tem escala com rodízio de funcionário), tá sobrecarregada. Eu tive que fazer isso por conta do que era melhor ali, o que era menos arriscado para a população, por conta do perfil do funcionário (C2).

Apesar de criticarem a forma como são tratados pela gestão intermediária, reconhecem que a impossibilidade de paralisar o atendimento para realizar discussões com a equipe de trabalhadores da unidade faz com que eles reproduzam esta mesma forma de gestão junto à equipe que coordenam.

Segundo Habermas (2003, 2006), a interação entre os agentes pode ser de natureza monológica ou dialógica. Na primeira, ocorre por meio de um sujeito que conhece, que nomeia objetos, e sua ação se dá a partir de sua perspectiva individual. Na segunda, se dá como ação fundamentada na comunicação intersubjetiva, na qual o conhecimento e a própria ação são frutos da interação. A interação dialógica, quando ocorre livre de coação interna e externa, e busca o entendimento e o reconhecimento mútuo entre os sujeitos envolvidos, de modo que estes tomam em consideração uns aos outros, se caracteriza como ação comunicativa. Já na interação monológica, quando esta visa, por meio da aplicação de regras técnicas, à obtenção de um êxito definido a priori, se caracteriza como ação instrumental; mas também pode, apoiada em regras racionais, exercer influência sobre as decisões dos seus parceiros de interação para alcançar seu intento e, neste caso, se caracteriza como ação estratégica.

A inexistência de espaços de diálogo entre os trabalhadores e a manifestação de ação monológica dos coordenadores junto à equipe, em que as normas de organização e funcionamento do

trabalho são apenas informadas e não discutidas pelos trabalhadores, infere o predomínio da racionalidade instrumental em esferas de ação em que deveria prevalecer a ação comunicativa. Esta forma de gestão do trabalho não coincide com os modelos de gestão comunicativa e participativa, propostos por Campos (2000) e Rivera e Artmann (2003), respectivamente.

Em relação à gestão comunicativa, Rivera e Artmann (2003) defendem que o desenvolvimento desta forma de gestão prescinde de uma metodologia ou de um desenho único para ser desenvolvida. Pode-se utilizar de vários métodos que possibilitem a criação de fluxos de comunicação ampliada e de negociação de compromissos, para além da racionalidade de fins, e que considere o mundo da vida dos sujeitos envolvidos. Em relação à gestão participativa ou cogestão, Campos (2000) afirma que a mesma visa à instituição de uma nova racionalidade na gestão de coletivos. Reconhecendo que este campo é atravessado por uma multiplicidade de lógicas, o Método da Roda ou de cogestão pretende-se constituir numa estratégia de combate ao predomínio da racionalidade instrumental na gestão, aliando a esta outra racionalidade que busque a construção de outros sentidos e significados para o trabalho e para a vida coletiva.

A esse respeito, Cecílio (2010) afirma que as contradições presentes nas afirmações/ações dos coordenadores – autonomia/heteronomia, reprodução dos instituídos/novos processos instituintes, agir comunicativo/agir instrumental –, são antinomias que, mais do que serem avaliadas de forma negativa, são indicativas, em boa medida, das tensões constitutivas do campo de atuação destes coordenadores, um campo complexo, de contradições, que não suporta um só modo de fazer e pensar e que, portanto, exige destes: flexibilidade e análise situacional.

6.2.2.5.2 Falta apoio da gestão intermediária

Pelos relatos feitos no grupo, percebeu-se que os gerentes não reconhecem a gestão intermediária com legitimidade. Manifestaram que as pessoas que ocupam este espaço de gestão não desenvolvem adequadamente o encaminhamento de problemas levantados nas reuniões no sentido de resolvê-los, pois “a pessoa que está lá não resolve, não escuta, [...]” (C2).

Houve referência no grupo de apenas uma pessoa no nível da gestão intermediária com a qual se sentem “respaldadas, ouvidas”.

[...] você percebeu com a [nome da diretora] por que ela realmente é o nosso elo. Então ela toda hora tá ali, a gente liga, fala com ela dez vezes no dia, se precisar. Só que aí, fora ela, por exemplo, a gente já tem um pouquinho mais de dificuldade [...] (C6).

Esses fatos são indicativos de que as pessoas que ocupam este nível de gestão intermediária não se solidarizam ou não reconhecem o problema como sentido pelos coordenadores, e esta situação foi percebida como fonte geradora de tensão entre os gerentes, algo que os incomoda muito.

A primeira reflexão feita a partir dos fatos apontados é em que medida aqueles que ocupam diferentes espaços de gestão se constituem numa equipe de trabalho. Peduzzi (2001, 2007, 2011) aponta que duas questões são primordiais para o estabelecimento de uma equipe: a comunicação e o compartilhamento de objetivos comuns. Neste caso, ambos os aspectos podem ser questionados, uma vez que foram apontados problemas tanto de comunicação quanto de ordenação dos planos de ação entre os coordenadores de unidade e seus superiores hierárquicos.

Outra questão a ser considerada se deve ao fato de que a relação entre estes parceiros de interação tem sido marcada pelo

avanço da racionalidade técnica, ou do sistema e dos subsistemas, sobre o mundo da vida, ou seja, uma colonização das ações instrumentais e estratégicas em esferas da vida que deveriam ser orientadas pelo agir comunicativo (Habermas, 2003).

Para Habermas (2003), o mundo da vida apresenta duas facetas: a da continuidade e a da mudança. A continuidade seria garantida por meio da reprodução cultural, pela integração social e socialização. A mudança ocorreria frente a questões problemáticas, quando os acordos intersubjetivos sobre a verdade dos fatos, a validade das normas e a veracidade das manifestações subjetivas são (re) colocados em validação. Nesse contexto, é perceptível o dissenso dentre coordenadores e vários diretores, o que faz com que tanto o regime de validação normativo quanto da autenticidade expressiva sejam colocados à prova, tendo em vista o desacordo manifesto tanto em relação à validade das normas do ponto de vista ético, moral e político, quanto da autenticidade das opiniões, intenções e desejos expressos daqueles sujeitos em interação.

Rivera (2003) faz uma mediação entre a teoria habermasiana do Agir Comunicativo e o campo da gestão, baseado em autores como Carlos Matus e Maurice Thévenet, especialmente quando estabelece uma aproximação entre o conceito da cultura institucional e o conceito habermasiano de mundo da vida. Segundo o autor, tanto o mundo da vida quanto a cultura institucional se configuram com base na cultura, que armazena tradições historicamente construídas pelas gerações anteriores; na sociedade, que nos dá o contexto normativo em que agimos; e na personalidade dos participantes, em que se encontram as competências individuais para a comunicação e consequente socialização.

Cabe esclarecer que a cultura institucional é entendida como o conjunto de referências compartilhadas organizacionalmente (normas, valores, atitudes), produzidas historicamente por um grupo

ao lidar, numa organização, com o enfrentamento contínuo de uma dupla de problemas: a relação com o ambiente externo e a coesão interna. Os processos interativos de intervenção sobre esses problemas é que dão origem às configurações simbólicas típicas da cultura institucional, e se constituem em fontes de comportamentos dos membros de um determinado grupo (Rivera, 2003). Neste sentido, a cultura institucional tem

um papel importante na configuração da dinâmica do serviço, e sua abordagem concorre para a compreensão dessas características, bem como de suas possibilidades e limites para a consecução dos objetivos estabelecidos [...] (Pezuzzi, 2007, p.59).

No contexto deste estudo, interessa-nos analisar duas áreas de correlação entre o mundo da vida e a cultura institucional, proposta por Rivera (2003, p.188), nos interessa analisar. A primeira seria aquela dada pelo conceito de governabilidade de Carlos Matus e pelo de sociedade como estrutura normativa do mundo da vida organizacional, de Habermas (2003). Neste caso,

O campo simbólico pertinente incorporaria as representações sociais ligadas ao tipo de estrutura de poder e de condução da organização, ao grau de centralização/descentralização da mesma, às formas de regulação das interações entre os agentes organizacionais. Inerente a este campo simbólico é o enfrentamento do problema da coesão interna (Rivera, 2003, p.188).

A segunda é aquela dada pelo conceito de personalidade (ou de socialização dos sujeitos) como estrutura do mundo da vida organizacional e às regras de responsabilidade de Matus, tendo em vista que,

Neste campo simbólico, predominam atitudes e representações ligadas ao exercício da liderança, à concepção da prestação de contas e à capacidade de socialização dos agentes organizacionais, incluindo os processos educativos. A responsabilidade é enfocada aqui como uma conduta interiorizada pelos indivíduos no sentido de solicitar e prestar contas (Rivera, 2003, p.189).

No contexto do estudo, a cultura institucional, bem como o mundo da vida dos atores envolvidos, expressa a pouca coesão interna daqueles que ocupam posições estratégicas na gestão desta instituição e também denota a falta de credibilidade e pouca liderança exercida por aqueles que ocupam posições de gestão mais centrais.

6.2.2.5.3 Representação da Ouvidoria

Foi notado, durante as sessões do grupo focal, que há receio dos gerentes de que alguma reclamação da unidade chegue até a ouvidoria. Parece que fazem de tudo para não terem que se justificar perante aquele órgão.

Apesar de não haver, na estrutura organizacional do município, relação hierárquica de mando entre a ouvidoria e as unidades básicas de saúde, a ouvidoria é percebida pelos coordenadores como um órgão com poder de vigilância sobre o que ocorre nas unidades de saúde. Esta percepção denuncia uma relação assimétrica, uma relação de poder da ouvidoria para com as unidades de saúde. Houve manifestação no grupo de “que essa gestão instituiu a famosa ouvidoria. Ela funciona como um, sei lá, parece que é um feitor” (C11).

Na situação relatada, é possível inferir uma relação de desiguais, afetada pelo poder exercido de um sobre os demais. Neste caso, interpreta-se que o poder se expressa por meio de relações, um processo dinâmico, microcontextualizado, que produz assimetria e que se exerce permanentemente (Foucault, 2006). Também é possível fazer uma correlação entre o sentimento expresso pelos coordenadores de se sentirem vigiados pela

ouvidoria com aquela vigilância disciplinar exercida pelo dispositivo pan-óptico, ilustrado por Foucault (2008). Para este autor o pan-óptico, instrumento utilizado nas prisões, disciplina o agir das pessoas por meio de sua vigilância e invisibilidade, tendo em vista que da torre é possível enxergar as celas, muito embora das celas não seja possível enxergar quem esteja na torre e tampouco em outras celas (Foucault, 2008).

Esse sentimento reforça e dá novos indícios de que os gerentes não se sentem parte da gestão, uma vez que se consideram vigiados por um órgão da própria instituição, da qual são os representantes na unidade. Pelo que foi compreendido, a pessoa que responde pela ouvidoria se coloca como superiora aos gerentes, não se solidariza com o problema, cobra solução de problemas que muitas vezes não depende da unidade. Há manifestação de uma relação assimétrica entre a ouvidoria e a gerência da unidade.

Neste caso, a tensão expressa pelos coordenadores manifesta o sentimento de desrespeito no nível da estima social, na medida em que os mesmos não sentem que sua atuação e sua contribuição pessoal no nível da gestão sejam reconhecidas como relevantes para o grupo gestor do qual são integrantes. Vale reforçar que a estima social ou solidariedade está ligada ao pressuposto de relações sociais que devem ocorrer de maneira simétrica, entre sujeitos individualizados e autônomos com possibilidade de desenvolverem a sua autorrealização. A solidariedade não infere somente o sentimento de tolerância para com a atitude do outro, mas sim a manifestação de interesse afetivo pelo outro. Esse entendimento, segundo Honneth (2003), é fundamental para que os objetivos que são comuns para estes sujeitos em interação possam se tornar realizáveis.

Mesmo na ocorrência de relações assimétricas, Peduzzi (2007) defende que há possibilidade que a prática comunicativa

encontre espaço para sua manifestação, por meio da argumentação crítica intersubjetiva e do compartilhamento da correção normativa. Isto será possível desde que a interação esteja pautada num horizonte ético, em que haja o reconhecimento legítimo da diferença entre os envolvidos e o vínculo pautado na confiança, no respeito e na autêntica preocupação com o outro.

Outro resultado que vale ser destacado é que, ao mesmo tempo em que se sentem vigiados, desrespeitados pela ouvidoria, está havendo entre os coordenadores alguma manifestação de rebeldia para com as pessoas que atuam naquele órgão, no sentido de devolver para elas a demanda para a resolução de problema que não dependa da coordenação da unidade resolver, como explicitado na fala a seguir:

Então eles ligam com um jeito de autoridade, que eu não acho certo. Agora eu já estou sendo curto e grosso e eles tão parando de ligar [...]. Aí ela começa a falar assim: 'então por que estão reclamando do banheiro; reclamaram duas vezes'. Falei: 'se você comprar uma lata de tinta e vir aqui pintar vai resolver o problema'. Agora eu sou desse jeito. [...] Eu já comecei a ser um pouco grosso, porque eu acho que eles têm que ir lá ver o que está acontecendo (C9).

Esta manifestação de oposição emitida por um coordenador novamente permite recorrer a Foucault para interpretar, a partir da concepção deste autor, que as relações de poder, ao mesmo tempo em que visam minimizar, por meio da ação disciplinar coercitiva, a força humana na sua capacidade de resistência, de contestação e de revolta, permite que se estructurem estratégias de resistência e oposição (Cecílio, Moreira, 2002).

6.2.2.5.4 Sentem-se depositárias de demandas fragmentadas pelos diversos setores da secretaria

Houve manifestação de que também se sentem depositárias de demandas de outros setores para serem implementadas pela unidade, sem uma avaliação prévia da capacidade da unidade, da compreensão e concordância dos gerentes e trabalhadores da UBS com relação à ação a ser desenvolvida por eles. Muitas vezes passam para a unidade a responsabilidade pela implementação de ações que a gerência avalia não ter condições de desenvolver de forma adequada; muitas vezes não existem condições estruturais na unidade para darem conta e mesmo assim “tem que fazer, muda toda semana” (C10).

Foram observadas situações em que houve descentralização para a unidade de várias ações, antes desenvolvidas por outros serviços (centro de especialidades, clínicas conveniadas, laboratório), sem a adequação das condições de trabalho da unidade (ambiente físico, infraestrutura disponível, número de trabalhadores) necessárias para acompanhar o processo. Ou seja, a estrutura física, de equipamentos e de pessoal não foi modificada e/ou ampliada para suportar esse novo papel que a unidade desempenha atualmente na rede de serviços.

Foram observadas situações, em ambas as unidades pesquisadas, que ilustram o repasse de demandas fragmentadas para a unidade realizar, sem que a gerência da unidade fosse anteriormente consultada ou mesmo informada de tal atividade:

Foram recebidas no malote todas as fichas de encaminhamento para prioridade ambulatorial dos pacientes que estavam na fila aguardando para consultar com determinado médico. Como o profissional para o qual os usuários foram encaminhados demitiu-se do serviço e não havia sido contratado outro profissional para substituí-lo, a gerência daquele serviço devolveu todas as fichas de encaminhamento para a unidade para que fossem novamente preenchidas e os usuários encaminhados para outro serviço. Na avaliação dos coordenadores, bastaria que o gerente do setor de especialidades fizesse o remanejamento das fichas para o outro serviço (Situação observada na UBS A).

Foi recebida no malote a determinação para que fossem preenchidos dois novos documentos de cadastramento de usuários para a UBS: um da dengue (de monitoramento) e outro do programa do leite (para cadastramento dos beneficiários). Esse tipo de demanda aumenta muito o volume de impressos a serem preenchidos (manualmente) pela equipe de enfermagem e também pelos médicos. Quando a coordenadora da unidade solicitou informações para a diretora da Atenção Básica/PSF da justificativa daqueles cadastros, nem ela sabia do que se tratava (Situação observada na UBS B).

Foram descentralizados para a unidade o agendamento e a coleta de exames de laboratório de usuários cujos exames foram solicitados por clínicas de especialidades conveniadas ao SUS, sem ampliação da cota mensal de exames para a unidade. Esses exames anteriormente eram coletados no próprio laboratório municipal e a gerência da unidade referiu que esta mudança não foi discutida com eles, e que a cota atual de exames da unidade não é suficiente sequer para as solicitações dos médicos próprios (Situação observada na UBS B).

Toda essa situação que vem ocorrendo ao longo do processo de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde ocasionou aumento de trabalho para a unidade – aumento do número de pessoas a serem atendidas pela unidade com manutenção do mesmo quadro de pessoal e do teto de exames; aumento da quantidade de impressos a serem preenchidos ou refeitos. Essa situação ocasiona filas e maior tempo de espera para que os usuários tenham seus problemas solucionados. Os gerentes avaliam que não há integração na secretaria e que o jeito como estão sendo tratados e como estão fragmentados os processos desencadeados para a unidade causa insegurança a ponto de a gerência não saber a quem recorrer com aquele problema. “Aquele problema não está sendo resolvido e a gente não sabe quem vai resolvê-lo dentro dessa gestão” (C3).

Neste sentido, os coordenadores sentem que a unidade está sendo tratada como um braço operacional do serviço, como depositária de outros setores para ações que precisam ser desenvolvidas junto aos usuários, e não se sentem considerados no planejamento da ação, apenas lhes é demandada a execução da mesma. Esta situação de serem demandadas ações e serviços para

a UBS, com pouco controle de como devem operar, gera desgastes, desencontro de informações e tensão na relação entre trabalhadores e usuários. É perceptível a existência de problemas no fluxo de informações e na comunicação intrassetorial.

Há indícios de que o plano de saúde formulado para o município padece de uma incapacidade de promover a participação e o envolvimento dos atores indicados para sua execução, ou seja, parece que o mesmo está sendo desenvolvido de forma pouco comunicativa e preso a uma racionalidade instrumental, ou até mesmo estratégica, dirigida a fins.

Rivera e Artmann (2003, p.18) apontam que numa organização de saúde o ato de planejar pode constituir-se numa relação interativa, em que haja “a negociação cooperativa como meio estratégico possível” e “a valorização da explicação do outro como parâmetro de crítica da nossa e possível complemento”. Neste sentido, realizar um planejamento comunicativo, que busca a integração, a construção de um projeto solidário, constitui-se como desafio permanente da gestão de organizações que se pretendem dialógicas.

Os relatos evidenciam também que há problemas na integração entre os serviços que compõem a rede de atenção à saúde do SUS no município/região. Desta forma, a proposta do Ministério da Saúde para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e assim aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e eficiência (Brasil, 2010), na prática ainda não se efetivou.

É perceptível nessa situação um sentimento de desrespeito, de falta de reconhecimento e de solidariedade pelo trabalho

desenvolvido pela UBS e, por conseguinte, pelo coordenador da UBS, por grande parte de outros setores da secretaria de saúde. Aqui se manifesta a ausência de reconhecimento no plano da solidariedade, entre os diferentes níveis de gestão, ou melhor, do nível central e intermediário por referência ao nível local, à UBS. Novamente aqui há indícios de que a coordenação da UBS não integra a equipe de gestão e que setores da secretaria e a unidade de saúde não compartilham o mesmo projeto, e até mesmo não integram um mesmo serviço, que dirá se constituírem em uma rede solidária de petições e compromissos pactuados.

6.2.2.6 CONFLITOS RELACIONADOS À INFRAESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DEFICITÁRIA DA REDE DE SERVIÇOS DO SUS

No sexto grupo estão as tensões e conflitos relacionados às condições estruturais do serviço e à forma como o trabalho está organizado, não só na unidade, mas também naqueles relacionados aos serviços especializados. Os relatos deste tipo de conflito foram feitos pelos trabalhadores, coordenadores e também foram observadas situações pela pesquisadora, envolvendo usuários e trabalhadores. Na maioria das situações, a gerência reconhece o problema e até como o mesmo poderia ser enfrentado, mas não tem governabilidade sobre ele e sua atuação se limita ao controle/reparo de suas consequências, ou seja, a mediação dos conflitos resultantes.

Em relação à estrutura do serviço, foram citados como problemas: área física inadequada da unidade e falta de alguns equipamentos, principalmente de informática, e também a insuficiente oferta de serviços na atenção especializada – número insuficiente de exames especializados e a dificuldade de acesso a

algumas especialidades médicas e a outros serviços de média complexidade do sistema de saúde.

Foi observado que a oferta de ações e serviços da média complexidade é insuficiente para atender as necessidades da população usuária do SUS, sendo frequente a existência de filas e o não atendimento da demanda com as vagas da unidade de saúde disponibilizadas para o mês. Essa insuficiência tem gerado conflitos no atendimento aos usuários, como apontado por um trabalhador:

Então é isso, um grande mal que eu vejo no SUS cai nisso, ou seja, a consulta na área de especialidade. [...] Então o serviço público tem esse nó. Então grande parte das questões que vi com usuários foi o tempo de espera para o especialista, falta de alguns medicamentos, isso gera tensão porque é uma coisa que eu não sei quando isso vai acabar [...]. Quero deixar bem claro uma coisa: tem usuário que reclama porque está demorando muito tempo para ser atendido por nós [...]. Eu acho que as situações [de conflito] têm a ver mais com a estruturação do serviço do que com o nosso atendimento (T1).

Vários autores apontam que a dimensão física do acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde é uma das condições para que haja garantia da integralidade da atenção no SUS (Connil, 2004; Spedo, Pinto, Tanaka, 2010; Silva, Pinheiro, Machado, 2003).

No entanto, a articulação entre os níveis de atenção figura como ponto crítico a ser enfrentado pelo sistema de saúde na construção das redes de atenção à saúde. Essa dificuldade está relacionada a duas questões principais: a dificuldade da AB se efetivar como coordenadora de cuidado nas redes de atenção (Cecílio, 2012; OPAS, 2011) e a insuficiente oferta de serviços da média complexidade no âmbito do SUS, identificada pelos gestores como o “gargalo” e um dos principais obstáculos para a construção da integralidade da atenção (Spedo, Pinto, Tanaka, 2010). Este aspecto também é identificado como problema do SUS na percepção dos usuários segundo pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (IPEA, 2011).

Cabe destacar que a Atenção Básica, implementada no Brasil como Política Nacional em 2006, está definida em um formato abrangente, compreendendo a promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (Brasil, 2006a). Também foi eleita para ser a articuladora e ordenadora do acesso e do cuidado aos usuários nas redes temáticas do SUS, exercendo a função de centro de comunicação nas redes de atenção à saúde (OPAS, 2011).

