

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Curso de Doutorado em Psicologia

**Construindo Ações Coletivas nas Instituições Municipais de Saúde: Bases
para uma Gestão Estratégica Participativa**

Juliana Gomes Cabral de Almeida

BELO HORIZONTE

2016

JULIANA GOMES CABRAL DE ALMEIDA

**Construindo Ações Coletivas nas Instituições Municipais de Saúde: Bases
para uma Gestão Estratégica Participativa**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais como
requisito para a obtenção do Título de Doutora em
Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social

Linha de Pesquisa: Trabalho, Sociabilidade e Saúde

Orientadora: Dra Livia de Oliveira Borges

Coorientador: Dr Francisco de Paula Antunes Lima

BELO HORIZONTE

2016

150 Almeida, Juliana Gomes Cabral de
A447c Construindo ações coletivas nas instituições de saúde
2016 [manuscrito] : bases para uma gestão estratégica
participativa / Juliana Gomes Cabral de Almeida. - 2016.
222 f. : il.

Orientadora: Livia de Oliveira Borges.
Coorientador: Francisco de Paula Antunes Lima.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Saúde pública - Teses .I. Borges,
Livia de Oliveira, 1960- . II. Lima, Francisco de Paula
Antunes . III. Universidade Federal de Minas Gerais.
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. IV. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



ATA DA DEFESA DE TESE DA ALUNA JULIANA GOMES CABRAL DE ALMEIDA

Realizou-se, no dia 25 de fevereiro de 2016, às 13:30 horas, Sala 2084 - Fafich UFMG, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada *Construindo ações coletivas nas instituições municipais de saúde: bases para uma gestão estratégica participativa*, apresentada por JULIANA GOMES CABRAL DE ALMEIDA, número de registro 2012660325, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Livia de Oliveira Borges - Orientador (Universidade Federal de Minas Gerais), Prof(a). Francisco de Paula Antunes Lima (UFMG), Prof(a). Sônia Regina Pereira Fernandes (UFBA), Prof(a). José Marçal Jackson Filho (Fundacentro), Prof(a). Cornelis Johannes Van Stralen (UFMG), Prof(a). Ariane Agnes Corradi (UFMG).

A Comissão considerou a tese:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 25 de fevereiro de 2016.



Prof(a). Livia de Oliveira Borges (Doutor)


Prof(a). Francisco de Paula Antunes Lima (Doutor)


Prof(a). Sônia Regina Pereira Fernandes (Doutora)


Prof(a). José Marçal Jackson Filho (Doutor)


Prof(a). Cornelis Johannes Van Stralen (Doutor)


Prof(a). Ariane Agnes Corradi (Doutora)

Agradecimento

Agradeço, inicialmente, aos mestres que estiveram comigo ao longo deste doutorado, Livia e Chico. As trocas e os diálogos proporcionaram ensinamentos imensuráveis e inesquecíveis. Também, os silêncios e a solidão deste período me fizeram refletir sobre a necessidade de uma maior imersão nos assuntos teórica e empiricamente tratados. O meu muito obrigada porque vocês contribuíram para a consecução de um de meus sonhos: o doutorado.

Aos meus colegas do laboratório (LABLIVIA), que também participaram de minha trajetória e contribuíram para a construção do meu trabalho!

Agradeço, também, à Prof. Dra. Marlene Machado Zica Vianna, que se dedicou à correção deste trabalho com tanto afinho, cuidado e *expertise*. Que me apoiou e me escutou nos últimos dias de construção desta obra.

À Renata Bastos, companheira profissional e acadêmica, por ter me ajudado com as leituras dos textos em francês. E, também, por sua paciência e dedicação nesta reta final.

Aos meus amados familiares. Filipe, por sempre estar ao meu lado me apoiando e tornando possíveis meus sonhos. Não tenho palavras para agradecer por cada ato, por cada momento de compreensão e de companhia. À Julia, que irá nascer junto à defesa desta tese. A minha pequena princesa me fez sentir calma e amparada ao longo de todos esses dias e me proporcionou uma gestação especialmente serena e saudável. Aos meus pais, irmãos, cunhada, sobrinhos. Eurico, Léa, Daniel, Natália, Cristiane, Leozinho e Davi, obrigada pelo apoio imensurável e pela compreensão de minhas ausências, que não foram poucas.

Aos profissionais da saúde do município pesquisado.

A todas pessoas envolvidas em minha formação, professores e colegas de profissão e da academia, meu muitíssimo obrigada!

Resumo

A presente tese teve como objetivo geral identificar as condições psicossociológicas que afetaram o funcionamento da gestão estratégica em saúde em nível municipal. A hipótese norteadora deste trabalho era que as relações tácitas de cooperação e confiança entre equipes de diferentes níveis estratégicos municipais influenciavam o funcionamento do sistema de saúde. No que se refere às opções metodológicas, baseei-me na modalidade pesquisação, pois, além de compreender o trabalho, a partir de situações reais vivenciadas pelos trabalhadores, busquei intervir nessas situações e modificá-las. Os resultados da pesquisa permitiram evidenciar dois momentos distintos, que estão subdivididos em primeiro e segundo momentos de mudanças. O primeiro refere-se à apreensão da ruptura psicossocial instalada; o segundo, à retomada das relações entre os membros da sala de situação, o coordenador de Programa de Saúde da Família, as equipes das Unidades