No entanto, resultados deste estudo, e também de outro conduzido por Cecílio et al. (2012), apontam a existência de insuficiências da AB, sentidas pelos tanto pelos gestores, como pelos trabalhadores e usuários, para dar conta deste importante papel. Segundo o autor,

ela não reúne condições materiais (tecnológicas, operacionais, organizacionais) e simbólicas (valores, significados e representações) de deter a posição central da coordenação das redes temáticas de saúde (Cecílio et al., 2012, p.2).

Para superar o desafio de exercer a função de centro de comunicação nas redes de atenção à saúde, há necessidade que sejam enfrentados vários outros: o desafio do financiamento – de ampliar o piso da atenção básica; o desafio da gestão – que envolve a infraestrutura física e de equipamentos adequada, inclusive de pessoal, a implantação de diretrizes clínicas, a regulação de acesso, a utilização de sistemas eletrônicos de comunicação, a introdução de tecnologias de gestão da clínica; o desafio da formação dos profissionais e da organização dos processos de trabalho; e o desafio da valorização social e política da AB (OPAS, 2011).

Em relação à insuficiência de serviços da média complexidade, cabe primeiramente compreender que esta área se constitui como um conjunto de ações ambulatoriais e hospitalares, caracterizadas pela especialização médica, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, adensamento tecnológico e oferta

baseada na economia de escala, e que se insere num cenário permeado por acirradas disputas entre o público e o privado (Gottens, Pires, 2010).

Dentre os problemas existentes na área da média complexidade, apontados por Spedo, Pinto e Tanaka (2010), estão: a tabela de remuneração dos procedimentos com valores pouco atrativos para os prestadores de serviços; a falta de qualificação e a não utilização de protocolos clínicos pelos profissionais da AB – o que resulta em encaminhamentos inadequados de usuários; a baixa resolatividade dos ambulatórios de especialidades, constatada pela baixa rotatividade de pacientes e pouca oferta de primeiras consultas; a baixa resolatividade de especialidades cirúrgicas pela falta de retaguarda hospitalar, além da fragilidade dos mecanismos de gestão em alguns municípios.

Neste estudo, a não garantia de vagas para todos os exames de patologia clínica e de radiologia solicitados fez com que a unidade organizasse o agendamento desconsiderando as necessidades dos usuários, ou seja, a agenda dos exames é aberta em um dia do mês e os exames continuam a ser agendados enquanto restarem vagas para aquele mês. Quando as vagas disponíveis para o mês acabam, os usuários são orientados a retornarem no dia da abertura da agenda de exames no mês seguinte. Isso tem gerado filas desde a madrugada e tumulto no dia da abertura do agendamento. O tumulto aqui referido pode se constituir em conflito envolvendo os trabalhadores e usuários – e no tumulto os usuários acabam se revoltando contra os trabalhadores, uma vez que estes representam a instituição que não lhes garante o atendimento, como apontado no excerto abaixo:

Com a população eu já vi sim, uma vez uma mulher “quebrou o pau” aqui, queria bater na gente, ela disse que ia chamar o Camargo (repórter policial) porque nós éramos vagabundos que não fazíamos nada. Porque parece que esse negócio de marcar exame, acho que não sobrou vaga naquele dia. [...] teve uma época que a gente distribuía a senha, acabou a senha, não tinha mais. [...] Daí a mulher chegou e não tinha mais, daí ela se achou no direito de nos agredir, e foi feio o negócio. Foi uma confusão danada, ela queria bater em nós, chamou nós todos de vagabundos, falou que ia chamar o Camargo, e daí a coordenadora falou: você pode chamar o Camargo, está no seu direito, mas eu não posso fazer nada, o que eu vou fazer, não tem condições. Explicou para ela: a senhora vem em tal dia, mas ela não quis saber (T5).

Neste caso, avalia-se que a falta de estrutura operacional (vagas insuficientes de exames para atender as solicitações) levou a unidade a organizar seu processo de trabalho de forma que o usuário não seja considerado, ou melhor, que tenha que retornar à unidade mais uma vez para “tentar” o agendamento, o que seria dispensável se o exame fosse agendado no mesmo dia em que foi solicitado.

Neste sentido há um descompasso entre, de um lado, a normatividade técnica e jurídica presente na Lei Orgânica da Saúde e em todas as portarias e decretos posteriores que regulamentam o SUS com base em um conjunto de princípios e diretrizes que visam assegurar os princípios e garantias constitucionais – especialmente a atenção integral à saúde como direito de todo cidadão –, e de outro lado a normatividade contratualizada que rege a organização e funcionamento dos serviços de saúde. Essa situação gera conflito naqueles que se sentem desrespeitados por não serem reconhecidos como pessoas de direitos.

O desrespeito aqui manifesto se situa na esfera do direito, tanto para os usuários quanto para os trabalhadores – para o primeiro pela não garantia do acesso às ações e serviços de saúde, necessários à integralidade da atenção, e ao segundo pela condição

inadequada de trabalho, expondo-os à revolta dos usuários pelo não atendimento de suas necessidades.

Segundo Honneth (2003), no reconhecimento jurídico se expressa que todo ser humano deve ser considerado, sem distinção, um ser livre, independente de suas realizações. O sistema jurídico é abordado por Honneth em sua forma pós-convencional, moderna, e ancorado em princípios universais, cabendo-lhe reconhecer em todo homem a qualidade de ser livre. O reconhecimento jurídico não tolera graduações; não admite, em princípio, exceções e privilégios e o indivíduo deve ser respeitado em virtude da propriedade universal que faz dele uma pessoa de direitos.

Constatou-se também a deficiência na forma como são gerenciadas as vagas/filas. É tudo feito manualmente – por escrito ou por telefone – e não há suporte de informática para agilizar e desburocratizar esta atividade, que é essencial para a integralidade da atenção. Isso gera tensão para o gerenciamento de filas, para o agendamento de exames, para a marcação/remarcação de consultas de especialidade, dentre outros procedimentos. Também não há um programa informatizado que integre as informações sobre os atendimentos prestados aos usuários nas diferentes unidades de saúde que integram a rede de atenção básica do município. Essa situação gera tensão entre os trabalhadores e muitas vezes o conflito se manifesta entre estes e os usuários, uma vez que atribuem ao trabalhador a “culpa” pela inoperância do sistema, como apontado no depoimento de um trabalhador:

Existe um computador, mas não funciona. Praticamente [não há] nenhum programa que você poderia agilizar mais as coisas. Então, é tudo muito manual, a gente tem que escrever muito. [...] eu acho que perde um pouco a qualidade, pelo seguinte, o tempo que eu poderia levar para orientar o paciente sobre uma hipertensão, sobre uma dieta para diabético, uma , eu tenho que perder fazendo isso (anotando, escrevendo nos papéis). Então, eu acho isso um pouco errado. [...] Ah! sempre tem reclamação. Mas as reclamações, às vezes, são porque o paciente não entende, porque, por exemplo, nós seguimos normas e eles não querem saber de normas. Eles querem ser atendidos na hora. Por exemplo, ele tomou uma vacina em cada posto, ele quer vir aqui e quer que você dê conta das vacinas que ele tomou, uma em cada posto. E às vezes ele já se altera. Então, ele não aceita uma orientação. Olha! Você tem que ir ao posto tal pegar uma segunda via, pra gente ver o que já tomou e o que não tomou [não há um sistema informatizado que compile todas as vacinas que ele tomou em vários postos; cada unidade tem só o registro da vacina aplicada lá]. Às vezes é uma criança, um bebê, você não vai fazer tudo de novo. Então, neste ponto eu acho que eles não aceitam. Eles acham que é você que tem má vontade, que não está querendo fazer o trabalho.[...] por este motivo, existe reclamação (T17).

Na opinião dos coordenadores, estes conflitos ocorrem porque há descentralização de ações para a unidade, muitas vezes sem a respectiva infraestrutura necessária para o desenvolvimento destas atividades, e isso sempre é causa de muita angústia entre eles, como explicitado por um coordenador:

Então eu vejo muita dificuldade, eu vejo a dificuldade da informática, do pessoal, a população hoje é uma população que cobra além do que a gente pode ofertar, além das nossas capacidades, e isso tem nos estressado muito. Eu acho que todos nós estamos sentindo isso de uma forma muito intensa, essa sobrecarga, essa pressão, e essa cobrança sem a estrutura que a gente precisa pra conseguir atender essa demanda (C3).

Ainda a esse respeito, uma coordenadora aponta que tudo é despejado pra gente lá na ponta, ninguém quer saber se você vai ter condição de fazer ou não, mas você tem que dar conta e as “trouxas” acabam dando conta (C10). Este tipo de tensão também expressa a desconexão entre os níveis de gestão – central, intermediário e local – e a ausência de um projeto de gestão para a

Atenção Básica no nível municipal, similar ao que ocorre em muitos municípios brasileiros.

Apesar de reconhecerem a falta de estrutura e a dificuldade de assumir mais atividades na unidade, não conseguem falar “não”, não conseguem exigir adequadas condições para o desenvolvimento do trabalho. Esta submissão às condições impostas para o trabalho deu origem, entre os próprios coordenadores, ao termo “toupeira”, como explicado a seguir:

E o enfermeiro passa por isso que eu falo do “toupeira”. Tudo que passa para o enfermeiro ele consegue absorver, ele sapateia, ele reclama, mas ele acaba executando, ele acaba absorvendo e ele acaba assim: vou fazer o máximo possível dentro das condições que o serviço me oferece (C2).

Cabe aqui considerar que se a descentralização significa fazer as coisas acontecerem mais perto da realidade da população, os gerentes das unidades básicas deveriam se constituir em detentores de parcela do poder de decisão de como deveriam ser alocados os recursos da área da saúde. No entanto,

eles têm se conformado em fazer as UBS funcionarem com grande escassez de recursos, fazendo o que podem para a população. Descentralizou-se a responsabilidade pelo trabalho sem a correspondente autonomia para a gestão de recursos, o que limita o raio de ação do gerente que tem o cargo, a responsabilidade, mas pouco poder de decisões em sua área, pois gerencia o trabalho com poucos recursos e muita escassez todo o tempo (Penna, Alves, Brito et al, 2004, p. 462).

Neste sentido, André e Ciampone (2007), ao analisar os modelos de gestão da AB, no nível local, identificaram que prevalece a gestão tradicional, ancorada em estruturas rígidas, hierarquias verticalizadas, processos decisórios centralizados e regulamentações que restringem severamente, no plano formal, a autonomia dos gerentes de UBS. No entanto, este gerente, “mesmo reconhecendo essa realidade mostra-se passivo diante da possibilidade de um confronto visando soluções das dificuldades, e sem autonomia para resolvê-las” (Penna et al., 2004, p.461).

Ao buscar compreender por que isto ocorre, Prochnow et al. (2007) analisam que houve, por parte dos enfermeiros, a incorporação de elementos ideológicos na organização do seu trabalho gerencial, reportando a ideia de lealdade às instituições, de talento, de reconhecimento, de valores relacionados à questão moral como: responsabilidade, disciplina, engajamento, harmonia, comprometimento, valorização do ser humano. Estes sentimentos estão relacionados a alguns mitos e símbolos que servem de base à prática desta categoria profissional, que remetem ligação com o caráter religioso e militar e que acarretam subordinação. Para Lopes (2001) a ação subordinada dos enfermeiros por referência à autoridade institucional também se deve à constituição da prática de enfermagem, desde sua institucionalização como prática profissional em meados do século XIX, que ocorreu em duas direções: orientada ao cuidado dos pacientes e orientada ao cuidado a instituição.

Outro fator, relatado por um dos entrevistados, e que agrava a dificuldade de acesso à atenção na média e alta complexidades no SUS, é a forma como a saúde é vista na atualidade: como um bem de consumo, consumo este incentivado, no sistema capitalista, pela mídia.

Esse fator, além de agravar a dificuldade de acesso aos demais níveis de atenção, é conflitante com um dos princípios doutrinários do SUS – a integralidade da atenção. Neste sentido, aqui também se manifesta o descompasso entre a contratualidade prevista para o funcionamento do SUS e a socialidade vigente, em que o modelo biomédico, hegemônico na sociedade atual, orienta a atuação de muitos profissionais de saúde e o comportamento da população. Sobre esta questão, foi relatado, por um trabalhador entrevistado, o diálogo tido por ele com uma usuária, que demonstra a concepção hegemônica na sociedade atual:

Doutor [nome do médico], o senhor pode me pedir uma ressonância magnética do cérebro? E eu disse: Mas a senhora sabe para que serve esse exame? E ela respondeu: Ah! eu vi que quando a gente tem dor de cabeça é importante fazer (T11).

Desta forma, o protagonismo dos usuários, sob influência do modelo médico-hegemônico, também pressiona a busca por serviços e procedimentos especializados (Spedo, Pinto e Tanaka, 2010). Ou seja, toda a dificuldade de desenvolver um cuidado integral pela equipe devido à infraestrutura deficitária é ampliada pelo fato de vivermos numa sociedade medicalizada, em que os vários desconfortos são traduzidos como problemas de saúde, para os quais “certamente” haverá um exame e um remédio “certeiros”, caracterizando tensão entre demandas e ofertas e entre possibilidades e expectativas (Donnangelo, Pereira, 1976).

6.2.3 GESTÃO COMUNICATIVA DO TRABALHO E DOS CONFLITOS

6.2.3.1 GESTÃO COMUNICATIVA DO TRABALHO

A partir da observação do cotidiano de trabalho das duas unidades de saúde e também dos relatos dos gerentes e trabalhadores, é possível inferir que, nas unidades pesquisadas, a gestão do trabalho desenvolvida pelos coordenadores está amparada na articulação das racionalidades instrumental e comunicativa.

Para garantir o adequado funcionamento da unidade, articulam a ação instrumental e comunicativa, ou seja, há comando, uso da autoridade na coordenação do trabalho com vistas a atingir a

finalidade do serviço de saúde, mas há também espaço de conversa, o uso da linguagem em seu sentido forte com vistas a um telos comunicacional.

A racionalidade instrumental se manifesta na organização e na escolha adequada de meios para atingir determinados fins. Já a comunicativa se dá por meio de uma interação simbolicamente mediada por normas sociais vigentes, cujas expectativas de comportamento devem ser entendidas e reconhecidas como válidas e autênticas pelos parceiros em interação (Habermas, 2003). Desta forma, as racionalidades instrumental e comunicativa não são excludentes, pelo contrário, há uma complementaridade entre elas.

Habermas também não se posiciona contrariamente à racionalidade instrumental da ciência e da técnica em si mesmas, pois, ao desenvolver a Teoria da Ação Comunicativa, defende que estas contribuem para a auto-conservação do homem, tendo em vista que a ciência e a técnica ampliam as possibilidades do homem ao libertá-lo do domínio das necessidades materiais. No entanto, sua posição radicalmente contrária se dá quando a racionalidade científica, instrumental, penetra em esferas de decisão que deveria imperar a racionalidade comunicativa (Gonçalves, 1999).

O uso articulado das racionalidades: instrumental e comunicativa é reconhecido em manifestações feitas pelos trabalhadores sobre a importância do diálogo e ao valorizarem a abertura que a gerência dá para a participação destes nos processos de decisão. Se manifesta também ao reconhecerem a autoridade do gerente que acompanha o desenvolvimento do trabalho e cobra o cumprimento de acordos e metas previamente estabelecidas. O excerto a seguir é ilustrativo desta afirmação:

Entre a coordenação e nós eu acho que sim [existe dialogo], porque tudo é conversado com ela e ela sempre deu essa abertura para nós. [...] Então se é uma coisa que cabe a ela própria resolver, ela vai na sala conversar [...] com todas nós. Ela reúne todas nós e coloca: 'é assim que tem ser feito'. Se é reclamação de algum ACS ela vai chamar no particular e vai falar. Se é uma coisa que cabe a ela falar no grupo inteiro, ela vai reunir todo o mundo. Se é para mudar, ela conversa com todo o mundo. Que nem nesse mês, no fechamento de relatório, às vezes o rendimento da visita cai, aí ela já reúne todo o mundo e quer saber o porquê caiu o rendimento. Porque vamos supor que a [nome de uma funcionária] fazia duzentas visitas e hoje caiu para cem, então ali você tem que ter a sua explicação. [...] Tudo tem que ter uma justificativa, se não tiver ela já vai cobrar mesmo, ela não passa ali em cima, vê que você fez pouca visita e deixa. Pode ter certeza, ela vai cobrar (T5).

Esta articulação se mostrou particularmente na organização do processo de trabalho desenvolvido da unidade. Foi observado e houve referência pelos entrevistados, de que a gerência tem clareza de que a finalidade do trabalho da unidade de saúde é o atendimento às necessidades do usuário e população do território (necessidades individuais e coletivas, de caráter promocional, preventivo ou curativo); ou seja, visa atender os usuários em suas necessidades, e se manifesta ativamente na defesa destes, pois:

Ela [a coordenadora] reconhece o usuário. Ela puxa muito para o lado do usuário. Quando ela sabe de uma ofensa ou de alguma coisa que foi feita contra a pessoa, ela fala. Ela fala mesmo. Ela cobra mesmo aqui dentro da unidade, seja com quem for. Seja comigo, com médico ou com as meninas [auxiliares de enfermagem], com o pessoal da recepção, ela cobra mesmo. Porque ela quer um negócio bem feito (T13).

Em relação à organização do processo de trabalho, foi verificado e houve referência pelos entrevistados, de que há diálogo entre os trabalhadores e a coordenação e que, a opinião dos envolvidos sempre é considerada pela gerência. Essas conversas ocorrem sempre que há problemas no processo de trabalho ou necessidade de alguma mudança e, na medida do possível reúne os trabalhadores do setor em que o trabalho será discutido, como apontado por estes dois trabalhadores:

[...] Ela propõe e a gente conversa e chega a um comum acordo. É a gente tem a oportunidade de discutir, nunca é assim: 'ah! você vai, é obrigado a fazer isso, não'. É sempre assim, de comum acordo e até na questão de escala ela sempre faz isso. Olha este mês tal pessoa vai sair pra [...] Você quer ficar onde você está ou quer que a gente mude? É sempre em comum acordo. Nunca é assim, ah eu fico lá mais eu não quero (T17).

A equipe mesmo, a [nome da coordenadora] também conversa com a gente como é que vai ser feito, mas a equipe toda participa (T4).

A atuação da gerência e sua relação com os trabalhadores torna o ambiente de trabalho menos tenso e menos propício à ocorrência de conflitos, visto que há abertura e diálogo para que a organização e os problemas no processo de trabalho, das diversas unidades de produção da unidade, sejam discutidos, planejados e enfrentados de forma participativa.

Essa forma de agir da gerência a caracteriza como uma liderança participativa, comunicativa e segundo Rivera (2003), o tipo de liderança exercida é um elemento essencial na constituição e na mudança da cultura organizacional. Para este autor, uma liderança comunicativa implica vê-la não mais ligada à supervisão, “mas à viabilização de processos interacionais necessários ao desenvolvimento da organização” (Rivera, 2003, p.200). Neste sentido cabe a liderança preocupada com a motivação dos agentes, ser capaz de incentivar a participação, de promover intercâmbios entre eles, além de ter visão estratégia dos grandes objetivos organizacionais, e capacidade de se comunicar e de negociar na linha do “ganha-ganha” (Rivera, 2003).

Apesar de a maioria dos trabalhadores, de ambas as unidades, reconhecerem que a coordenação dá abertura para que opinem sobre a organização do trabalho, cabe ressaltar que a complementaridade entre a lógica instrumental e comunicativa, na interação entre o coordenador de UBS e trabalhador de saúde, nem sempre predomina. Em uma das unidades pesquisadas houve

manifestação de alguns trabalhadores de que a liderança do gerente é exercida autoritariamente:

Eu acho que a [nome do coordenador] ela tem uma liderança. Ela tem o jeito dela, ela impõe as coisas e tem aquele respeito [dos funcionários]. Todo mundo acaba acatando até por um pouco de receio, por respeito mesmo [...] (T10).

Essa forma de agir faz com que nem todos os trabalhadores se sintam à vontade ou tenham liberdade para se manifestar, dar sua opinião. Isso é indicativo de que há barreiras na comunicação, e que a racionalidade instrumental e até mesmo a estratégica esteja invadindo espaços pertinentes à ação comunicativa. Habermas (2003) denomina de estratégica aquela ação em que, pelo menos um dos participantes, busca produzir efeitos em outras pessoas com seus atos de fala, ou seja, deseja influenciar o comportamento do outro para alcançar determinados resultados visados unilateralmente. Neste caso, o sujeito visa a simplesmente impor uma opinião subjetiva, manipular outros sujeitos ou tratá-los como meios para alcançar sua finalidade, suas metas.

O excerto apresentado abaixo mostra a barreira existente na interação entre a coordenação e alguns trabalhadores, o que impede a comunicação efetiva entre eles, ou seja, aponta a dificuldade de alguns trabalhadores em estabelecer o diálogo com o coordenador

Tem, tem sim, pessoas que vão direto à chefia e falam, outras a gente vê que são um pouco mais retraídas. Nota que precisa [falar], que não está de acordo e que até comenta, mas fala: 'ah! eu não vou falar nada, porque acho que não vai ter ouvidos'. E tem aquela que vai lá e fala. Tem sim, aquela que vai lá e fala, mas tem aquela que quer falar, mas não fala. [...] Porque, lógico, dependendo de como é a pessoa, a chefia dá mais abertura. Aí tem pessoas que se sentem mais a vontade de falar. [...] Eu vejo assim, que a chefia, não é que é difícil conversar com ela, é que ela tem o jeito dela. [...] Eu sei por que eu tenho colegas da mesma função que tem dificuldade pra conversar. [...] Às vezes é do jeito que ela fala as coisas. Às vezes ela tem um jeito de falar que se você é retraído, você fica mais retraído ainda. Então, eu acho que é isso que dificulta (T16).

Também houve referência de que essa postura da coordenação dificulta a integração entre trabalhadores e setores da unidade e exemplifica o isolamento da odontologia e a existência de agrupamentos de trabalhadores na unidade.

Então, eu vejo um abandono da odonto em relação a ela. Eu não sei por que? Eu vejo a odonto como um outro posto, como se fosse um outro posto. Como se não estivesse aqui dentro. Eu nunca entendi porque, nunca perguntei também. Eu acho que ela tem um pouquinho de rixa com eles. Não sei se é em relação ao trabalho que eles fazem, que ela não concorda. Ela já comentou da agenda deles que faltam muitas crianças, então a agenda deles, às vezes, naquele dia fica muito ociosa. E aí então, ela não concorda com isso. [...] Uma coisa que eu acho diferente nesta UBS, eu acho muito separado. O posto parece que não é um só, unido. Ele é dividido em blocos. Funciona assim: a odonto é um bloco só entre eles ali, não tem relação com o resto do posto e nem o posto com eles. Parece que não tem nenhuma interação. Então, parece que a odonto é um bloco, a enfermagem é outro bloco e o PSF é outro (T10).

Em relação à clínica odontológica, houve manifestação pelos trabalhadores, de ambas as unidades, de que há menor participação da coordenação da unidade na organização do processo de trabalho nesta área e de que ela só é acionada pelos trabalhadores da área odontológica em algumas situações especiais. As questões relacionadas à organização do trabalho, desenvolvimento de programas e metas a serem atingidas, são discutidas e resolvidas pelos trabalhadores com a coordenação da área de saúde bucal da Secretaria Municipal de Saúde, como explicado por um trabalhador:

É porque a situação vem para mim, aí eu passo para o dentista. Aqui em [nome do município] não tem coordenador de clínica não, tem a coordenadora geral [da área odontológica para a secretaria de saúde]. [...] Já aconteceu assim de estar com algum probleminha eu levar para a [nome da coordenadora da UBS], foi uma única vez, depois ela fez uma reunião na sala com a gente. Nossa, faz tanto tempo, deixa eu tentar lembrar o que foi, será que foi negócio de agendamento? [...] Eu resolvo [a maioria das coisas], eu não levo coisa para a [nome da coordenadora da UBS]. Quando a nossa coordenadora [da área odontológica] passa alguma coisa, ela passa para mim, para eu passar para os dentistas, ela não passa direto para os dentistas. Às vezes nem para a [nome do coordenador da UBS] (T2).

Esse isolamento dos trabalhadores da clínica odontológica em relação aos outros setores e trabalhadores, percebido em ambas as unidades, provavelmente se deve à própria organização da odontologia no município, pois diferente das áreas médicas e de enfermagem, esta possui uma gerência específica na secretaria de saúde –“Divisão de Serviços Odontológicos” –, que coordena o desenvolvimento da odontologia diretamente com os trabalhadores da clínica odontológica, independente da coordenação da unidade de saúde, o que leva a esta última a um menor envolvimento nesta área (Cambé, 2009).

Em relação à utilização de medidas instrumentais de organização e controle dos processos para garantir que a finalidade do trabalho seja alcançada, foi observado e referido por alguns trabalhadores que há monitoramento e controle do trabalho coletivo. Entre as medidas observadas e referidas destacam-se:

- a) organização da escala de trabalho – considerando as potencialidades e fragilidades dos trabalhadores da equipe e as necessidades do serviço;
- b) controle da assiduidade e frequência dos trabalhadores, por meio do acompanhamento do registro da folha ponto (há conferência da folha ponto de todos os trabalhadores, horários assinados, folgas, atestados médicos);
- c) monitoramento do trabalho dos ACS, tanto do trabalho interno na unidade (acompanhamento da digitação do cadastro das famílias), como externo (visitas domiciliares), por meio de um relatório das visitas realizadas em que o usuário atesta data e horário em que foi visitado;
- d) controle da agenda médica – do número de agendamentos de consultas, do número de consultas realizadas e encaminhamentos feitos pelos profissionais;

- e) a organização de fluxos internos de documentos e registros de informação dos usuários – encaminhamentos, resultados de exames realizados, (de forma que a informação não se perca e também para que todos os trabalhadores tenham acesso à informação sobre a atenção prestada ao usuário, mesmo que esteja sendo desenvolvida em conjunto com outros serviços);

Estas medidas mais instrumentais de organização do trabalho nas diversas unidades de produção (recepção, vacina, salas de procedimentos de enfermagem, farmácia, dentre outras) com atribuição de responsabilidades entre os trabalhadores, têm por objetivo de que todos dominem o processo de trabalho nos diversos setores da unidade. Também funciona como controle da execução do trabalho, na medida em que cada trabalhador fica responsável por um determinado conjunto de atividades e pode ser cobrado por isso. Esta forma de organizar o processo de trabalho tem aprovação dos trabalhadores, conforme aponta os excertos de dois trabalhadores:

Ela procura chamar todos, dos dois períodos, conversar e explicar. Explica como vai ser, faz uma escala, explica, conversa onde está tendo problemas e aí ela faz uma escala e na escala faz a divisão de onde entra cada funcionário. Ela escuta todos os funcionários, ela procura deixar cada um expor seu ponto de vista, daí ela faz um rodízio todo mês, para cada um estar em um setor, para não ficar uma pessoa só no mesmo setor. Isso acontece em todos os setores, só na vacina e na farmácia que não entram todos na escala, só algumas pessoas. Agora na 'patologia' e 'pré-consulta' entram todos na escala. Ela procura colocar todo mundo para aprender em determinado lugar. Pra escalar determinadas pessoas para a farmácia, ela tem critérios, eu acho que agilidade, a forma do atendimento, a forma de tratar o paciente, é o que ela usa muito, por isso é que algumas pessoas não vão para esse setor. Porque eu acho que não adianta colocar ali uma pessoa que não tem agilidade, porque é bem corrido. Então ela procura colocar essas pessoas e aos poucos ela coloca algumas pessoas para irem treinando, aprendendo. Por exemplo, a funcionária nova que está sendo treinada na farmácia, ela foi colocando aos poucos, intercalando em alguns horários para ela ir aprendendo (T15).

A gente tem a folha de assinatura, já pega no ato da visita. É um controle [do trabalho] e eu acho ótimo. Sabe por que eu acho ótimo, porque antigamente, há uns seis anos, antes da [nome da coordenadora] vir para cá, não tinha controle de visita [do ACS], [...] e era complicado por que você sabe que em todo lugar tem pessoas que são terríveis. Já aconteceu caso aqui que o funcionário não ia trabalhar, ia para casa assistir filme, assistir sessão da tarde [...] (T3).

O acompanhamento sistemático do trabalho junto aos trabalhadores é uma forma de fazer com que a racionalidade instrumental seja utilizada para garantir que a finalidade do serviço seja alcançada, ou seja, assegurar o atendimento às necessidades de saúde dos usuários. A organização e controle dos processos de trabalho têm também a potencialidade de prevenir problemas, de evitar a ocorrência de conflitos entre os agentes de trabalho, e entre estes e usuários. Para os trabalhadores evita que haja sobrecarga de uns enquanto outros trabalhem menos; para usuários garante a utilização da capacidade instalada do serviço no atendimento às suas necessidades, e para a gestão hierárquica superior, garante o desenvolvimento do projeto institucional e a melhoria dos indicadores de saúde, por meio do cumprimento das metas e pactos previstos para a unidade.

No entanto, se estas medidas instrumentais de organização e controle do trabalho não forem acompanhadas da ação comunicativa, há possibilidade de que as mesmas sejam causas de desentendimento e conflito entre os trabalhadores e a gerência. Esta situação é apontada por vários autores, em que a escala de trabalho desenvolvida pela gerência em ambiente hospitalar, de forma verticalizada, autoritária e sem critérios consensuados para a divisão do trabalho entre os trabalhadores, é fonte frequente de conflitos interpessoais (Souza, 2011; Spagnol, 2006).

Ainda em relação à organização do processo de trabalho, a articulação de ações instrumentais e comunicativas também se manifesta na atuação da gerência ao estimular a criatividade e

autonomia dos trabalhadores no desenvolvimento de atividades/programas na unidade (desenvolvimento de trabalhos com grupos, organização do trabalho nos setores), conforme exemplificado no relato de dois trabalhadores:

Esse treinamento nos deu subsídios para formarmos os grupos. E nessa capacitação nós formamos os grupos anti- tabagismo, já estamos no 15º grupo. Acontece que tem as diretrizes do programa anti-tabagismo, mas nós colocamos nossa criatividade para podermos dar sustentação a esse grupo que vem. Então tem as diretrizes básicas e nós colocamos nossa criatividade de como estimular o grupo a vir e a permanecer. No nosso caso a dentista e eu é que coordenamos o grupo, depois foi designado uma auxiliar e uma agente comunitária para dar suporte, e fazer relatórios [...] (T1)

Aquele jeito que a unidade está organizada, tanto o jeito de arrumar os prontuários, a forma de organização tem participação minha. Ah! eu acho que tem. Eu sempre falo, e acho que a [nome da coordenadora], na maioria das vezes, ela me ouve. [...] (T7)

Estes resultados apresentados demonstram a potencialidade da articulação de ações instrumentais e comunicativas no gerenciamento da unidade, com vistas a regular o excesso de autonomia dos trabalhadores e suas corporações profissionais, mas também estimular e propiciar o exercício da criatividade destes no desenvolvimento do trabalho em saúde. Conseguir assegurar que esta articulação – autonomia e controle dos trabalhadores – se efetive no cotidiano do trabalho, segundo Campos (2007) é um dos principais segredos para assegurar a qualidade em saúde, visto que a qualidade da atenção estaria na adequada combinação de autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidade para os trabalhadores. Ou seja, de desenvolver modos de gerenciar que nem castrem a iniciativa e criatividade dos trabalhadores nem deixem as instituições totalmente à mercê das diversas corporações profissionais.

Também foi observado e relatado, que a existência de espaços de discussão e decisão compartilhada entre os trabalhadores é relevante para assegurar trocas e permitir a

construção de acordos sobre o trabalho, bem como construção dos planos de cuidado aos usuários e famílias, e planejamento das ações a serem desenvolvidas.

Nas unidades observadas, ocorre semanalmente reunião das equipes de PSF, das quais participam todos seus integrantes – ACS, enfermeira, médico e auxiliares de enfermagem – e há espaços de fala e escuta sobre o trabalho a ser desenvolvido, por todos os integrantes da equipe, como apontado nos dois relatos:

Então é sempre nessas reuniões [de equipe] que a gente tem que ocorre a conversa sobre o trabalho. [...] (T5)

[...] cada menina [ACS] às vezes tem dois pacientes, três, então tem que falar o necessário, passar para o doutor, para a [nome da enfermeira]. E o doutor escuta, ele escuta bem, ele valoriza (T3).

Estas reuniões são previstas na agenda da unidade, ocorrem semanalmente, têm duração média de uma hora, e o foco de discussão é a programação das atividades da equipe e discussão de casos (de usuários) mais complexos. Durante a realização de uma reunião de equipe, foi observado que há participação de todos os integrantes da equipe do PSF (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de saúde bucal, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde). Observou-se também simetria nas relações e que na discussão de casos há valorização das falas sobre os usuários e suas famílias, feitas na maioria das vezes pelos ACS e auxiliares de enfermagem. Percebeu-se ainda que esta reunião se constitui em espaço de educação permanente em saúde (EPS), pois conseguem discutir e refletir sobre os problemas vivenciados e sistematizar formas de enfrentá-los das próximas vezes que ocorrerem.

Esta forma de organizar a reunião de equipe, não apenas como espaço meramente informativo, mas de apropriação e discussão dos problemas vivenciados no exercício cotidiano do trabalho, possibilita aos seus integrantes desenvolverem uma “atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e

tecnicamente competente” (Ceccim, 2005, p. 976). Ou seja, permite compreender a EPS como proposta pedagógica que desenvolve seu processo educativo no cotidiano do trabalho em saúde, colocando este trabalho em análise.

Porém, não foi observada, nem relatada a existência de espaço instituído para a reunião de todos os trabalhadores da unidade, para discussão de aspectos relacionados ao processo de trabalho desenvolvido por eles e suas dificuldades. Também não foi perceptível que isso se constitui em motivo de preocupação para os gerentes, de forma geral. Como não têm autorização da Secretaria de Saúde para o fechamento da unidade para realizar reuniões com todos os profissionais, quando há algum assunto que consideram que precisa ser informado e/ou discutido com vários trabalhadores, os gerentes fazem reuniões rápidas (com duração máxima de 30 minutos) com a presença de parte dos trabalhadores e sempre fica alguém na recepção para orientação aos usuários. Por serem rápidas estas reuniões são mais informativas e não permitem discussões muito aprofundadas dos assuntos tratados.

[...] Se tem alguma informação de lá [recebida na reunião de coordenação] ou alguma coisa que ela queira mudar aqui, que tem que ser assim e não está acontecendo, então ela chama um tanto [alguns funcionários] na sala. Geralmente é ali na sala de esterilização, ela chama, passa a informação para aqueles. Quem quiser opinar, quem quiser falar alguma coisa ela dá espaço para falar, daí ela faz as orientações para essa turma, depois ela chama outra para não deixar sem ninguém lá na frente [na recepção]. Não [fecha a unidade para a reunião], não. Antes fechava a unidade, tinha a oficina [de trabalho], mas agora não está tendo mais [...] (T4).

São só coisas rápidas, quando tem que dar algum recado. Quando ela vem da secretaria e tem que dar algum recado de reunião, que vai mudar alguma rotina, alguma coisa assim. Daí ela reúne a equipe de enfermagem, passa o recado, mas é coisa rápida, coisa de cinco ou dez minutinhos, porque não pode parar a UBS (T10).

Na visão dos gerentes, o excesso de atividades para serem desenvolvidas nas unidades e a impossibilidade de reunir toda a

equipe para discussão e apropriação das mudanças de rotinas e padronizações da Secretaria Municipal de Saúde, faz com que eles reproduzam, na unidade que gerenciam a mesma ação estratégica e a fragmentação dos processos que reconhecem instituídos na estrutura intermediária da secretaria de saúde. Ou seja, agem instrumentalmente e até estrategicamente, para garantir que algumas ações que lhes são demandadas, sejam implementadas pelos trabalhadores, mesmo que de forma fragmentada. Esta fragmentação se manifesta na forma como estão organizando alguns processos de trabalho e na forma como “repassam” as informações recebidas. Ou seja, priorizam o “repasso” da informação para o funcionário que está no setor em que houve a mudança, não havendo garantia de participação e discussão dos demais trabalhadores da unidade e desta forma, cada trabalhador só se apropria de uma etapa do processo de trabalho coletivo.

Em algumas unidades, a dificuldade de discussão das questões com toda a equipe também desencadeou mudança na forma de organizar o trabalho. Anteriormente os trabalhadores se rodiziavam nas diversas unidades de produção da unidade (recepção e avaliação de usuários, pré e pós consultas, procedimentos (curativo, inalação), farmácia e vacinas), e atualmente, segundo relatos de gerentes, em algumas unidades os trabalhadores permanecem fixos em um único setor e passam a não dominar mais o processo de trabalho das demais unidades de produção da UBS. Esta mudança, em algumas unidades, na forma de organizar o processo de trabalho, com fixação dos profissionais em um setor, faz com que cada trabalhador domine apenas uma etapa do processo de trabalho na unidade, aumentando para estes a possibilidade de alienação no trabalho, como reconhece este coordenador:

E aí o que é que eu tô fazendo: na semana passada falando com a equipe, [...] eu tava vendo que ela está fragmentando assim também. Então as informações como eu não consigo reunir todo o grupo, as informações pertinentes a pós-consulta, eu passo para pós-consulta. Quem está na vacina não fica sabendo a informação de agendamento de raio X, da mudança da regulação, ela não fica tendo aquela informação. [...] Então às vezes a gente acaba que, como a informação vem, eu passo pra lá, mas eu passo fracionada. Como tem gente que resolve lá em cima, cada um é responsável por um, então lá na minha unidade também (C2).

Essa forma de organizar o trabalho na unidade pode ser reflexo da pressão que sofrem do nível intermediário da gestão, principalmente da Ouvidoria, quando paralisam o atendimento para reunião de equipe. Pode também se dar pela falta de processos de qualificação dos trabalhadores, e neste sentido, houve referência pelos coordenadores que como não têm autorização para o fechamento da unidade, fica difícil de instituir processos de educação permanente com toda a equipe e de discutir a implementação das mudanças propostas.

Esta situação aponta incompatibilidade com o que foi referido pelos coordenadores na fase exploratória da pesquisa, em que todos afirmaram realizar reuniões coma a equipe e a quase totalidade desenvolver ações de EPS. Pode indicar também que houve mudança nas condições de trabalho, estando no momento atual impossibilitadas de realizarem tais atividades.

Reconhece-se que a garantia de espaços de reunião com a equipe não garante uma relação dialógica entre a gerência e os trabalhadores, nem sua ausência impede uma gestão comunicativa, como já apontado anteriormente em vários excertos de depoimentos de trabalhadores e gerentes. A esse respeito Fortuna et al. (2005) e Peduzzi et al. (2011), alertam para o fato de que o envolvimento dos trabalhadores e o desenvolvimento de um trabalho conjunto, integrado e colaborativo não se dará apenas com a existência de espaço para reunião de equipe, mas sobretudo pela sua dinâmica

dialógica e orientada às necessidade de saúde de usuários e população.

No entanto, é unânime entre vários autores que a garantia de espaços coletivos de discussão dos trabalhos pode colaborar para que o planejamento das ações de saúde seja participativo, pode mobilizar a equipe para o trabalho colaborativo e pode também aumentar o potencial de articulação entre os trabalhadores e seus campos profissionais, rumo à prática de uma atenção integral (Fortuna et al., 2005; Matumoto et al., 2005; Peduzzi et al., 2011). Ou seja, a ausência desse espaço dificulta e às vezes até obstrui a troca entre os profissionais, favorecendo o isolamento e a alienação no trabalho, dificultando o desenvolvimento do trabalho em equipe, o que compromete a integralidade da atenção prestada. Desta forma, no cotidiano do trabalho, no gerenciamento e na organização do processo de trabalho, está havendo, em parte, a reprodução da relação que as coordenadoras vivenciam com o nível intermediário de gestão.

6.2.3.2 GESTÃO COMUNICATIVA DO CONFLITO

A gestão comunicativa dos processos de trabalho, além da potencialidade de prevenir a ocorrência de conflitos tem também potencial para, caso ocorram, enfrentá-los e resolvê-los, evitando que assumam maiores proporções.

Durante a observação e nos relatos feitos tanto pelos coordenadores como pelos trabalhadores, foi possível perceber que o coordenador é a pessoa de referência e é frequentemente acionado na ocorrência de conflito. Assim ele se constitui numa referência para o encaminhamento de situações complexas, que

geram tensão e conflito na unidade, tanto envolvendo a relação entre os trabalhadores como entre estes e os usuários. Dois estudos que analisaram a atuação gerencial frente a situações conflituosas também apontam que nestas situações é o gerente a referência para a equipe e é ele quem faz a mediação entre os envolvidos no conflito (Prochnow et al., 2007; Spagnol, 2006).

Sempre que é acionado, o coordenador se faz presente, e procura estar informado para conduzir adequadamente a situação, como aponta os excertos selecionados:

A [nome da coordenadora] sempre participa dessas situações, é ela sempre que resolve, então quando eu estou com essa situação de conflito é sempre com ela, eu nunca resolvo com a pessoa diretamente (T8).

Mas nesses casos a [nome da coordenadora] se sai bem, parece que ela toma a situação, domina e se sai bem (T18).

(Quando há algum problema) Aí quem resolve é a [nome da coordenadora] mesmo. Porque daí é passado para ela. Por exemplo, se alguém está sendo prejudicado ou não gostou do jeito que tá aí, sempre conversa com ela. Quando é queixa do paciente, geralmente ele vai à ouvidoria. Daí já vem aqui as queixas do paciente, ela já senta, chama o funcionário e sempre conversa. [...] E quando é [problema] de funcionário tenta resolver com ela também (T12).

Este resultado demonstra que os coordenadores das unidades pesquisadas atendem ao que se espera de um bom gerente, ou seja, que conheçam a realidade e estejam sempre bem informados; que tenham clareza de seu papel e saibam conduzir situações complexas e ainda que tenham credibilidade e sejam referência para os demais trabalhadores da unidade.

Em uma das unidades pesquisadas, em situações conflituosas em que o próprio gerente estava envolvido, houve opinião divergente, entre os trabalhadores entrevistados, sobre a forma como o conflito foi manejado pela gerência. Na opinião de dois entrevistados não houve pelo coordenador, nestes casos, uma ação comunicativa na mediação do conflito.

Mas, quando existe um problema também não sabe chegar e falar: olha, o que aconteceu, vamos conversar. Então, é assim muito explosiva, já vai... É esse ponto só que eu acho meio negativo nela, assim. É a questão de ser uma pessoa explosiva, não deixar você falar. Não te ouve, só ela que fala (T17).

[...] Esse dia aconteceu isso daí, e eu deixei passar. Nós não conversamos sobre isso não, nem eu com ela, nem tampouco ela comigo. [...] Na verdade eu até falei para ela, nós tivemos uma conversa eu e ela, eu falei que eu respeito muito ela, e gostaria que ela me respeitasse, a aí ela falou: 'só que você está sendo agressiva comigo', e eu disse: 'assim como você está sendo comigo, então nós estamos trocando figurinha'. Parece que deu uma melhorada, não sei, a gente está com dificuldade, uma olhando prá outra muito nervosa, mas agora está meio tranquilo, não estou dando muita bola também não, assim pra esse lado, às vezes o tempo conserta (T14).

Estes relatos reforçam o que foi apontado em uma pesquisa sobre liderança no ambiente hospitalar em hospital de grande porte do Rio Grande do Sul, por Amestoy et al., (2009), em que muitos enfermeiros apresentam dificuldades no exercício da liderança e por vezes abusam da autoridade legalmente instituída, fazendo com que a equipe obedeça suas ordens em virtude da hierarquia. Essa situação contribui para o desenvolvimento de relações conflituosas entre gerente e equipe.

Ainda em relação à mediação de conflitos, foi percebido que os conflitos que envolvem o usuário foram os mais mobilizadores para o envolvimento do coordenador, que se sente demandado a intervir e atuar de maneira mais pró-ativa em seu enfrentamento. Também foi verificado que nestas situações, a equipe da unidade se tornou mais solidária e coesa para a resolução do problema e a gerência assumiu papel fundamental na articulação dos integrantes da equipe. Já na tensão/conflito entre trabalhadores da unidade, o coordenador tem uma atitude de mediação entre as partes e dependendo da natureza do conflito, se envolve mais ou menos.

Ela cobra de todo mundo, se tem que defender também, ela defende, mas ela cobra. [...] É a mesma coisa com o medico quando não atende, porque aqui a preocupação dela é o paciente (T8).

Às vezes os funcionários ficam um de cara virada com o outro, igual esta briga aí que aconteceu. Ficou de cara virada um com outro um tempinho e depois voltaram de novo a se conversar, meio que por educação e pelo trabalho mesmo, pela convivência. E foi levando. Eu acho que a [nome da coordenadora] não se envolve muito não. Nestes problemas assim, nestes tipos de picuinhas, de problemas assim ela acaba não se envolvendo, não. [...] Os problemas mais graves ela tenta resolver, leva para a secretaria. A secretaria está sempre informada de tudo o que acontece. Eu acho que ela tenta resolver aqui primeiro. Ela chama para reunião para conversar (T10).

O fato do gerente se mostrar mais mobilizado nos conflitos que envolvem usuários possivelmente se deve ao fato do mesmo ter clareza de que atender suas necessidades de saúde é a atividade fim da unidade e se sente responsável em criar condições para que isso ocorra.

Ao rever os resultados apresentados, constata-se a dupla face do trabalho gerencial, em que a técnica e a comunicação estão compostas na mesma ação, ou seja, não se tratam de duas coisas separadas e estanques, mas de coisas que são articuladas, tanto na organização do processo de trabalho e prevenção dos conflitos, como no manejo daquelas situações em que o conflito já estava instalado.

As apresentações em separado, de ações de caráter instrumental e comunicativa, foram feitas para demonstrar que ambas estão presentes no cotidiano do trabalho gerencial e para permitir sua identificação e análise.

A apreciação sobre a natureza do trabalho médico feita por Schraiber (1997) é pertinente para analisar este aspecto do trabalho gerencial. Esta autora, ao analisar o ato médico aponta, baseado em Freidson, que este se constitui em “ato difícil”, pois as ações deste profissional envolvem “julgamentos complexos, decisões arriscadas e inexorável pragmatismo” o que evita “um julgar sem ação e um agir sem prévia decisão de trajeto” (Schraiber, 1997, p.127-8). Por

apresentar esta especificidade, ou seja, por possuir natureza reflexiva e não apenas aplicativa e, por se desenvolver em contextos sociais e políticos complexos que conformam o mundo da vida, o ato profissional do gerente também pode ser considerado “ato difícil”. Seu desempenho não se deve apenas à sua sabedoria técnico-científica, mas se dá com base nos dispositivos relacionais, ou melhor, de como alia a ética interativa e comunicacional ao conhecimento técnico-científico no agir profissional. Desta forma, a interatividade e a prática comunicativa são aspectos de extrema relevância para o agir do gerente quando se pretende uma prática gerencial que não seja desumanizada, despersonalizada e autoritária (Schraiber, 1997).

Esta articulação das ações técnico-científicas e comunicativas, observadas e relatadas no cotidiano do trabalho gerencial dos coordenadores pesquisados, indica a prática de uma Gestão Comunicativa que

(...) não se reduz à escolha de métodos, mas envolve o processo gerencial como um todo, a partir de uma racionalidade ampliada, para além da racionalidade de fins, considerando o mundo da vida dos atores envolvidos numa postura dialógica que motive a construção de projetos que possam ser assumidos coletivamente como compromisso (Rivera, Artmann, 2003, p. 19).

6.2.4 MANEJO DOS CONFLITOS: RECURSOS ACIONADOS PELA GERÊNCIA

6.2.4.1 NO CONFLITO ENVOLVENDO TRABALHADORES E USUÁRIOS

Nos conflitos envolvendo trabalhadores e usuários foi possível identificar, a partir das entrevistas e da observação, que o coordenador é frequentemente acionado para resolver questões em que o usuário não se sentiu satisfeito com o atendimento recebido por um trabalhador da unidade, por não ter tido seu problema resolvido na própria unidade, como naquelas situações cuja resolução do problema de saúde dependia de outros serviços da rede de atenção.

Tanto nas situações em que havia tensão e probabilidade de se constituir em conflito, como também naquelas em que os conflitos já estavam instalados, o coordenador utilizou os seguintes recursos com vistas a mediar a resolução do conflito: **reconhecimento, atitude dialógica e sabedoria prática.**

Em relação ao uso do termo **reconhecimento** como recurso utilizado na mediação do conflito, cabe esclarecer que neste estudo o mesmo apresentou outros sentidos – identificação de uma situação, estabelecimento de relação entre duas situações, aceitação uma situação dada –, além daquele que se dá entre dois sujeitos – o reconhecimento recíproco – defendido por Honneth (2003), como determinante para a formação da identidade individual e coletiva.

A compreensão da polissemia do termo, identificada neste estudo, foi possibilitada pela obra: *Percurso do Reconhecimento de*

Paul Ricouer (2006). Segundo o autor, o termo reconhecimento remete uma multiplicidade de sentidos e ao realizar um estudo sobre o percurso deste vocábulo buscou primeiramente, a partir da lexicografia, classificá-lo quanto a seus sentidos, agrupando-os em três ideias-chave:

- I. Apreender (um objeto) pela mente, pelo pensamento, ligando entre si imagens, percepções que se referem a ele; distinguir, identificar, conhecer por meio da memória, pelo julgamento ou pela ação.
- II. Aceitar, considerar verdadeiro (ou como tal).
- III. Demonstrar por meio da gratidão que se está em dívida com alguém (sobre alguma coisa, uma ação) (Ricouer, 2006, p.22-3).

Nesta mesma obra, Ricouer procede a uma análise do percurso, ou seja, dos diferentes usos filosóficos do termo “reconhecimento”. Nesta trajetória aponta

a passagem do reconhecimento-identificação, no qual o sujeito de pensamento pretende efetivamente o domínio do sentido, para o reconhecimento mútuo, em que o sujeito se coloca sob a tutela de uma relação de reciprocidade, passando pelo reconhecimento do si na variedade das capacidades que modulam seu poder de agir, sua agency (Ricouer, 2006, p.260).

A partir destas ideias-chave, é possível caracterizar o reconhecimento como recurso utilizado pelos coordenadores. Em primeiro lugar ocorre o **reconhecimento** de que a finalidade de seu trabalho e da unidade deve ter centralidade no usuário. O sentido aqui empregado para o verbo reconhecer é o de “aceitar, considerar como verdadeira” a orientação de que a organização das ações e serviços do SUS deve estar centrado nas necessidades dos usuários. No entanto, para que este princípio organizador do serviço seja colocado em prática, exige que ele assuma o sentido filosófico de reconhecimento do outro, do usuário como um ser de direitos. Ou seja, pressupõe o reconhecimento mútuo numa relação de reciprocidade entre o trabalhador – neste caso a coordenação – e o usuário. Esta afirmação auxilia o entendimento de que

A formação do Eu prático está ligada à pressuposição do reconhecimento recíproco entre dois sujeitos: só quando dois indivíduos se vêem confirmados em sua autonomia por seu respectivo defronte, eles podem chegar de maneira complementar a uma compreensão de si mesmos como um Eu autonomamente agente e individuado (Honneh, 2003, p.119-20).

Os excertos demonstram o reconhecimento do gerente quanto à finalidade de seu trabalho no sentido acima apontado, ou seja, o compromisso do gerente para com o usuário e a esfera de responsabilidade que lhe cabe.

Quanto ao usuário, não quanto ela [a coordenadora] estar prestando favor, se eles devem obrigação a ela. Não, ela não é assim. Porque eu percebo que ela tem grande interesse de resolver as coisas [...]. Tudo na medida do possível, ela tenta resolver (T6).

Ela reconhece o usuário. Ela puxa muito para o lado do usuário. Quando ela sabe de uma ofensa ou de alguma coisa que foi feita contra a pessoa, ela fala. Ela fala mesmo. Ela cobra mesmo. Aqui dentro da unidade, seja com quem for. Seja comigo, seja com o médico ou as meninas [auxiliares de enfermagem], o pessoal de lá da frente da recepção, ela cobra mesmo. Entendeu? Porque ela quer um negócio bem feito (T13).

O segundo uso do termo se dá no **reconhecimento** das potencialidades existentes na rede de serviços para o enfrentamento das necessidades e problemas trazidos pelos usuários (e também para mediar os conflitos deflagrados). O sentido aqui empregado para o verbo reconhecer se refere a “distinguir, identificar, conhecer por meio da memória, pelo julgamento ou pela ação” (Ricoeur, 2006, p.22), e o sentido filosófico adquirido é do reconhecimento-identificação.

Quando o problema se deve ao atendimento em outro serviço da rede, foi perceptível que os recursos utilizados foram diferentes nas duas unidades observadas. Na unidade “A” a gerência assume para si o problema lhe foi apresentado, como responsável pela coordenação do cuidado. A gerente explicita seu compromisso para

com a resolução do problema, além de demonstrar ampla compreensão de diversas áreas relacionadas à atuação da atenção básica – que envolve desde a relação com o controle social, a regulação para a área de especialidades, as necessidades dos usuários (não só as de saúde, mas também as sociais), a intersetorialidade (desenvolvimento de ações conjuntas com outras áreas), a intrasetorialidade (relação com outros setores da secretaria de saúde – laboratório, transporte, ouvidoria, vigilância sanitária, epidemiologia, administração de materiais e de pessoal, dentre outros), além do papel da atenção básica de coordenadora do cuidado na rede de atenção. Nessas ocasiões, a coordenadora faz uso da prática argumentativa, visando assegurar a atenção ao usuário. O excerto apresentado a seguir é ilustrativo desta afirmação:

Porque ela se desdobra para dar o melhor, eu mesmo eu não vou cansar de falar, eu nunca conheci uma pessoa ser tão dedicada como ela, ela se desdobra mesmo, eu nunca vi a [nome da coordenadora] ter situação que ela fala: ‘ah! isso aí não cabe a mim resolver, eu não vou resolver’. Exatamente o contrário, ela busca, ela se preocupa, então é uma coisa muito bacana mesmo (T5).

Na unidade “B” foi percebido que não é tudo que a gerência toma para si, que procura intermediar quando a solução do problema está em outro setor da secretaria. Em algumas situações ela orienta o funcionário a encaminhar o usuário para o setor responsável e como ele deve proceder para resolver seu problema naquele serviço. Se por um lado pode denotar um compromisso parcial com os problemas dos usuários que lhe são trazidos, por outro lado, não tomar tudo para si pode indicar o desejo do compartilhar o compromisso de resolução dos problemas dos usuários com outros trabalhadores e serviços na perspectiva da rede de atenção à saúde, além de ampliar a autonomia do usuário. Já naquelas situações em que reconhece que o problema é mais grave e que necessita de sua intervenção, mostrou-se ativa, segura e firme em suas colocações e

tomou atitudes imediatas (intermediou a resolução do problema) e fez uso da prática argumentativa.

A auxiliar de enfermagem que atua no agendamento de exames e encaminhamentos de consultas especializadas informou à coordenadora o problema de dificuldade de transporte para a realização de fisioterapia de uma paciente que mora na área rural. Segundo a funcionária, estava prescrita a realização de três sessões semanais e ela estava fazendo apenas uma vez por dificuldade de se deslocar. Solicitou o que poderia ser feito para que esta usuária tivesse garantia de transporte para realizar seu tratamento. A coordenadora disse à funcionária que orientasse a usuária a procurar o serviço social na Secretaria de Saúde e lá solicitasse o transporte (situação observada na unidade B).

Ao receber da auxiliar de enfermagem o caso de uma criança com infecção otológica de repetição, encaminhada para especialista e com indicação de cirurgia de otorrino há quase um ano, a própria coordenadora assumiu para si a intervenção neste caso. Ligou para o agendamento de consultas especializadas, relatou a situação, argumentou da necessidade de uma reavaliação com otorrinolaringologista. O funcionário daquele setor a orientou que re-encaminhasse criança para consulta de otorrino com prioridade, com registro dessas informações no encaminhamento. A coordenadora atendeu a mãe na sua sala, preencheu todos os formulários, encaminhou-os e fez orientações à mãe de como proceder (situação observada na unidade B).

Outro recurso utilizado foi a **atitude dialógica** para com os envolvidos. Ao mediar situações de tensão e/ou conflito exerce a autoridade sem ser autoritária, escuta os envolvidos, aconselha e faz a mediação da situação de conflito. Também foi manifesto a proatividade dos gerentes quando se trata de problemas envolvendo usuários, no sentido de resolvê-los.

Ela chama e pergunta realmente o que aconteceu e você conta. [...] Ela sempre chama. Se o paciente vai reclamar para ela, ela chama a gente pergunta o que realmente aconteceu. Se ela achar que a gente estava errada ela fala. Olha! Vamos tentar mudar, vamos tentar ser mais assim e assado (T17).

E da parte da [nome da coordenadora], é tranquilo, eles [usuários] falam muito bem dela. Falam, porque a ela é curta e grossa, quando tem que resolver ela resolve, quando não tem ela dá um ponto final ali mesmo, ela fala, ela explica certinho como e qual é o procedimento, tenta orientar o paciente. Ela se empenha. [...] Eu falo

assim que ela é pau para toda obra, ela arregaça as mangas mesmo, ela não deixa assim nada em dúvida, [...]. Ela faz. Ela desempenha bem (T3).

[...] Ah! de tentar resolver as coisas, porque todas as vezes que eu vou à [nome da coordenadora] para perguntar se eu posso resolver alguma coisa para o paciente, seguindo o meu raciocínio, a ideia que eu tive, na maioria, acho que todas às vezes, ela nunca disse não, ela sempre me apoiou, sempre. Quando eu não tinha nenhuma ideia e fui perguntar para ela, daí ela falou para deixar que ela resolveria. Então daí ela dá essa abertura prá gente (T7).

Ela procura resolver, ela não deixa os assuntos para depois, ela procura resolver na mesma hora, se ela não conseguir resolver, ela encaminha (T15).

Quanto à **sabedoria prática** como recurso, este foi utilizado quando, ao tomar conhecimento de uma situação conflituosa, a gerência demonstra discernimento e habilidade na condução dos processos. Utiliza-se de toda sua vivência, conhecimento dos envolvidos e da situação, das possibilidades que tem na mediação do caso. Isso produz sensação de segurança entre os envolvidos, como explicitado nos recortes das falas de alguns trabalhadores:

Então eu acho que ela sabe conduzir as coisas, tanto que, às vezes a gente acaba estourando um pouquinho com o paciente e você vai falar lá com a coordenadora, ela vem e contorna a situação, e acaba ficando tudo bem, ela sabe mesmo conduzir (T4).

Eu acho que nossas enfermeiras têm muita sabedoria para lidar com isso; elas procuram escutar a queixa do usuário e depois tentam ponderar (T1).

A gente sente segurança, eu acho que é positivo, é uma profissional competente, idônea, não abaixa o nível com paciente nenhum, quando precisou conversar se colocou no lugar (T14).

O termo **sabedoria prática** tem o sentido daquele proposto por Ayres (2004), e se refere ao conhecimento não advindo somente do conhecimento técnico ou de métodos propostos para o enfrentamento de uma situação, mas aquele que nasce da práxis e a ela se dirige de forma imediata na busca da construção compartilhada de projetos de “boa vida”, de projetos de felicidade humana.

6.2.4.1 NO CONFLITO ENTRE TRABALHADORES (INTERPESSOAL E INTERGRUPAL)

No caso de situações de tensão e conflito entre os trabalhadores da unidade, a gerência é também comumente acionada para intervir. Em casos em que há uma tensão inicial, com potencialidade para a ocorrência de conflito, a interferência da gerência não é imediata, ou seja, antes de se manifestar ela analisa a situação inicial, observa como vai se desenrolando e avalia o comportamento e atitude dos envolvidos. Também observou-se que o gerente acolhe as dificuldades e problemas enfrentados pelo trabalhador na relação com o outro e, quando demandado, chama para si a responsabilidade de mediar as dificuldades e conflitos, ou seja, se coloca com disponibilidade para intermediar a relação conflituosa.

Em se tratando de recursos utilizados na mediação de conflitos entre trabalhadores, foram utilizados: **o reconhecimento; a interação e atitude dialógica; e o uso da autoridade.**

Ao tomar conhecimento de um conflito entre os trabalhadores, também nesta modalidade de conflito, o recurso utilizado inicialmente pela gerência é o **reconhecimento**. Neste caso ela faz um reconhecimento da situação, com base no conhecimento das características e interesses dos envolvidos. Aqui o reconhecimento assume o sentido de “apreender (um objeto) pela mente, pelo pensamento, ligando entre si imagens, percepções que se referem a ele; distinguir, identificar, conhecer por meio da memória, pelo julgamento ou pela ação”. O sentido filosófico é o do reconhecimento-identificação, ou seja, o sujeito de pensamento

pretende dominar, reconhecer uma determinada situação (Ricoeur, 2006, p.22).

O conhecimento do perfil dos trabalhadores e a compreensão das relações que se estabelecem entre eles se mostraram determinantes para um adequado enfrentamento de situações conflituosas.

Ao mediar uma situação conflituosa, nem sempre o caminho adotado pela gerência foi o de atender a solicitação feita por um ou outro, ou de explicitar (abrir/discutir) a situação com a equipe. O coordenador, conhecendo as características dos trabalhadores da equipe, escuta as queixas, analisa as informações relevantes e, com base nelas, e nas características/perfil da equipe toma a conduta de modo a enfrentar o problema relatado, conforme descrito em uma situação observada:

No final de um período de trabalho, a [nome da coordenadora] foi procurada em sua sala por um dos médicos da UBS. Este é um funcionário que apresenta vários problemas de relacionamento. Na conversa, solicitou à coordenadora para que substituísse a funcionária que o está auxiliando nas consultas – disse que o trabalho dela é mal feito, que ela não abre os resultados de exames, que não arruma os prontuários, que não anexa os documentos do paciente ao prontuário para a consulta, enfim que seu trabalho deixa a desejar. A [nome da coordenadora] não respondeu nada na hora, apenas lhe disse que iria estudar a situação. Quando ele se retirou, comentou que iria conversar com a funcionária para solicitar mais atenção aos pontos que ele reclamou, mas que não iria substituir essa funcionária da escala, tendo em vista que já trocou várias vezes de funcionário nesta função e que ele nunca se dá por satisfeito (situação observada na unidade A).

Este recurso é também apontado como relevante por outros autores que analisaram o conflito no ambiente hospitalar, sendo que para Spagnol et al. (2010), conhecer o perfil da sua equipe facilita a tomada de decisão e a resolução dos conflitos, e para Guerra et al. (2011), no gerenciamento de um conflito o gerente deve compreender a questão relacional, envolvendo o conhecimento da

instituição e das pessoas com quem ele trabalha, tendo em vista que para estes autores são as relações que determinam a realidade.

Um segundo uso de termo **reconhecimento** como recurso, se deu no sentido de sua manifestação, ou seja, quando o coordenador manifesta o reconhecimento aos trabalhadores pelos seus feitos, fazendo com que os mesmos se sintam reconhecidos por ele. Neste caso assume um sentido próximo ao terceiro agrupamento proposto por Ricouer (2006, p.23), “demonstrar por meio da gratidão que se está em dívida com alguém (sobre alguma coisa, uma ação)”.

Com este sentido, o verbo na voz ativa – reconhecer, tem menor relevância do que o efeito que sua ação produz, ou a sua expressão na voz passiva – sentir-se reconhecido –, e atua como um potente recurso na prevenção da ocorrência dos conflitos. Vale destacar que o reconhecimento assume neste caso o sentido filosófico do reconhecimento mútuo, e tem na reciprocidade, na mutualidade e na alteridade sua plena efetuação (Ricouer, 2006).

Para Honneth (2003) o reconhecimento recíproco é determinante para a formação da identidade, para a formação do “eu prático”, e para este autor a garantia do reconhecimento seria a infraestrutura moral de uma vida social em que os indivíduos adquirem e garantem sua integridade.

De acordo com o que já foi exposto da Teoria de Axel Honneth – Luta por Reconhecimento (2003), são três as formas de reconhecimento: amor, direito e estima. Elas têm a capacidade de criar condições sociais sob as quais os sujeitos humanos podem chegar a uma atitude positiva para com eles mesmos, pois

só graças à aquisição cumulativa de autoconfiança, autorrespeito e autoestima, como garante sucessivamente as experiências das três formas de reconhecimento, uma pessoa é capaz de se conceber de modo irrestrito como um ser autônomo e individuado e de se identificar com seus objetivos e seus desejos (Honneth, 2003, p.266).

Cabe ressaltar que o reconhecimento mútuo tem um caráter processual, e se dá num movimento. Nesse movimento o sujeito sai de uma situação de repouso inicial para se abrir ao outro que vem ao seu encontro e nesse encontro com o outro é necessário que ambos assumam os riscos implícitos na relação. Nesse processo, é condição essencial para que haja um reconhecimento social verdadeiro da existência de uma relação social de plena simetria entre os indivíduos (Honneth, 2003). A inexistência destas condições nas relações de trabalho explica porque, muitas vezes, o reconhecimento é denegado e há manifestação de conflito nas relações sociais.

Ao abordar esta questão, vários trabalhadores manifestaram que se sentiam reconhecidos pela coordenação da unidade e de que o reconhecimento é expresso de diversas formas, ou seja, não apenas com palavras, mas no acompanhamento do trabalho desenvolvido, na busca por melhores condições no ambiente de trabalho e informalmente, até em forma de brincadeira. Porém, ao realizar a avaliação de desempenho anual é que este reconhecimento é manifesto formalmente.

É sou bem reconhecido pela coordenadora. Ela demonstra o reconhecimento no falar, no conhecimento e sempre procura melhorias para nós. Por exemplo, a [nome da coordenadora] está procurando melhorias, arrumar uma sala melhor para os ACS, procurar recursos para a gente poder trabalhar melhor, porque aquela sala dos agentes é pequena, então ela está procurando mudar a sala. Já conseguiu uma geladeira que a gente não tinha para o PSF, armários que nós não tínhamos antes, acho que desta forma, conseguindo melhorias para nós (T15).

[...] Mas eu acho que a [nome da coordenadora] faz esse elogio na avaliação, ela aproveita esse momento. E nos outros momentos é só mais na brincadeira porque ela é muito brincalhona também. Às vezes em uma brincadeira ela acaba dando o recado, ela acaba dando o recado e elogia também, e na avaliação é uma coisa mais formal (T9).

Houve referência de que o reconhecimento funciona como um motivador para que o trabalhador continue se dedicando ao trabalho.

No entanto, para uma entrevistada, o reconhecimento da qualidade do seu trabalho faz com que seja destinado a ela um volume maior de trabalho do que para os demais trabalhadores da sua categoria funcional, sobrecarregando-a.

O que te faz ter motivação, geralmente o que faz muita diferença é o elogio. O elogio faz diferença. Ah! isso pode ser da chefia, pode ser do colega do seu lado, mas o elogio é o reconhecimento. [...] O meu trabalho eu avalio como de boa qualidade. Ah! eu acho assim, eu vejo que eu sou reconhecida, como que eu trabalho bem. [...] Ela [a coordenadora] vê que eu faço bem. Ela reconhece que eu faço bem. Já manifestou, tanto que tal coisa só quer que eu faça. É só para mim fazer aquilo, então, eu vejo que é porque ela vê que eu faço bem. Então, ela quer que só eu faça, não quer que outra pessoa faça. Às vezes isto gera um pouco de desgaste, porque a gente enjoa de fazer aquilo. A gente se cansa de fazer, sobrecarrega (T16).

Especialmente em relação aos agentes comunitários de saúde, estes percebem que a coordenadora reconhece o trabalho deles não só pela manifestação verbal por meio de elogios, mas por suas atitudes para com estes trabalhadores, pois ela conversa, freqüenta a sala, senta junto, faz brincadeiras, ou seja, demonstra simetria na relação com estes trabalhadores.

Ela não é muito de elogiar sempre, mas a gente vê, ela trata a gente bem. [...] Sempre que ela tem oportunidade está junto conosco, senta conosco, conversa, brinca, a gente acha isso legal, porque pelo menos ela está demonstrando. Cada um, eu penso assim, cada um demonstra de um jeito, [...] cada um tem um jeito de demonstrar. [...] (T3).

Pela coordenação, pela [nome da coordenadora] eu acho que sim. [...] A [nome da coordenadora] é uma das pessoas que o que ela puder fazer, ela faz. [...] Então eu acho que ela dá bastante importância sim, que a gente é sim reconhecida por ela, a gente não tem que reclamar não. Ela conversa com a gente, ela fala, [...] a gente vê que ela se preocupa (T5).

Ah! ela manifesta. Quando ela tem que puxar a orelha ela vai e puxa, quando tem que falar para eles, parabenizar também ela parabeniza sabe, fala que eles fizeram aquilo lá bem. Ela sempre está em contato com eles. Ela acompanha o trabalho (T4).

Para uma auxiliar de serviços gerais o reconhecimento não se expressa somente pelo elogio que às vezes recebe, mas pela importância que é dada ao seu trabalho, e refere que se sentiu valorizada quando a própria coordenadora assumiu a realização das suas atividades (da limpeza) quando esta faltou ao serviço. Para esta trabalhadora a coordenadora a reconhece. “Ah! às vezes ela elogia, mas ela reconhece, precisa ver quando falta zeladora, é muito raro de eu faltar, mas acontece. É tanto que quando há falta, já aconteceu da própria coordenadora fazer o serviço” (T8).

Este resultado é corroborado por Souza (2011), ao analisar o conflito na equipe de enfermagem, em ambiente hospitalar. Em sua pesquisa verificou que quando a enfermeira se recusa a colaborar com o trabalhador de enfermagem de nível médio, ao não realizar atividades de menor complexidade, reconhecidas como trabalho de pouco valor social, tradicionalmente desenvolvido por auxiliares ou técnicos de enfermagem, isso se constituiu em fator de conflito na equipe, pois tem potencial para provocar perda da valoração positiva e o rebaixamento da autoestima daqueles que ocupam funções auxiliares.

Esses dados permitem inferir a relevância da manifestação do reconhecimento pela coordenação, quanto à contribuição dos trabalhadores para o desenvolvimento do trabalho da unidade, o que converge para um ambiente de trabalho menos propício à ocorrência de conflito. O fato de se sentir reconhecido, ou seja, de se identificar como pessoa de valor no grupo social, produz neste sujeito o desenvolvimento de sua autoestima (Honneth, 2003).

Essa constatação tornou-se mais evidente em uma das unidades pesquisadas em que alguns trabalhadores entrevistados referiram não ter clareza se são reconhecidos ou não, pois a coordenadora nunca manifestou o reconhecimento para os mesmos. Nos relatos desses trabalhadores a falta de reconhecimento

apareceu indiretamente, não por uma atitude, mas pela omissão do gerente em reconhecer ativamente e de forma pública a contribuição desses trabalhadores, de não expressar verbalmente o reconhecimento para eles, e indica uma situação de um conflito encoberto (Cecílio, 2005).

Pela população, eu acho que sim [sou reconhecida pelo trabalho que presto]. [...] Esse reconhecimento nós temos. E pelos colegas de trabalho da unidade na medida do possível e pelo o que a gente nota nas conversas, eu acho que sim, não sei se por todos os profissionais. Da coordenadora da unidade eu não sei, não sei. Não percebo nem que sim, nem que não (T14).

Olha! Se eu te disser que eu não sei. Não sei se você vai acreditar em mim, mas eu não sei. Porque assim, nunca recebi um elogio. Entendeu? Então, eu não sei se eu sou reconhecida. [...] Então, eu acho que às vezes até reconhece o trabalho da gente, mas não faz um elogio. [...] (T17).

É notório que esses trabalhadores não se sentem reconhecidos pela gerência da unidade, e desta forma se sentem privados da possibilidade de imputar um valor social de seu trabalho e de desenvolver uma estima social positiva de si mesmo (Honneth, 2003). Porém, na unidade estudada esse sentimento de desrespeito pelo não reconhecimento de sua contribuição no trabalho ainda não teve potência para se manifestar como conflito aberto, para alcançar a agenda da coordenação como um problema, apesar de circular como ruído, como um murmúrio pelos bastidores da unidade (Cecílio, 2005).

Um terceiro uso do termo **reconhecimento** como recurso usado na mediação do conflito se deu quando os próprios gerentes reconhecem seus limites na intervenção de um determinado conflito e solicitam à gestão hierarquicamente superior, apoio no seu enfrentamento. Neste caso o verbo reconhecer tem o sentido de “distinguir, identificar, conhecer por meio da memória, pelo julgamento ou pela ação” (Ricouer, 2006, p.22), porém assume, no

sentido filosófico o “reconhecimento do si”, de suas próprias capacidades.

Em situações conflituosas mais graves, houve espaço para escuta dos envolvidos, houve tentativa de mediação pela gerência, mas também houve reconhecimento de que as atitudes adotadas não resolveram a situação e nestes casos houve comunicação e solicitação de apoio ao nível intermediário de gestão. Houve manifestação pelos gerentes de que quando não conseguem resolver o problema com seu arsenal, se sentem sem respaldo e depositam na gestão hierarquicamente superior o dever de tomar atitudes que resolvam o problema, como se verifica nos trechos a seguir:

Os problemas mais graves ela tenta resolver, leva para a secretaria. A secretaria sempre tá informada de tudo o que acontece. Eu acho que ela tenta resolver aqui primeiro (T10).

[...] que nem o que aconteceu nesse caso, há algum tempo eu chamei a coordenação central pra gente fazer uma reunião lá na unidade, por outra briga. Já tinha tido uma, eu já tinha conversado, já tinha feito reunião por mais um briga, e a [nome da diretora] e a [nome de outra diretora] foram. Elas tomaram a decisão de tirar ele de lá, foram elas, por que na verdade eu pedi uma providência (C6).

Então a resolução tem partir lá de cima.[...] Na verdade, lá em cima tinha que ficar junto com a gente e acaba ficando contra. Aí desmotiva toda a equipe, então é uma situação difícil, porque na verdade a gente espera que lá em cima seja uma situação forte, firme. Porque a gente acredita que quem está acima da gente tem que resolver os problemas e não é isso que vem acontecendo. Então, muitas vezes, a gente se depara com situações que te deixa completamente desmotivado (C9).

Apesar de solicitarem apoio e atuação conjunta e coordenada em determinadas situações, reconhecem que esta é uma questão que necessita ser mais bem acordada com a direção da secretaria de saúde para que possam ter uma atuação mais efetiva, tendo em vista alguns problemas decorrentes da forma como foram conduzidas situações anteriores.

Outro recurso, identificado com muita potência na prevenção e no enfrentamento de conflitos, foi **a interação e atitude dialógica** do coordenador para com os trabalhadores. Várias manifestações de trabalhadores são indicativas da relação simétrica da coordenação para com os diferentes trabalhadores da unidade, da existência de espaços de conversa sobre os problemas, das medidas adotadas com vistas a ampliar a integração dos trabalhadores, como apontam os excertos:

[...] Eu nunca vi, desde com a zeladora, não nunca vi, ela é daquele tipo assim: se ela precisar chamar tua atenção, ela vai te chamar, você pode ter certeza, ela vai chamar e se ela vir também que ela passou do limite um pouquinho, ela tem essa capacidade de te pedir desculpa, de te dar um abraço (T5).

Ah! eu percebo assim, de bom, que ela tem uma interação, principalmente com o PSF, porque a outra enfermeira ela não aceitava, ela não gostava do PSF. [...] As ACS quem trouxe para dentro do posto foi a [nome da coordenadora], porque as ACS ficavam lá, naquele clube ali do lado. [...] A parte da interação melhorou, de não ter essa discriminação de funcionário do PSF e funcionário da UBS (T9).

Entre as formas de intervenção em situações de conflito, relatadas e observadas, foi possível identificar diferentes estratégias utilizadas. Houve aquela em que a gerência abriu o problema para que fosse discutido pela equipe e juntos buscassem formas de resolvê-lo, pois

[...] Como a equipe de enfermagem da manhã estava bastante chateada e envolvida com o comportamento da colega, fiz um grupo de escuta onde todos deveriam colocar seus sentimentos em relação ao que estava acontecendo, inclusive a auxiliar em questão. Posteriormente conversei a sós com a mesma e expus a minha percepção sobre esse comportamento. Disse que eu sentia que ela estava querendo fazer a supervisão junto comigo, coloquei que na equipe os problemas de relacionamentos nunca ficaram tão exacerbados e que eu não queria isso acontecendo. Quando algo tivesse incomodando-a eu queria ser a primeira pessoa a ser procurada e não a última. A funcionária pediu desculpas às pessoas e disse que de maneira alguma queria me afrontar ou se indispor (C10).

Houve também relato de que o coordenador conversa com os envolvidos no conflito de modo particular, para não expor o problema para a equipe, na tentativa de preservar a(s) pessoa(s) envolvida(s). Desta forma, a gerência

[...] reúne e conversa. [...] Graças à Deus ela é bem ponderada. Sabe assim, não toma partido. [...] Escuta sim. Escuta os dois lados. Sempre. Escuta os dois lados, aconselha os dois lados, mas não te critica muito e nem passa a mão na cabeça do outro [...] Ela é assim. [...], é esse o julgar dela, essa visão de julgamento que ela tem, e de tentar fazer caminhar certo, sem indispor as pessoas. Porque quando a gente sabe que ela chama alguém para conversar, as duas pessoas saem falando que ela foi legal. Não sai assim, uma criticando a outra porque fulana fez isso ou porque fulana fez aquilo (T13).

Ao usar a comunicação em seu sentido forte visando o entendimento, o restabelecimento de um acordo normativo perturbado, reforça a prática de uma gestão comunicativa, tendo em vista que a ação comunicativa pressupõe um horizonte ético de compartilhamento de valores, uma dimensão ética de respeito pelo outro (Habermas, 2003). Ou seja, pressupõe uma relação em que os partícipes da ação compartilhem o mundo da vida. Os excertos da entrevista de alguns trabalhadores são alusivos desta atitude ética, de confiança, e de respeito:

A [nome da coordenadora] deve ter conversado, mas isso a gente não sabe, porque a [nome da coordenadora] não comenta com a gente, ela vai direto à pessoa e conversa, porque a postura dela é conversar e ver o que está acontecendo (T4).

Olha, eu acho que ela é uma pessoa que sabe lidar, é uma pessoa que não vai pela conversa dos outros, porque tem chefia que tem os preferidos e escuta o preferido e vai pelo preferido, independente. Eu já trabalhei com gente assim. A [nome da coordenadora] ela é muito humana, ela é uma pessoa humana, ela sabe diferenciar as coisas, ela sabe lidar com a liderança dela, ela não é uma pessoa arrogante. Eu já lidei com situação de pessoas na chefia em que ele era o chefe, eu mando você obedece e a [nome da coordenadora] não é assim. Ela sabe conversar. Claro que você também tem que respeitar hierarquia, se as pessoas não respeitarem é claro que ela vai mostrar, mas aqui, graças a Deus, já aconteceu dela ter que mostrar e ela é uma pessoa humana (T6).

Como ponto positivo da coordenação, a primeira coisa é que não é uma coisa imposta, tipo vai fazer assim. É o que você acha, deixa a vontade para você escolher. Eu acho que ela é assim com quem ela tem confiança também e sabe que você vai dar uma opção que não seja unilateral. Se, de repente, ela pede uma coisa para alguém e ele só olha o lado dele, não olha o lado da unidade, então eu acho que ela acaba conhecendo cada um. Então comigo assim, nunca houve nada de dizer: 'olha é assim eu quero que você funcione, igual esse relógio, tá bom'. É sempre assim: 'o que você acha?' Então a gente discute, eu digo 'eu gostaria de fazer assim, tenho experiência assim, o que você acha? tá bom para você, não está?' Então tem o respeito pelo que você pensa. Dificilmente a gente não se entende (T11).

Confiança. Eu acho que é confiança. Confia no que eu falo e busca ver se realmente [...] Assim, porque não é só confiar no que eu falo e sem ver o que está acontecendo. É confiar no que eu falo e buscar junto comigo. [...] Respeito, sim (T13).

A atitude dialógica, envolvendo o uso da comunicação como recurso para encontrar soluções numa situação conflituosa, mas também ter escuta e respeito, foi apontado por Brown et al (2011), como recurso utilizado em situações de conflito interprofissional em equipes de atenção primária no Canadá. Outros estudos sobre o conflito em ambiente hospitalar também apontam que o diálogo aberto e com discrição, é uma estratégia usada pelos enfermeiros gerentes para mediar situações de conflito (Spagnol et al., 2010). E para Prochnow et al. (2007), a escuta, o respeito e o diálogo são estratégias que deveriam ser incorporados na cultura da profissão da enfermagem e servirem como mola propulsora do desenvolvimento gerencial.

Ao lado da atitude dialógica, também houve referência quanto ao **uso da autoridade** como recurso, utilizado na prevenção e no enfrentamento do conflito. Muitos trabalhadores entrevistados reconhecem o uso da autoridade gerencial como benéfica para a organização e funcionamento da unidade, e a necessidade do gerente, em certas situações, ter que assumir a responsabilidade pela tomada de decisão que julgar mais adequada, como apontam os excertos selecionados:

A [nome da coordenadora] também tenta resolver sem discutir. [...] Ela sabe mandar: 'isso aqui você vê faz agora e depois traz para mim. Isso daqui você tenta' [...] Então, eu vejo que ela sabe mandar. E a [nome da coordenadora] não esquece não. [...] Sem ser desrespeitosa, sem ser agressiva, nada. Então, ela fala, mas só no olhar você já sabe se ela não gostou ou o que ela não aprovou (T12).

A [nome da coordenadora] é muito observadora, ela observa muito, ela ouve, então ela vai observando, até chegar a hora da intervenção, aí ela chama as partes envolvidas [...] (T8).

Mas a [nome da coordenadora] até de certa forma ela dá condições de trabalho, ela tenta mudar, põe um brilho, põe uma mesa nova, de certa forma ela trabalha com o que tem e tenta melhorar. Ela sabe gerenciar, pelo menos eu enxergo isso, ela tem comando, tem perfil. [...] Eu acho que a [nome da coordenadora] também vai colocando o cara, vai cobrando devagar, ela não fica com o cartão ponto, não cobra 5 ou 10 minutos de atraso, e eu acho que de certa forma isso é bom. Só que ela verifica se você está fazendo seu papel, se está atendendo, atendendo bem (T11).

Em relação ao uso da autoridade, este recurso se torna necessário, pois, segundo Campos (2007) não é possível operar sistemas de saúde sem certo grau de controle institucional. Isso se aplica especialmente aos serviços de saúde, por se caracterizarem como uma organização do tipo profissional, em que seu funcionamento depende basicamente de seus operadores, em que o trabalho desenvolvido é pouco formalizado, demanda um alto nível de qualificação, e os trabalhadores que aí atuam mantêm certa autonomia na condução de sua prática cotidiana (Mintzberg, 1995).

Neste sentido cabe ao gerente intervir, ou seja, tomar parte voluntariamente, interpor sua autoridade, estar presente, tendo em vista que o gerente, ainda que integrante da equipe de trabalho, não é mais um ou qualquer um, possui função diferenciada (Onocko Campos, 2003).

Enfim, cabe àqueles que assumem a gerência de um serviço assumir a voz da organização, tendo clareza de que faz parte do ato de governar a aplicação da regra para todos. Ou seja, usar da

autoridade sem autoritarismo, sabendo discernir até onde vai a autonomia e a governabilidade dos trabalhadores. Cabe também assumir a função suporte, no sentido de arriscar, de comprometer-se com sua equipe, protegendo a grupalidade. Assim, estar neste cargo implica reconhecer que é impossível agradar a todos, sendo necessário “suportar” estar nesse papel (Onocko Campos, 2003).

6.2.5 REFLETINDO SOBRE A AÇÃO – UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SOBRE O CONFLITO

Durante a sessão do grupo focal, na discussão sobre os conflitos e como são enfrentados, houve o reconhecimento de que o conflito relatado pelo colega não é privativo dele, ou seja, uns se reconheceram nas narrativas dos outros, tendo em vista que

[...], cada um contou uma história, mas todo o mundo fica pensando que já passou por aquilo também. Então não existe uma história particular de uma única equipe aqui, isso aqui é vivenciado por todos, e sofrido por todos. Na verdade, isso é um estresse de todo o mundo, porque é uma situação que ela não é esporádica, cada dia nós temos um leão pra matar nessa história. Então, é realmente uma situação de estresse, de a gente ouvir e falar: ‘puxa vida a gente passa por isso também, é diário e é comum, não é novidade pra nenhuma enfermeira isso que foi colocado aqui’ (C4).

Essa situação aponta para a frequência com que os conflitos ocorrem e de como essas situações são pouco discutidas pela gestão de um modo geral. Diante disso, houve apontamento por um coordenador de que, apesar dos conflitos ocorrerem diariamente e se repetirem, não têm tido oportunidade de refletirem sobre isso de forma coletiva (entre eles) e que não agem de modo organizado no enfrentamento dos problemas vivenciados, mesmo naqueles que se repetem.

A sessão do grupo focal foi um momento de reflexão e de reconhecimento de que os problemas se repetem, pois muitos se reconheceram ao ouvir o relato do conflito do outro. Refletiram também que pode haver um processo mais articulado entre os níveis de gestão: local e intermediário, na forma de intervir sobre os conflitos envolvendo os servidores tidos como “problemas”, de forma a alcançar resultados mais efetivos e menos desastrosos que os que foram relatados. Houve inclusive a manifestação de um esboço de como agir de modo mais sistematizado entre o nível intermediário e a gerência da unidade, visando uma intervenção mais efetiva e ainda sobre a necessidade de medidas protetivas para com os gerentes envolvidos, tendo em vista que um deles está sendo alvo de uma ação judicial pessoal por ter tomado a conduta que havia sido decidida juntamente com os diretores da secretaria de saúde.

Porque às vezes a gente já tem a solução, mas a gente mesmo não tem ela pronta, quando você começa a falar é que vem surgindo, como é que fiz nessa, como é que eu fiz naquela e daí acaba construindo, organizando a bagunça que a gente pôs em cima da mesa nessa conversa. Eu acho que é bem legal essa troca pra nós, porque nas reuniões fica muito pesado, porque a gente traz a nossa mochila e põe em cima da mesa, que são os problemas, e daí às vezes a gente não tem tempo, não dá tempo de sentir que aquilo foi organizado pra eu sair com aquilo organizado dentro lá nos meus circuitos [...] (C4).

A partir das discussões e reflexões ocorridas no grupo focal, foi possível reconhecer a possibilidade de atuação de forma mais organizada no manejo do conflito, considerando ações de prevenção do conflito (articulação de ações instrumentais e comunicativas junto à equipe) e também ações de enfrentamento conjunto de situações conflituosas pela gerência e pelo nível intermediário da secretaria de saúde. O texto apresentado a seguir foi sistematizado a partir das discussões e elaborações dos coordenadores na segunda sessão do grupo focal:

O reconhecimento como instrumento de ação gerencial –

Os gerentes manifestaram que conhecer bem a equipe com a qual

trabalha, as fragilidades e potencialidades de cada integrante se constituem em instrumentos de ação gerencial, recursos que a gerência deve utilizar no cotidiano do trabalho. Trabalhar junto a cada integrante, demonstrando conhecer suas potencialidades – reconhecer no que ele contribui para o trabalho da unidade e da equipe e manifestar isso não apenas nos momentos formais de avaliação, mas no cotidiano do trabalho –, e apontar as fragilidades – no sentido de contribuir para a superação dessas dificuldades –, pode se constituir em um recurso para fortalecer o trabalho da equipe e conseqüentemente de atuar preventivamente sobre potenciais situações de conflito.

[...] eu tenho trabalhado com as pessoas que estão próximas, dando muito feedback positivo quando elas [...] Então eu tenho trabalhado mais nesse nível solidário do que nos demais, então dando um reforço positivo para as ações positivas que cada pessoa vai tendo no dia a dia, e dando reforço negativo para as ações que eu não acho que sejam pertinentes, enquanto equipe de trabalho, como uma forma, como uma ferramenta vamos dizer, para reforçar o trabalho em equipe (C4).

O respeito e a escuta – recursos potentes na intervenção do conflito – Apontaram que, na ocorrência de conflitos, devem reconhecer a situação antes que ela se avolume e analisar os fatos a partir do olhar dos envolvidos (ouvir cada parte separadamente), manifestando respeito pela posição de cada um. Ou seja, não julgar precipitadamente, não expor e/ou fazer comentários sobre a situação com outros membros da equipe, tentar ser imparcial, pois os envolvidos precisam sentir confiança na gerência.

Eu vivo conversando individualmente com os funcionários, vivo, o tempo inteiro. Só que se eu conversei com um, ninguém mais sabe o que eu conversei com ele, eu não falo nem pra as outras enfermeiras o que eu vou fazer, entendeu, eu não falo pra ninguém. Porque o que está sobre o meu comando, se tiver que puxar a orelha, se tiver que apontar uma falha, só aquela pessoa vai saber, e eles já sabem disso. Eles já sabem que quando eu falo com 'Pedro', o 'Paulo' não faz ideia e quando eu falo com o [...] vice versa (C4).

Eu tenho essa experiência de conversar individualmente com o profissional e de ninguém realmente ficar

sabendo, ele tem que ter essa confiança de que você não vai comentar nem com a tua colega enfermeira, e aí cria um laço de confiança de dentro da equipe, de ela não sair contando. E quando sai, oh! eu conversei com você, isso que eu conversei, eu estou conversando com você, se alguém daqui ficar sabendo, partiu de você, então é de tua responsabilidade, você que sabe se você quer se expor. [...] E aí você dá a chance e a oportunidade também de conhecer a característica individual, porque ele tem uma percepção diferente da equipe e daquele problema, então tem um amadurecimento também. [...] Quando dá umas brigas, que eles querem tirar a limpo, eu não tiro a limpo em grupo porque só desgasta, só estressa, [...] eu acho que tem um respeito maior da equipe com esse trabalho individual (C2).

Para Sena et al. (2002, p.44), ao analisarem os problemas vivenciados pela gerência de unidades básicas de saúde, apontam que a superação das mesmas exige uma “atitude ativa, com um alto nível de observação, percepção e comunicação do gerente”, ou seja, que o mesmo desenvolva “habilidades psicossociais e comunicativas, como instrumento da função gerencial”.

Atuação articulada com outros níveis de gestão –

Ressaltaram a importância do apoio e da intervenção conjunta com gestão – apontaram que quando a tentativa de intervenção pela gerência não resultar em melhoria da situação, não devem hesitar em pedir apoio para a gestão superior, pois o olhar de quem não está envolvido com o problema pode ajudar a encontrar alternativa ainda não pensada para o mesmo. Não se trata de transferir o problema para a decisão de outrem, mas a partir do que já foi feito, analisar conjuntamente que outra medida poderá ser tomada. A gestão, no nível intermediário e central, precisa estar comprometida com os gerentes, ser solidária, e acima de tudo manter sigilo sobre a decisão tomada, antes que ela seja desencadeada.

Mas aí precisa do que, de momento de sabedoria, de calma de quem está de fora para achar a melhor solução naquele momento. Então a gente já viveu situações difíceis, em que vamos supor, não tem uma solução ideal, mas naquele momento [...] é o que fica menos pior pra coordenação, poupar a coordenação [...] (C4).

Ainda que a sistematização apresentada seja fruto de uma discussão baseada na vivência desses coordenadores, sem ter tido, a priori, a pretensão de se constituir em uma proposta de intervenção, constata-se a potencialidade que os espaços de reflexão conjunta têm para fortalecer a atuação gerencial. Esta experiência indica uma possibilidade, um caminho para que a gestão do conflito seja menos sofrida e mais efetiva por aqueles desenvolvem esta função. A esse respeito, Schraiber (1997) corrobora a ideia de que discutir experiências de outros, de como fez, de como decidiram em situações semelhantes, embora nunca iguais, são modos de rever a prática, de compartilhar dúvidas, acertos e emoções, ou seja, auxilia a conformar a bagagem ética, a superar o desafio entre a face técnica e ética da atuação gerencial.

CAPÍTULO 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo parte do desejo de compreender as tensões e conflitos vivenciados no cotidiano do trabalho gerencial, no âmbito da Atenção Básica do SUS, constituído por processos vividos por mim, primeiramente como gestora do SUS e atualmente como docente na formação de novos profissionais de saúde.

O ingresso no doutorado possibilitou transformar o desejo inicial em objeto de estudo, cujo objetivo foi o de compreender a emergência e o manejo dos conflitos que se manifestam na interação entre trabalhadores e coordenadores no exercício do trabalho e suas relações com os processos de reconhecimento mútuo e desrespeito.

O doutorado também permitiu ampliar o entendimento sobre o referencial teórico do trabalho em saúde e conhecer dois outros autores e respectivas teorias: o Agir Comunicativo, de Jürgen Habermas, e a Luta por Reconhecimento: a gramática moral dos conflitos, de Axel Honneth, que, de modo articulado, permitiram a análise e compreensão do objeto de estudo.

Por se tratar de um fenômeno processual, a opção metodológica foi pela pesquisa qualitativa, de caráter compreensivo e interpretativo, de abordagem crítico-hermenêutica, com base no referencial teórico adotado e num conjunto de técnicas de pesquisa de campo (grupo focal, entrevistas e observação de campo) e de análise do empírico que permitiram a compreensão desse fenômeno.

A pesquisa empírica, propriamente dita, foi precedida de um estudo exploratório, com a finalidade de caracterizar os 108 gerentes de unidades básicas de saúde dos 21 municípios da área de

abrangência da 17ª Regional de Saúde, na região Norte do Paraná, e analisar os instrumentos de gestão utilizados para, com base na análise destas informações, compreender o contexto da atuação gerencial e definir o município campo do estudo de caso. Esta fase possibilitou eleger um município de médio porte, cujos gerentes eram todos enfermeiros, apresentavam experiência na gerência de unidade e utilizavam, com certa regularidade entre eles, instrumentos para a gestão do trabalho: todos referiram conhecer os indicadores de saúde do território, os indicadores pactuados pelo município e realizar discussão sobre estes com os trabalhadores da unidade; todos relataram realizar planejamento de ações e 91,9% informaram avaliá-las; todos relataram realizar reuniões com equipe de trabalhadores da unidade regularmente e também avaliação de desempenho dos mesmos; e 91,9% dos gerentes mencionaram desenvolver ações de educação permanente em saúde.

Na segunda fase foi desenvolvido um estudo de caso, com análise aprofundada do objeto, o que possibilitou identificar e compreender as tensões e conflitos presentes na interação entre trabalhadores e coordenadores no cotidiano do trabalho; como as racionalidades comunicativa, instrumental e estratégica são acionadas e articuladas na interação entre a coordenação local e os trabalhadores, sua relação com a manifestação e manejo das tensões e conflitos no cotidiano do trabalho e ainda os recursos que a coordenação local utiliza no enfrentamento destes, à luz do conceito de reconhecimento.

Os resultados mostram que convivem distintas concepções de conflito entre coordenadores e trabalhadores. Para os coordenadores, o conflito foi percebido como um componente presente nas relações interpessoais no trabalho, tanto com usuários como com trabalhadores, que seu enfrentamento é sempre tenso e que não há um modo sistematizado de lidar com eles, apesar de ocorrerem cotidianamente.

Entre os trabalhadores houve, inicialmente, maior resistência em abordar o tema conflito, com algumas manifestações de negação de sua ocorrência no ambiente de trabalho. Porém, no decorrer das entrevistas foi possível identificar duas concepções distintas sobre o conflito. A primeira, mais genérica e abstrata, foi expressa por trabalhadores que ocupam uma posição mais nuclear no processo de trabalho em saúde, os profissionais médicos, para os quais o conflito raramente ocorre no trabalho e sua ocorrência esporádica se deve à formação educacional, cultural e aos valores de cada pessoa. A segunda concepção de conflito, expressa por trabalhadores que ocupam posição mais periférica neste processo, os auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, mostra o reconhecimento da manifestação do conflito no cotidiano do trabalho e sua associação às divergências existentes entre os próprios trabalhadores, visto que pensam e se comprometem de forma distinta com os objetivos do trabalho conjunto. Para esses, porém, o desrespeito nem sempre se manifesta diretamente, mas por meio de comentários desrespeitosos, brincadeiras, olhares e até indiferença.

Esta constatação sinaliza que a posição que os diferentes trabalhadores ocupam no processo de trabalho, mais nuclear ou periférica, faz com que vivenciem o ambiente de trabalho e as tensões presentes nesse espaço de maneira distinta, contribuindo para a existência de concepções também distintas sobre o conflito.

A análise do empírico possibilitou ainda compreender que o conflito é um fenômeno relacionado ao trabalho, imbricado ou permeado pela interação social, que se manifesta no contexto organizacional, dependendo do modo como e quanto os diferentes trabalhadores se envolvem com o trabalho coletivo. Os conflitos foram interpretados pelos gerentes e trabalhadores das UBS que compõem o estudo de caso como os obstáculos que surgem no processo de trabalho e que dificultam o exercício da contratualidade prevista no espaço institucional. Ou seja, o conflito emerge no

descompasso entre o que está contratualizado e o modo como efetivamente é executado o trabalho e se dão as interações entre coordenadores e trabalhadores ou entre trabalhadores, e sua emergência configura desde tensões até mesmo o rompimento da contratualidade prevista.

Os conflitos manifestos denotam uma quebra do regime de validação, tanto da correção normativa – quando há indícios de que os partícipes deixam de compartilhar as normas expressas do ponto de vista ético, moral e político –, como da autenticidade expressiva – quando há rompimento da relação de confiança estabelecida entre os interlocutores, visto que não mais reconhecem que as opiniões, intenções, sentimentos e desejos, expressos pelos parceiros em interação, sejam sinceros e autênticos.

Na emergência dos conflitos, a tensão e o rompimento da contratualidade foram provocados por situações de desacordo e desrespeito, tanto na esfera das relações primárias como das relações jurídicas – do direito; ou ainda da estima social, frequentemente envolvendo a dimensão emocional e subjetiva, provocando nos envolvidos sentimentos de injustiça, de ira e vergonha. Estes sentimentos tiveram potencialidade para desencadear um conflito, uma luta por reconhecimento.

A partir desta compreensão e das diversas situações narradas e observadas no contexto deste estudo, foi possível a elaboração de uma tipologia dos conflitos:

1. Relacionados à falta de colaboração entre os trabalhadores;
2. Relacionados ao desrespeito por relações assimétricas entre os trabalhadores no ambiente de trabalho;
3. Relacionados ao comportamento do “funcionário-problema”;
4. Relacionados a problemas pessoais ocorridos fora do trabalho;
5. Relacionados à assimetria com outros níveis de gestão;

6. Relacionados à infraestrutura e à organização deficitárias da Rede de Serviços do SUS.

Os quatro primeiros tipos de conflito estão afetos a aspectos microssociais, ou seja, envolveram aspectos dinâmicos e relacionais do trabalho em saúde; enquanto que os dois últimos se relacionam a aspectos macrossociais, ou seja, à organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde.

O conflito tipificado como **falta de colaboração** foi o mais referido pelos trabalhadores e se manifestou tanto entre dois trabalhadores como entre dois grupos de diferentes turnos de trabalho. Sua origem se deu em função do não cumprimento de uma contratualidade prevista para a realização do trabalho coletivo, em que a falta de colaboração de um trabalhador ou um grupo deles fez com que os outros envolvidos se sentissem desrespeitados em suas contribuições, em seu valor social, ou seja, está afeto à esfera da solidariedade, da estima social. Este conflito aponta para o rompimento da contratualidade no plano normativo (as normas do ponto de vista ético, moral e político são colocadas em xeque) e expressivo (não se reconheceu os parceiros em interação como dignos de confiança, de sinceridade e autenticidade). Cabe ressaltar que nestes casos a linguagem não foi utilizada em seu sentido forte, sendo perceptível que os sujeitos envolvidos na ação não alcançaram entendimento nem construíram acordos intersubjetivos válidos para que a contratualidade prevista para aquele espaço fosse preservada e/ou restaurada.

O conflito tipificado como **relações assimétricas entre os trabalhadores** envolveu distintas categorias profissionais, em que os trabalhadores ou uma categoria destes (os trabalhadores terceirizados em geral e os agentes comunitários de saúde, em particular) não se sentiram reconhecidos pelos outros como pessoas de estima e de valor social enquanto integrantes da equipe de

trabalho. Este tipo de conflito reflete a quebra do regime de validade normativo, tendo em vista o descompasso e o desencontro entre a contratualidade prevista e a socialidade vigente (no plano das práticas) de desigual valoração social dos trabalhadores de diferentes vinculações ao trabalho. Constata-se que no plano estrutural a divisão social de classes interfere na divisão social do trabalho, criando situações de desrespeito e diferenças entre os sujeitos que convivem no ambiente de trabalho, ou seja, o reconhecimento social no trabalho não é simétrico entre as categorias de trabalhadores. Cabe ressaltar que este tipo de conflito circula pelos bastidores e nem sempre alcança a agenda da coordenação, ou seja, não tem força para se impor na agenda da direção, muito provavelmente porque atinge um grupo de trabalhadores com menos visibilidade e autoridade técnica, permanecendo, majoritariamente, como conflito encoberto ou latente.

O terceiro tipo de conflito **relacionado ao “funcionário-problema”** foi referido tanto por trabalhadores como por coordenadores, e além destes provocou conflito também com usuários. Nesta tipologia verifica-se o descompasso entre dois sistemas jurídicos: o do direito individual e de um segmento de trabalhadores – o estatuto do funcionário público –, e o do direito geral, constitucional – a normativa do SUS. Ou seja, há outro sistema que implica numa contratualidade que entra em confronto com a contratualidade do trabalho; que extrapola o horizonte normativo do SUS, da AB e das relações de trabalho. O “funcionário-problema”, aquele que não faz, não cumpre suas atribuições, se ampara e está respaldado num outro sistema jurídico, em que interesses outros, privados, competem com interesses públicos, coletivos. Também interfere e tem efeitos e impactos no modo como se dá o trabalho, ou seja, no exercício do trabalho, na atenção ao usuário e no projeto de trabalho da unidade básica de saúde.

Percebe-se que neste tipo de conflito a coordenação da unidade tem muito pouco controle sobre a situação e as medidas gerenciais instituídas têm tido pouco efeito.

O quarto grupo de conflito, tipificado como **problema pessoal** ocorrido fora do trabalho, foi descrito por trabalhadores e coordenadores e envolveu dois trabalhadores, da mesma categoria profissional ou de distintas categorias. Apesar de ter ocorrido por motivos alheios ao trabalho, teve potência para adentrar o ambiente de trabalho e mobilizar outros trabalhadores, além dos envolvidos inicialmente. Nesta tipologia, o desrespeito se situa na esfera das relações primárias (das relações amorosas e da amizade), afetando a autoconfiança daqueles que foram desrespeitados, provocando uma espécie de vergonha social. Nesta situação houve rompimento do regime de validação da autenticidade expressiva, em que não se reconheceu que o parceiro de interação estava sendo autêntico e digno de confiança em suas ações e afirmações.

O quinto tipo de conflito está relacionado à **assimetria entre os níveis de gestão** e, apesar de não ter sido narrado diretamente pelos participantes da pesquisa como conflito, houve várias manifestações dos coordenadores e situações observadas que indicam que esta relação é permeada por tensão. Foram identificados vários problemas que envolvem a relação entre a unidade básica de saúde e os demais níveis e órgãos da gestão: a normatividade instituída que impede a paralisação do atendimento da unidade para reunião com a equipe; a falta de apoio da gestão intermediária às demandas da unidade; a relação assimétrica expressa pela ouvidoria; e a fragmentação das ações demandadas por vários setores para serem desenvolvidas pelas unidades de saúde. Essas situações apontaram que a normatividade técnica prevista no SUS para a execução do trabalho em uma unidade de saúde da Atenção Básica não coincidia com as normas instituídas pela organização para regular o trabalho, o que provocou tensão

constante entre os coordenadores para considerar ambas as normativas: a do SUS e a da gestão regional e municipal. Os gerentes de UBS manifestaram o sentimento de desrespeito por parte do nível intermediário de gestão, acarretando consequências à estima social, na medida em que não sentiam sua atuação e contribuição pessoais reconhecidas como relevantes para o grupo gestor, do qual são integrantes. Esta situação pode comprometer a viabilidade do projeto institucional, uma vez que a solidariedade é um sentimento fundamental para que os objetivos que sejam comuns aos sujeitos em interação possam se tornar realizáveis.

O último conflito tipificado foi aquele relacionado à **infraestrutura e à organização deficitárias da Rede de Serviços do SUS**. Compreende as condições estruturais do serviço (área física inadequada da unidade, falta de alguns equipamentos, principalmente de informática, insuficiente oferta de serviços na atenção especializada) e a forma como o trabalho está organizado, e foi relatado por trabalhadores, coordenadores e também observado no cotidiano do trabalho. Neste tipo de conflito, há um descompasso entre, de um lado, a normatividade técnica e jurídica presente na legislação que regulamenta o SUS, – em que a atenção básica é definida em um formato abrangente e eleita para ser a articuladora e ordenadora do acesso e do cuidado aos usuários nas redes de atenção à saúde, com vistas a garantir a integralidade da atenção à saúde –, e de outro lado, a normatividade contratualizada que rege a organização e funcionamento dos serviços de saúde, limitados pelo financiamento insuficiente da saúde e pela incapacidade de gestão do sistema. Essa situação gera conflito naqueles que se sentem desrespeitados por não terem seus direitos reconhecidos. Nesta situação, tanto o usuário quanto o trabalhador se sentiram desrespeitados: o primeiro pela não garantia do acesso às ações e serviços, necessários à integralidade da atenção à saúde; e o segundo pelas condições inadequadas de trabalho, expondo-o à

revolta dos usuários pelo não atendimento de suas necessidades, já que é tido pela população como representante do SUS.

A análise do empírico também possibilitou reconhecer que a prática gerencial dos coordenadores de unidade, tanto na gestão do trabalho como especificamente na gestão dos conflitos, envolve, de um lado, técnica e, de outro, comunicação/interação, no sentido ético e habermasiano. Cabe destacar que intervenção técnica e comunicação estão compostas na mesma ação, de modo que é na dinâmica da complementaridade racionalidade instrumental e comunicativa que a gerência procura apreender e manejar os conflitos e isso envolve fortemente a dimensão ética dos valores compartilhados na cultura institucional no âmbito de cada UBS.

A atuação da gerência, articulando ações instrumentais e comunicativas, especialmente na relação com os trabalhadores, torna o ambiente de trabalho menos tenso e menos propício à ocorrência de conflitos, visto que há abertura e diálogo para que a organização e os problemas no processo de trabalho, das diversas unidades de produção da UBS, sejam discutidos, planejados e enfrentados de forma participativa.

Na emergência do conflito houve demonstração de que os coordenadores conhecem a realidade e estão sempre bem informados; que têm clareza de seu papel, que têm credibilidade e são referência para os demais trabalhadores e usuários; e, por fim, que sabem conduzir situações complexas. Isto atribui ao trabalho gerencial potencia de prevenir a ocorrência de conflitos e, na sua ocorrência, configura possibilidade de enfrentamento e manejo para evitar que assumam maiores proporções.

Esta articulação das ações técnico-científicas e comunicativas que prevalecem no cotidiano do trabalho gerencial dos coordenadores das duas UBS do caso de estudo indica a prática de

uma **Gestão Comunicativa**, que, como referem Rivera e Artmann (2003) não se reduz a um método de gerenciamento, mas envolve todo o processo gerencial e considera não só a finalidade do trabalho em saúde, mas o mundo da vida de seus parceiros de interação, numa atitude dialógica com vistas à construção de projetos assumidos coletivamente e com compromisso.

Na emergência de conflito, tanto entre os trabalhadores como entre estes e usuários, a coordenação é frequentemente acionada como referência na mediação do mesmo. Nesse sentido, foram identificados os seguintes recursos utilizados na mediação dos conflitos: **reconhecimento, atitude dialógica e sabedoria prática** – naqueles que envolveram usuários; e **reconhecimento, interação e atitude dialógica, e uso da autoridade** – naqueles conflitos que envolveram só os trabalhadores.

O **reconhecimento** é um termo polissêmico que reúne uma multiplicidade de sentidos, como no caso estudado: o reconhecimento das necessidades do usuário e a orientação do cuidado para as suas necessidades, das potencialidades da rede de atenção para atender as necessidades dos usuários e população e o reconhecimento de seu papel na resolução dos problemas que envolvem essas questões. Na mediação dos conflitos envolvendo coordenadores e trabalhadores, o reconhecimento teve o sentido inicial de busca da compreensão da situação, com base no conhecimento das características e interesses dos envolvidos, mas também de reconhecer os trabalhadores pelos seus feitos, como manifestação de gratidão nas atitudes positivas e de apoio para superação nas atitudes negativas, e ainda de reconhecer o limite de atuação da própria coordenação, naquelas situações em que sua intervenção não foi suficiente para resolver uma situação conflituosa.

Reconhece-se, no entanto, que os resultados apresentados não esgotam a possibilidade de investigação sobre este tema, uma

vez que este estudo foi desenvolvido num contexto gerencial favorável (em relação à experiência dos gerentes e ao uso de instrumentos gerenciais) e selecionou como sujeitos do estudo gerentes e trabalhadores. Desta forma, haveria possibilidade da realização de estudos que investigassem o conflito em outros contextos, em que a gestão do trabalho se mostrasse mais incipiente, e que incluíssem como sujeitos de pesquisa usuários e gestores, também envolvidos nos conflitos.

A pesquisa aponta ainda para a necessidade de estudos futuros sobre o caráter interprofissional da gerência na Atenção Básica e a presença expressiva de enfermeiras nessa atuação.

Para finalizar estas considerações, faz-se necessário apontar os avanços alcançados com a realização deste estudo: para a pesquisadora, para a área acadêmica e para os serviços.

Para a **pesquisadora** o estudo permitiu suprir seu desejo inicial de compreender as tensões e conflitos presentes no cotidiano do trabalho gerencial para fundamentar sua atuação, representando um aprimoramento de sua atuação como docente, pesquisadora e gestora.

Para o **meio acadêmico** a pesquisa contribuiu com a produção de conhecimentos sobre um tema com escassos estudos empíricos – o conflito no trabalho, especialmente aquele que se manifesta no espaço da Atenção Básica do SUS. A investigação permitiu a sistematização de uma tipologia dos conflitos; a aplicação em pesquisa da articulação de distintos referenciais teóricos: o processo de trabalho em saúde, a teoria do Agir Comunicativo, de Jürgen Habermas, e a Luta por Reconhecimento: a gramática moral dos conflitos, de Axel Honneth, e demonstrar que, de forma articulada, se mostraram potentes para a compreensão do fenômeno estudado.

E para a **rede de serviços de saúde, em particular da perspectiva dos coordenadores e outros gestores do SUS** na Atenção Básica, o estudo traz contribuições para a reflexão e para a adoção de práticas gerenciais com potência para a gestão do trabalho e dos conflitos no nível local, além de dar visibilidade às tensões e conflitos que permeiam o cotidiano de trabalho.

REFERÊNCIAS

Alves M, Penna CMM, Brito, MJM. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2004;57(4):441-6.

Amestoy SC, Cestari ME, Thofehrn MB, Milbrath VM, Porto AR. Significados atribuídos ao líder na visão de enfermeiras. *Ciênc Cuid Saúde.* 2009;8(04):579-85.

André AM, Ciampone MHT. Desafios para a gestão de unidades básicas de saúde. *Rev Adm Saúde.* 2007;9(34):16-21.

Antunes R. O Caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo; 2005.

Aragão L. Habermas: filósofo e sociólogo do nosso tempo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2002.

Artmann E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2001;6(1):183-95.

Atlas de Desenvolvimento Humano. Programa das Ações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). 2002. [citado 2011 ago. 28]. Disponível em: <http://portalsocial.sedsdh.pe.gov.br/sigas/Arquivos/Gloss%E1rio%20tabelado%20dos%20munic%EDpios.pdf>.

Ayres JRCM. Sobre o Risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec; 1997.

Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2001;6(1):63-72.

Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc.* 2004;13(3):16-29.

Ayres JRCM. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la herméutica filosófica. *Salud Colectiva.* 2008;4(2):159-72.

Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc.* 2009;18(2):11-23.

Barbour R. Grupos Focais. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.

Bessie LM, Carol JH. Apreciação de desempenho. In: Marquis B, Huston CJ, organizadores. Administração e liderança em enfermagem; 4ª ed. Porto Alegre: Artimed; 2005.

Bocato SBG. Como gerenciar um grupo em conflito. In: Malagutti W, Caetano KC, organizadores. Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado. Rio de Janeiro: Rubio; 2009.

Bosi MLM, Mercado FJ. Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: Vozes; 2006.

Brandão HP; Guimarães TA. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto? Rev Adm Empresas. 2001;41(1):8-15.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. A prática do controle social e os conselhos de saúde em 14 reflexões. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro; 2001a; p. 53-78.

Brasil, Ministério da Saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. In: Brasil, Ministério da Saúde. Gestão Municipal da Saúde: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro, 2001b; p. 15-34.

Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES N. 3, de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da República Federativa da União. Brasília. Seção 1, p. 37, 09 nov. 2001c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Polos de educação permanente em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. 68p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde; 2006a. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização, Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada; 2006b, 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF, Seção I, Página 89, 31 dez. 2010

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF, Seção I, p.48-55, 24 out. 2011.

Brasil. Ministério das Cidades. Plano Diretor em Municípios de pequeno porte. [S. l: s.n., s.d.]. [citado 2011 ago. 28]. Disponível em: [http://portal.cnm.org.br/sites/8800/8875/download/2_dia/PlanoDiretor emMunicipiosdepequenoporte_Modificada.pdf](http://portal.cnm.org.br/sites/8800/8875/download/2_dia/PlanoDiretor%20emMunicipiosdepequenoporte_Modificada.pdf)

Brasil. Administração Pública. [s.d.] [citado 2012 set. 12]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/institucional/etica-publica/Principios%20da%20Administracao%20Publica.pdf>.

Brown J, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman TR, Kasperski JM. Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? J Interprof Care. 2011;25:4-10

Cambé. Prefeitura Municipal de Cambé. Lei nº 1.718/03. Dispõe sobre o Estatuto dos Servidores da Administração Direta, das Autarquias e das Fundações Municipais. Publicado no Jornal Oficial do Município em 19 de dezembro de 2003. [citado 2012 out. 01]. Disponível em: http://sapl.cmcambe.pr.gov.br/sapl_documentos/norma_juridica/440_texto_integral.

Cambé. Prefeitura Municipal de Cambé. Lei Complementar nº 05/2005. Dispõe sobre a Estrutura Administrativa da Prefeitura Municipal de Cambé e dá outras providências. Jornal Oficial do Município, 27 de julho de 2005.

Cambé. Lei Complementar nº 019/2009, de 22 de maio de 2009. Acresce e modifica a Estrutura Organizacional da Prefeitura Municipal de Cambé, Lei Complementar nº. 05/2005 e dá outras providências. Jornal Oficial do Município, 22 de maio de 2009.

Cambé. Prefeitura do Município de Cambé. Plano Municipal de Saúde 2010/2011.

Campos GWS, Merhy, EE, Nunes ED. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec; 1989.

Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(4):863-70.

Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000.

Campos GWS. Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 229-66.

Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento; 1997.

Carvalho AI. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM; 1995.

Carvalho BG, Peduzzi M, Mandú ENT, Ayres JRCM. Work and Inter-subjectivity: a theoretical reflection on its dialectics in the field of health and nursing. *Rev Lat Am Enferm*. 2012;20(1):19-26.

Cecílio LCO. Pensando mecanismos que facilitam o controle social como estratégia para a melhoria dos serviços públicos de saúde. *Divulg Saúde Deb*. 1999a;23(53):30-6.

Cecílio LCO. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999b;4(2):315-29.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p. 113-27.

Cecílio LCO. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):508-16.

Cecílio LCO. Micropolítica e hospital: elementos teóricos. [Tese de livre docência]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2007a.

Cecílio LCO. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2007b;11(22):345-51.

Cecílio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2009;13(1):545-55.

Cecílio LCO. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(3):557-66.

Cecílio LCO, Moreira ME. Mecanismos de controle, disputa de interesses e conflitos: a trama de poder nas organizações de saúde. *Rev Adm Pública*. 2002;36(4):587-608.

Cecílio LCO, Andreazza R, Carapinheiro G, Araújo EC, Oliveira LA. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc Saúde Coletiva*. No prelo. [citado 2012 set. 17]. Disponível em http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=11038.

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(4):975-86.

Ciampone MHT, Kurcgant P. Gerenciamento de conflito e negociação. In: Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 54-65.

Ciampone MHT; Melleiro MM. O planejamento e o processo decisório como instrumento do processo de trabalho gerencial. In: Kurmpgant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p 38-53.

Claus SM. Competências para o Gerenciamento de Processos de Trabalho na Atenção Básica: Contribuições para a formação e a atuação de profissionais da saúde. [Tese] Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2005.

Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1417-23.

Corradi EM, Zgoda LTRW, Paul MFB. O gerenciamento de conflitos entre a equipe de enfermagem. *Cogitare enferm*. 2008;13(2):184-193.

Cubas MR. Planejamento local: a fala do gerente de unidade básica de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(03):278-83.

Dejours C. Trabalho, Subjetividade e Ação. *Rev Produção*. 2004;14(3):27-34.

Dias MAE, Cunha FTS, Amorim WM. Estratégias gerenciais na implantação do programa de saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(5):513-8.

Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

Ermel RC, Fracoli LA. Processo de trabalho de gerência: uma revisão da literatura. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37(2):89-96.

Etzioni A. Organizações modernas. 8ª ed. São Paulo: Pioneira; 1989.

Farias LO, Vaitsman J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(5):1229-41.

Fernandes LCL, Machado RZ, Anschau GO. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):1541-52.

Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2005;9(18):489-506.

Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 1-13.

Fernandes MC, Barros AS, Silva LMS, Nóbrega MFB, Silva MRF, Torres RAM. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1):11-5.

Ferreira, ABH. Mini Aurélio: O Dicionário da Língua Portuguesa. 8ª ed. Curitiba: Positivo; 2010.

Ferreira AS. Competências Gerenciais para Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(1):69-76.

Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. Team work in a family health care program: the team process concept and operational teams. *Rev Lat Am Enferm*. 2005;13(2):262-8.

Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 35ª ed. Petrópolis: Vozes; 2008.

Fracoli LA, Egry EY. Processo de Trabalho de Gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? *Rev Lat Am Enferm*. 2001;9(5):13-8.

Freitag B. Dialogando com Jürgen Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2005.

Frigotto G. Tecnologia. In: Pereira IB, Lima JCF, coordenador. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ministério da Saúde; 2006, p.243-57.

Gil CRR, Martin GB, Gutierrez PR. A organização dos Serviços de saúde de Londrina e região: uma experiência concreta do processo de municipalização. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Junior L, organizadores. Bases da Saúde Coletiva. Londrina, Rio de Janeiro: UEL/ ABRASCO; 2001. p.61-91.

Goldim JR. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. Porto Alegre: Dacasa; 2000.

Gonçalves VLM, Leite MMJL. Diagnóstico situacional de um processo de avaliação de desempenho profissional. Rev Bras Enferm. 2004;57(4):430-3.

Gonçalves MAS. Teoria da ação comunicativa de Habermas: possibilidades de uma ação educativa de cunho interdisciplinar na escola. Cad CEDES. 1999;20(66):125-40.

Göttems LBD, Pires MRGM. Para Além da Atenção Básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. Saúde Soc. 2009;18(2):189-98.

Guerra ST, Prochnow AG, Fontoura CMH, Santos JLG. El conflicto en la gerencia de enfermería: un análisis de la producción científica brasileña. Index Enferm. 2010;19(2-3):147-51.

Guerra ST, Prochnow AG, Trevizan MA, Guido LA. Conflict in nursing management in the hospital context. Rev Lat Am Enferm. 2011;19(2):362-9.

Habermas J. Consciência moral e agir comunicativo. 2ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2003.

Habermas J. Técnica e Ciência como "Ideologia". Lisboa/Portugal: Edições 70; 2006.

Haddad F. Dialética da comunicação imperfeita. In: Haddad F. Trabalho e Linguagem. Rio de Janeiro: Azougue Editorial; 2004. p.17-60.

Honneth A. Luta por Reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Editora 34; 2003.

Instituto Paranaense de desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). Caderno Estatístico Município de Cambé. 2012. [citado 2012 nov. 18]. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=86180&btOk=ok>.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS). Schiavinatto F, organizador. Brasília: IPEA: 2011. [citado 2012 out. 26] Disponível em:

http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_sistemaindicadores_sips_01.pdf.

Lalande A. Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

Lanzoni GMM, Lino MM, Luzardo AR, Meirelles BHS. Planejamento em Enfermagem e Saúde: uma revisão integrativa da literatura. Rev Enferm UERJ. 2009;17(3):430-5.

Lazzarato M, Negri A. Trabalho Imaterial: formas de vida e produção de subjetividade. Rio de Janeiro: DP&A; 2001.

Leite MMJ, Gualda DMR, Gonçalves VLM, Castilho V, Ortiz DCF, Carmo DRB, et al. Análise do instrumento utilizado no processo de avaliação de desempenho da equipe de enfermagem do Hospital Universitário da USP. Rev Esc Enferm USP. 1999;33(3):265-78.

Londrina. Prefeitura do Município de Londrina. Decreto Nº 275 de 30 de abril de 2007. Súmula: Aprova o Regimento Interno da Autarquia Municipal de Saúde. Jornal Oficial do Município de Londrina. Ano X, n.º 849, Publicação Semanal, Quinta-feira, 10 de maio de 2007. [citado 2010 mar 12]. Disponível em: http://home.londrina.pr.gov.br/jornal_oficial/index.php

Long S. Primary health care team workshop: team members' perspectives. J Adv Nurs. 1996;23(935-41).

Lopes NM. Recomposição Profissional da Enfermagem: estudo sociológico em contexto hospitalar. 1ª Ed. Coimbra: Quarteto; 2001.

Lukes S. Poder: uma visão radical. Brasília: UnB; 1980.

Lunardi Filho WD. A autonomia profissional do enfermeiro. Enferm Brasil, 2007;6(3):1-2.

Machado FRS. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. Rev Direito Sanit. 2008;9(2):73-91.

Macinko JGF, Souza F. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. J Epidemiol Community Health. 2006; 60:13-9.

Magalhães HM Jr. Prefácio. IN: Silva SF, organizador. Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA; 2008. p.7-10.

Mandu ENT, Almeida MCP. Necessidades em Saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. Rev Bras Enferm. 1999;52(1):54-66.

Marx K. O capital. 14^a ed. São Paulo: Difel; 1994. v.1.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: uma reflexão a cerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R e Mattos RA, organizadores. Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p.39-64.

Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no programa saúde da família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Interface Comunic Saúde Educ. 2005; 9(16):9-24.

Meirelles DS. O conceito de serviço. Rev Econ Polit. 2006;26(1):119-36.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 1992. (Cadernos CEFOR, 1 - Série Textos).

Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.

Mendes EV, Teixeira CF, Araújo EC, Cardoso MRL. Distritos Sanitários: conceitos chave. In: Mendes EV, organizador. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; 1993. p.159-85.

Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. Ciênc Saúde Coletiva. 1999;4(2):305-14.

Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo. 3^a. ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

Merhy EE, Cecilio LCO. O singular processo de coordenação dos hospitais. Saúde Debate. 2003;27(64):110-22.

Merhy, EE, Franco, TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. Saúde Debate. 2003;27(65):316-23.

Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde: 9^a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Minayo MCS. Introdução. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. Caminhos do Pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002a. p. 17-30. (Coleção criança, Mulher e Saúde).

Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento Social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. Caminhos do Pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002b. p. 83-108. (Coleção criança, Mulher e Saúde).

Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Mintzberg H. Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações. São Paulo: Atlas; 1995.

Mishima SM. Constituição do gerenciamento local na Rede Básica de Saúde em Ribeirão Preto [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1995.

Mishima SM, Villa TCS, Silva EM, Gomes ELR, Anselmi ML, Pinto IC, et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida MCP, Rocha SM, organizadores. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p. 251-96.

Moraes SCC, Meneghel SN. Oficinas de contos e narrativas: produções discursivas de cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Rev Mal-Estar Subj. 2009;9(4):1303-22.

Morgan G. Imagens da Organização. São Paulo: Atlas S/A; 1996.

Motta PR. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. 4ª ed. Rio de Janeiro/ São Paulo: Record; 1994.

Navarro VL, Padilha V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. Psicol Soc. 2007;19(1):14-20.

Schmidt Neto AP. A judicialização da política e das relações sociais no Brasil. Rev Faculdade Direito UniRitter. 2009;(10):83-96.

Nobre M, Repa L. Entrevista com Axel Honneth. Folha de S. Paulo. 2008 jun. 11. [citado 2010 jan. 27]. Disponível em: <http://penetralia-penetralia.blogspot.com/2008/06/entrevista-com-axel-honneth-na-folha.html>

Nogueira RP. O trabalho em Serviços de Saúde in: Brasil. Ministério da Saúde. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do distrito sanitário- Projeto GERUS. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1995 p.241-4.

Nunes EFPA. Gestão do processo de trabalho na rede de atenção básica de saúde em municípios de pequeno porte da região norte do Paraná. Projeto de pesquisa cadastrado na Universidade Estadual de Londrina sob nº 6919. Londrina, 2010.

Onocko Campos, RT. A gestão como espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos GWS, organizador. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003, p.122-49.

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata. URSS; 1978. [citado 2009 mai. 26]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

Paschoal AS, Mantovani MF, Meier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(3):478-84.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001;35(1):103-9.

Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Trabalho Educ Saúde. 2002;1(1):75-91.

Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Peduzzi M, Guerra DA, Braga CPB, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. Interface Comunic Saúde Educ. 2009;13(30):121-34.

Peduzzi M, Carvalho BG, Mandu ENT, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. Physis Rev Saúde Coletiva. 2011;21(2):629-46.

Penna CMM, Alves M, Brito MJM, Abreu T, Soares CE. O trabalho do gerente no cotidiano das unidades básicas de saúde. *REME Rev Min Enf*. 2004;08(04):455-63.

Pinheiro ALS. Gerência de enfermagem em unidades básica: a informação como instrumento para a tomada de decisão. *Rev APS*. 2009;12(03): 262-70.

Pinzani A. Habermas. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Piovesan A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(4):318-25.

Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume; 1998.

Prochnow AG, Leite JL, Erdmann AL, Trevizan MA. O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(4):542-50.

Ricouer P. *Percorso do reconhecimento*. São Paulo: Loyola; 2006.

Ricouer P. *Hermenêutica e Ideologias*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2008.

Ricouer P. The Model of the Text: meaningful action considered as a text. In: *New Literary History. What Is Literature?* The Johns Hopkins University Press; 1973. p. 91-117. [citado 2012 jul. 07]. Disponível em:

http://tucnak.fsv.cuni.cz/~kabele/Rican/Ricoeur/Ricoeur_Meaningful%20Action%20Considered%20as%20a%20Text.pdf

Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. 349p.

Rivera FJU. Cultura e Liderança Comunicativa. In: Rivera FJU. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 185-218.

Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: Rivera FJU. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 17-35.

Saavedra GA, Sobottka EA. Introdução à teoria do reconhecimento de Axel Honneth. *Civitas Rev Ciênc Sociais*. 2008;8(1):9-18.

Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício do julgar e decidir no trabalho em medicina. *Interface Comunic Saúde Educ*. 1997;1(1):123-38.

Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanheira ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):221-42.

Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MI, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 29-47. (Coleção Saúde em Debate).

Sena RR, Silva KL, Leite JCA, Maia CCA, Braga PP. A gerência em unidades básica de saúde: um desafio para a qualidade da assistência. *REME Rev Min Enferm*. 2002; 6(½):40-7.

Silva SF. Aperfeiçoando as redes regionalizadas de atenção à saúde e implantando o pacto: diretrizes operacionais. In: Silva SF, organizador. *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Campinas, SP: IDISA; 2008. p. 151-81.

Silva JPV, Pinheiro R, Machado FRS. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. *Saúde Debate*. 2003;17(65):234-42.

Souza GC. Trabalho em equipe: instrumento para o processo de trabalho de enfermagem em instituição hospitalar. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Spagnol CA. A trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem no contexto da instituição hospitalar: como explicar seus “nós”? [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Spagnol CA, Santiago GR, Campos BMO, Badaró MTM, Vieira JS, Silveira APO. Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):803-11.

Spagnol CA, L'Abbate S. Conflito organizacional: considerações teóricas para subsidiar o gerenciamento em enfermagem. *Ciênc Cuid Saude*. 2010;9(4):822-7.

Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2010;20(3):953-72.

Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade, saúde e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Teixeira RR. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a transformação do sujeito na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001;6(1):49-61.

Thiollent MJM. *Crítica Metodológica, investigação social e enquete operária*. 5ª ed. São Paulo: Polis; 1987.

Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. 1ª ed. 15ª reimpressão. São Paulo: Atlas; 2007.

Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(02):443-53.

Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1996;120(6): 472-81.

World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever*. [citado 2010 mar. 18]. Disponível em <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>

Yin RK. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.

APÊNDICE 1

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Londrina, --- de ----- de 2010.

Ilma Sr. Secretário (a) Municipal de Saúde de _____

Prezado (a) Senhor (a):

Eu, Brígida Gimenez Carvalho, aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP, estou realizando a pesquisa intitulada: Coordenação de unidade da Atenção Básica no SUS: a interlocução com os trabalhadores de saúde.

O objetivo desse estudo é o de analisar a gestão do trabalho na rede de atenção básica do SUS, buscando compreender como os processos de reconhecimento e desrespeito se relacionam com as situações de conflito entre trabalhadores e coordenadores de unidades básicas de saúde, no cotidiano de trabalho. Visa também compreender as fragilidades deste processo, bem como contribuir para o desenvolvimento de tecnologias de gestão em saúde adequadas para a Atenção Básica.

Para que a pesquisa possa ser desenvolvida, solicitamos sua autorização para coletar os dados junto aos profissionais que compõe as equipes das unidades básicas de saúde do município. Os instrumentos de coleta e análise dos dados estão detalhados no projeto anexo.

Esclareço que o projeto respeita os preceitos éticos contidos na Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, e conta com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP.

Em caso de dúvidas, estarei à disposição para esclarecê-la pelos telefones (43) 33712398, (43) 99966597.

Atenciosamente

Brígida Gimenez Carvalho

Pesquisadora

Ciente e de acordo: _____

Secretario (a) Municipal de Saúde de _____

Assinatura: _____

_____/_____/____.

APÊNDICE 2

Questionário a aplicado aos coordenadores de UBS dos municípios da 17ª Regional de Saúde

Nome do município:

Nome do entrevistado:

Número da entrevista:

Data da entrevista:

Perfil dos Gerentes de Unidades de Saúde

1. Qual a sua faixa etária?
 - () Menos de 20 anos
 - () De 20 a menos de 30 anos
 - () De 30 a menos de 40 anos
 - () De 40 a menos de 50 anos
 - () De 50 a menos de 60 anos
 - () De 60 anos e mais
2. Sexo: ()Feminino ()Masculino
3. Formação:
 - () Ensino fundamental (1º grau) incompleto
 - () Ensino fundamental (1º grau) completo
 - () Ensino médio (2º grau) incompleto
 - () Ensino médio (2º grau) completo
 - () Superior incompleto
 - () Superior completo
 - () Pós graduação
- 3.1. Se está cursando o ensino superior ou se já concluiu, qual o(s) curso(s) de graduação? _____
4. Se tem pós graduação, qual o curso:
 - Residência ou Especialização: _____
 - Mestrado: _____
 - Doutorado: _____
5. Há quanto tempo concluiu a formação de mais alto grau?
 - ____ anos ou () menos de 1 ano
6. Tempo de atuação profissional: ____ anos ou () menos de 1 ano
7. Tempo que atua nesta unidade: ____ anos ou () menos de 1 ano
8. Tipo de vínculo funcional
 - () funcionário publico (estatutário)
 - () CLT (vinculo com município)

- () CLT (vínculo terceirizado com ONG/OSCIP/associação)
 () prestação de serviços (sem contrato formal de trabalho)
 () outro _____
9. Carga Horária semanal de trabalho?
 () 20hs () 30hs () 40hs () outra _____
10. Possui outro vínculo de trabalho?
 () sim () não. Se sim especifique (função, instituição, carga horária semanal, há quanto tempo, tipo de vínculo)

11. Você está inserido na Equipe de Saúde da Família?
 () sim () Não Se sim ____ anos ou () menos de 1 ano
12. Tempo que atua como gerente nesta unidade de saúde?
 ____ anos ou () menos de 1 ano
13. Como foi a indicação para o cargo de gerente?
 () indicada pelo secretário/diretor de saúde
 () indicada pelos trabalhadores da unidade
 () de outra maneira – especificar _____
 () não sabe
14. Já atuou como gerente em outra unidade?
 () sim () não. Se sim, por quanto tempo? _____
15. Você fez algum curso que o preparou para o desempenho da função gerencial? () Sim () Não
- 15.1. Se sim especifique (qual curso, quando, instituição que promoveu)

16. No cotidiano do trabalho gerencial você realiza?
- 16.1. Reunião com a equipe da unidade
 () sim () não. Se sim qual a periodicidade? _____
- 16.2. Conhece os Indicadores de Saúde do seu Território do ano de 2009?
- Cobertura vacinal em menos de 1 ano () Sim () Não
 - Coeficiente de Mortalidade Infantil (ou nº absoluto)
 () Sim () Não
 - Cobertura de Hipertensos e Diabéticos () Sim () Não
 - Cobertura de Citologia Oncótica () Sim () Não
 - Número de casos de Dengue () Sim () Não
 - Cobertura de 1ª consulta odontológica programática

() Sim () Não

- Números de pessoas com tuberculose em tratamento

() Sim () Não

- Outros: _____

16.3. Conhece a pactuação de metas e Indicadores de Saúde do Município? () Sim () Não

16.3.1. Se sim, discutiu esses indicadores com os trabalhadores da unidade de Saúde? () Sim () Não

16.4. Realiza planejamento de ações/serviços () Sim () Não

16.4.1. Se sim, cite as ações planejadas e descreva como realizou o planejamento de uma atividade?

16.5. Realiza avaliação de ações / serviços () Sim () Não.

16.5.1. Se sim, para qual serviço e periodicidade?

16.6. Quais fontes de informação utiliza para o planejamento e avaliação das ações e serviços?

() SIAB () SIA () SIM () SINASC () HIPERDIA

() SISPRENATAL () Relatório e registros próprios da UBS / Prefeitura () Outros: _____

16.7. Realiza avaliação dos trabalhadores de saúde () Sim () Não

16.7.1. Se sim, qual a periodicidade? _____

16.8. Realiza ações de Educação Permanente com os trabalhadores da UBS? () Sim () Não

16.8.1. Se sim, descreva uma atividade desenvolvida?

Reunião com a comunidade () Sim () Não Se sim, qual o objetivo da reunião e a periodicidade?

APÊNDICE 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Questionário com coordenadores de UBS – 1ª Fase

Sou Brígida Gimenez Carvalho, professora do Departamento de Saúde Coletiva da UEL e estou cursando o Doutorado em Gerenciamento em Enfermagem na Escola de Enfermagem da USP, sob orientação da professora Marina Peduzzi, desenvolvendo a pesquisa “Coordenação de unidade da Atenção Básica no SUS: a interlocução com os trabalhadores de saúde”. Esta é uma primeira fase da pesquisa e consiste em um estudo exploratório, no qual será caracterizado o perfil dos gerentes das unidades básicas de saúde e os mecanismos de gestão utilizados, e tem como objetivo conhecer de forma mais aprofundada o campo de desenvolvimento da pesquisa e o contexto onde ele se insere, de modo que o estudo a seguir possa ser realizado com maior compreensão e precisão. A segunda fase da pesquisa terá como finalidade compreender como se processa a interação entre a coordenação da unidade e os trabalhadores de saúde, no cotidiano, com destaque para os tensões e conflitos presentes nesta interação e caso tenha interesse em participar das próximas etapas, poderá ser convidado(a) a participar

Desta forma, gostaria de contar com sua participação nesta fase da pesquisa, respondendo o questionário, contendo perguntas fechadas e abertas que buscam informações sobre dados de identificação e sobre o tema pesquisado. Asseguro-lhe o caráter científico desta investigação e o esclarecimento de quaisquer dúvidas a respeito de seu desenvolvimento, antes e durante o curso da pesquisa, na qual sua participação é estritamente voluntária, sendo-lhe permitido recusar a participar ou retirar este consentimento em qualquer fase, sem nenhuma penalização ou prejuízo pessoal ou institucional. Também lhe é garantido que as informações/opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes, não havendo identificação pessoal ou institucional, tendo em vista que as informações fornecidas serão confidenciais. Caso concorde em participar lhe será entregue uma via deste termo de consentimento, ficando a outra via de posse da pesquisadora, posteriormente arquivada. Os benefícios relacionados à sua participação dizem respeito à contribuição dada para ampliar o conhecimento sobre o gerenciamento do trabalho no cotidiano da atenção básica do SUS, bem como contribuirá para o desenvolvimento de tecnologias de gestão propícias ao fortalecimento da atenção básica.

Em caso de dúvidas, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora Brígida Gimenez Carvalho pelos telefones (43) 33712398, (43) 99966597, ou contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP pelo fone (11) 30617548 ou pelo email: edipesq@usp.br.

Atenciosamente

Brígida Gimenez Carvalho

Pós-graduanda do Programa de Gerenciamento em Enfermagem
da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Eu, _____
como informante, afirmo que fui devidamente orientado(a) sobre a finalidade e objetivos da referida pesquisa e esclarecida(o) de que as informações que forneci serão tratadas sigilosamente e utilizadas somente para fins deste trabalho, tendo a garantia de que meu nome será mantido em sigilo. Não apresentando dúvidas, concordo em responder as perguntas e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento em qualquer fase da investigação.

_____, de _____ de _____.

Assinatura

APÊNDICE 4

ROTEIRO – GRUPO FOCAL COM COORDENADORES DE UBS

1ª SESSÃO:

1. Qual o trabalho desenvolvido pela coordenação junto à equipe de trabalhadores da unidade básica de saúde?
2. Quais os objetivos e finalidade do trabalho da coordenação (para que ele faz este trabalho) - (necessidades dos usuários e da população do território, necessidades dos trabalhadores, gestor e políticas públicas);
3. Quais os instrumentos e estratégias utilizadas na interação com os trabalhadores? (dar exemplos- reunião com equipe, colegiado, espaços informais – cozinha, corredor, etc).
4. Existe negociação com a equipe/trabalhadores na organização do processo de trabalho? Quem participa? (os problemas do trabalho são discutidos com os trabalhadores? De que forma? Como são tomadas as decisões sobre o funcionamento de ações e serviços que a UBS oferece? Todos os trabalhadores têm espaços de fala/escuta? Os usuários participam? Se sim, de que forma)
5. Como os trabalhadores são informados de mudanças, rotinas da UBS?

2ª SESSÃO:

Resgatar a discussão feita na 1ª sessão:

- O sentimento de estar na coordenação, o cotidiano do trabalho na coordenação, a finalidade do trabalho de vocês e os problemas vivenciados.
- Relembrar aspectos éticos da participação nesta discussão (garantia de sigilo e anonimato dos participantes).

Nesta segunda sessão a proposta é que a discussão tenha como foco a vida de vocês com tensões e/ou conflitos envolvendo a equipe da UBS.

6. A primeira questão é se vocês lidam com tensões e conflitos no cotidiano de trabalho como coordenadores?
7. Se sim, peço que você relembre uma situação vivida envolvendo uma situação de tensão, conflito ou de desrespeito na unidade. Descreva esta situação, relatando com detalhes os motivos, as pessoas envolvidas, o desenrolar da situação e seu desfecho. Podem expressar sentimentos, dúvidas emoções e reflexões e se possível faça transparecer o cenário onde ocorreu o fato (evite citar nomes reais para não identificar os envolvidos). – dar 15 minutos para a redação da narrativa.
8. Vamos ler as narrativas
9. Após leitura, é possível identificar semelhanças e diferenças nestes casos relatados?
 - Explorar quais são os principais conflitos e a que são atribuídos?
 - Se percebem a existência de situações de desrespeito relacionadas ao conflito.
 - Como lidam com essas tensões/conflitos? Que dificuldades sentem (pedir para dar exemplos);
10. Que sugestões têm para se trabalhar com isso? Que expectativa tem de retorno/ devolutiva para ajudá-los nesta questão?

APÊNDICE 5

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para entrevista em grupo (grupo focal) com coordenadores de UBS

Sou Brígida Gimenez Carvalho, professora do Departamento de Saúde Coletiva da UEL e estou cursando o Doutorado em Gerenciamento em Enfermagem na Escola de Enfermagem da USP, sob orientação da professora Marina Peduzzi, desenvolvendo a pesquisa “Coordenação de unidade da Atenção Básica no SUS: a interlocução com os trabalhadores de saúde”. Esta pesquisa tem como finalidade compreender como os processos de reconhecimento ou de desrespeito se relacionam com as situações de conflito vivenciados pela equipe da unidade de saúde no cotidiano do trabalho. Tem como objetivos específicos: a) Identificar as principais tensões e conflitos presentes no cotidiano do trabalho; b) analisar que lógicas orientam a interação entre a coordenação local e os trabalhadores e sua relação com a manifestação e o manejo das tensões e conflitos no trabalho e c) Identificar e analisar os recursos que a coordenação local utiliza no enfrentamento dos conflitos. Como resultado deste trabalho, pretendo propor estratégias de intervenção, direcionadas para a formação e qualificação profissional dos coordenadores e demais integrantes da equipe de saúde.

Desta forma, gostaria de contar com sua participação nesta fase da pesquisa, - entrevista coletiva (grupo focal), autorizando-nos a gravação das conversas que ocorrerão no grupo. Asseguro-lhe o caráter científico desta investigação, e o esclarecimento de quaisquer dúvidas a respeito de seu desenvolvimento, antes e durante o curso da pesquisa, na qual sua participação é estritamente voluntária, sendo-lhe permitido recusar a participar ou retirar este consentimento em qualquer fase, sem nenhuma penalização ou prejuízo pessoal ou institucional. Também lhe é garantido o anonimato, não havendo identificação pessoal ou institucional, tendo em vista que as informações fornecidas serão confidenciais. Gostaria ainda de solicitar que as discussões tidas no grupo focal não sejam, de forma alguma, divulgadas por você em outro ambiente, visando garantir os preceitos éticos desta investigação. Sua participação não lhe trará nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa; e lhe será entregue uma via deste termo de consentimento, ficando a outra via de posse da pesquisadora, posteriormente arquivada. Os benefícios relacionados à sua participação dizem respeito à contribuição dada para ampliar o conhecimento sobre o gerenciamento de conflitos no cotidiano de trabalho da atenção básica do SUS, bem como contribuirá para o desenvolvimento de tecnologias de gestão em saúde propícias ao fortalecimento da atenção básica.

Em caso de dúvidas, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora Brígida Gimenez Carvalho pelos telefones (43) 33712398, (43) 99966597, ou contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP pelo fone (11) 30617548 ou pelo email: edipesq@usp.br.

Atenciosamente

Brígida Gimenez Carvalho

Pós-graduanda do Programa de Gerenciamento em Enfermagem
da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Eu, _____ aceito
participar da entrevista em grupo (grupo focal) da Pesquisa
“Coordenação da Atenção Básica no SUS: a interlocução com os
trabalhadores da unidade de saúde”, e estou ciente de que a
entrevista será gravada e seus resultados tratados sigilosamente e
que caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade
de retirar este consentimento.

_____, de _____ de _____.

Assinatura

APÊNDICE 6

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO COTIDIANO DE TRABALHO DA UBS

Registro da observação em um caderno de campo

1. Observar como lida com as demandas e atividades não programadas (se agenda ou resolve na hora, se conta com auxílio de outras pessoas na UBS, ou encaminha para outro nível gerencial);
2. Observar que instrumentos o coordenador utiliza para o desenvolvimento do trabalho gerencial (negociação, comunicação com os trabalhadores da UBS e população usuária do serviço, com a população do território e com outros serviços; conhecimentos epidemiológicos e demográficos, planejamento, avaliação de serviços e servidores, etc)
3. Observar situações que envolvem a interação entre o coordenador e trabalhadores da UBS e:
 - Caracterizar em que espaços ocorre a interação: reuniões formais, espaços informais (cozinha, corredor, um atendimento conjunto);
 - Identificar qual ação/atividade motiva a interação;
 - Observar que situações são levadas pelos trabalhadores ao coordenador, como se dá a interlocução;
4. Observar se há manifestação de desrespeito na relação entre os trabalhadores, entre estes e usuários e entre estes e a coordenação e como se manifestam? (Como chegam ao coordenador);
5. Observar como se dá o enfrentamento destas situações (Qual estratégia utiliza na abordagem/enfrentamento dos mesmos: se desconsidera, se conversa com os envolvidos, se encaminha para outro nível gerencial);

APÊNDICE 7

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Observação direta do cotidiano de trabalho das UBS

Sou Brígida Gimenez Carvalho, professora do Departamento de Saúde Coletiva da UEL e estou cursando o Doutorado em Gerenciamento em Enfermagem na Escola de Enfermagem da USP, sob orientação da professora Marina Peduzzi, desenvolvendo a pesquisa “Coordenação de unidade da Atenção Básica no SUS: a interlocução com os trabalhadores de saúde”. Esta pesquisa tem como finalidade compreender como os processos de reconhecimento ou de desrespeito se relacionam com as situações de conflito vivenciados pela equipe da unidade de saúde no cotidiano do trabalho. Tem como objetivos específicos: a) Identificar as principais tensões e conflitos presentes no cotidiano do trabalho; b) analisar que lógicas orientam a interação entre a coordenação local e os trabalhadores e sua relação com a manifestação e o manejo das tensões e conflitos no trabalho e c) Identificar e analisar os recursos que a coordenação local utiliza no enfrentamento dos conflitos. Como resultado deste trabalho, pretendo propor estratégias de intervenção, direcionadas para a formação e qualificação profissional dos coordenadores e demais integrantes da equipe de saúde.

Assim, gostaria de contar com sua autorização nesta fase da pesquisa – observação direta, permitindo-me observar e acompanhar seu cotidiano de trabalho na coordenação da unidade de saúde. Asseguro-lhe o caráter científico desta investigação, e o esclarecimento de quaisquer dúvidas a respeito de seu desenvolvimento, antes e durante o curso da pesquisa, na qual sua participação é estritamente voluntária, sendo-lhe permitido recusar a participar ou retirar este consentimento em qualquer fase, sem nenhuma penalização ou prejuízo pessoal ou institucional. Também lhe é garantido que as observações realizadas em seu ambiente de trabalho serão identificadas por códigos, sendo que, no conjunto da análise, a observação não será identificada nominalmente, e os registros decorrentes da observação serão destruídos após a análise. Sua autorização não lhe não causará nenhum dano, risco ou qualquer custo financeiro à sua pessoa e equipe da unidade de saúde, tendo em vista que as observações realizadas serão confidenciais. Caso autorize a observação lhe será entregue uma via deste termo de consentimento, ficando a outra via de posse da pesquisadora, posteriormente arquivada. Os benefícios relacionados à sua participação dizem respeito à contribuição dada para ampliar o conhecimento sobre o gerenciamento de conflitos no cotidiano de trabalho da atenção básica do SUS, bem como contribuirá para o desenvolvimento de tecnologias de gestão em saúde propícias ao fortalecimento da atenção básica.

Em caso de dúvidas, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora Brígida Gimenez Carvalho pelos telefones (43) 33712398, (43) 99966597, ou contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP pelo fone (11) 30617548 ou pelo email: edipesq@usp.br.

Atenciosamente

Brígida Gimenez Carvalho

Pós-graduanda do Programa de Gerenciamento em Enfermagem
da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Eu, ----- aceito que a observação seja realizada no meu local de trabalho, em data previamente agendada e estou ciente de que os resultados serão tratados sigilosamente e que, caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

_____, de _____ de _____.

Assinatura

APÊNDICE 8

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM TRABALHADORES

1. Como são definidas as questões relacionadas à organização do processo de trabalho? (Quem define o que e como dever ser feito na UBS – uma rotina de agendamento de exame, de consulta, o atendimento à demanda espontânea, atendimento à demanda programática, etc). E o coordenador participa? E os demais trabalhadores participam?
2. De que forma? Existe diálogo? Como ele ocorre e que espaços se dá: formais e informais; discute e partilha decisões a serem tomadas? A conversa é com o conjunto dos trabalhadores ou há algum interlocutor/representante por turno, neste caso como as decisões são informadas ao conjunto dos trabalhadores.
3. Você identifica situações de desrespeito envolvendo os trabalhadores na UBS? A que você atribui? Me fale a respeito dessa situação.
4. Nesta UBS os trabalhadores tem seu trabalho reconhecidos pelo gerência? E pelos parceiros e trabalho? E pelos usuários?
5. E os usuários são reconhecidos (enquanto cidadão e portador de necessidades) pela gerência? E pelos trabalhadores?
6. Existe dificuldade na interação entre os trabalhadores, entre estes e os usuários do serviço e entre os trabalhadores e a coordenação da UBS no cotidiano do trabalho? (pedir para darem exemplos). Se sim a que atribui a dificuldade?
7. Em caso afirmativo, essas dificuldades geram conflitos? Quais conflitos e como a coordenação lida com eles?
8. Descreva um conflito vivenciado na unidade, qual foi a causa e o que foi feito neste caso? (pedir para dar exemplo e relatar caso que considera ilustrar os conflitos observados).

APÊNDICE 9

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para entrevista semi-estruturada com trabalhadores de UBS

Sou Brígida Gimenez Carvalho, professora do Departamento de Saúde Coletiva da UEL e estou cursando o Doutorado em Gerenciamento em Enfermagem na Escola de Enfermagem da USP, sob orientação da professora Marina Peduzzi, desenvolvendo a pesquisa “Coordenação de unidade da Atenção Básica no SUS: a interlocução com os trabalhadores de saúde”. Esta pesquisa tem como finalidade compreender como os processos de reconhecimento ou de desrespeito se relacionam com as situações de conflito vivenciados pela equipe da unidade de saúde no cotidiano do trabalho. Tem como objetivos específicos: a) Identificar as principais tensões e conflitos presentes no cotidiano do trabalho; b) analisar que lógicas orientam a interação entre a coordenação local e os trabalhadores e sua relação com a manifestação e o manejo das tensões e conflitos no trabalho e c) Identificar e analisar os recursos que a coordenação local utiliza no enfrentamento dos conflitos. Como resultado deste trabalho, pretendo propor estratégias de intervenção, direcionadas para a formação e qualificação profissional dos coordenadores e demais integrantes da equipe de saúde.

Desta forma, gostaria de contar com sua participação nesta fase da pesquisa, - entrevista semi-estruturada, autorizando-me a gravação desta entrevista. Asseguro-lhe o caráter científico desta investigação e o esclarecimento de quaisquer dúvidas a respeito de seu desenvolvimento, antes e durante o curso da pesquisa, na qual sua participação é estritamente voluntária, sendo-lhe permitido recusar a participar ou retirar este consentimento em qualquer fase, sem nenhuma penalização ou prejuízo pessoal ou institucional. Também lhe é garantido o anonimato, não havendo identificação pessoal ou institucional, tendo em vista que as informações fornecidas serão confidenciais. Sua participação não lhe trará qualquer custo financeiro; e lhe será entregue uma via deste termo de consentimento, ficando a outra via de posse da pesquisadora, posteriormente arquivada. Os benefícios relacionados à sua participação dizem respeito à contribuição dada para ampliar o conhecimento sobre o gerenciamento de conflitos no cotidiano de trabalho da atenção básica do SUS, bem como contribuirá para o desenvolvimento de tecnologias de gestão em saúde propícias ao fortalecimento da atenção básica.

Em caso de dúvidas, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora Brígida Gimenez Carvalho pelos telefones (43) 33712398, (43)

99966597, ou contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP pelo fone (11) 30617548 ou pelo email: edipesq@usp.br.

Atenciosamente

Brígida Gimenez Carvalho

Pós-graduanda do Programa de Gerenciamento em Enfermagem
da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Eu, _____ aceito
participar da entrevista da Pesquisa “Coordenação da Atenção
Básica no SUS: a interlocução com os trabalhadores da unidade de
saúde”, e estou ciente de que a entrevista será gravada e seus
resultados tratados sigilosamente e que caso não queira mais
participar da investigação, tenho liberdade de retirar este
consentimento.

_____, de _____ de _____.

Assinatura

ANEXO 1

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade
Estadual de Londrina

<p align="center">UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA</p> <p align="center"><small>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</small></p>	
<p align="center">COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná Registro CONEP 268</p>	
Parecer PF Nº 232/09 CAAE Nº 4255.0.000.268-09 FOLHA DE ROSTO Nº 294977	Londrina, 09 de fevereiro de 2010.
PESQUISADORA: ELISABETE DE FÁTIMA POLO DE ALMEIDA NUNES CCS/NESCO	
Prezada Senhora: O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto: <p align="center">"GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA REGIÃO NORTE DO PARANÁ"</p>	
Situação do Projeto: APROVADO	
Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.	
<p align="center">Atenciosamente,</p> <p align="center"> Prof. Dra. Ester M. D. Dalla Costa Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/UEL </p>	

ANEXO 2

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo **UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 23 de novembro de 2010.

Ilm.^a Sr.^a
Brígida Gimenez Carvalho

Ref.: Processo nº 971/2010/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **“Coordenação de Unidade da Atenção Básica no SUS: a interlocução com os trabalhadores de saúde”**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo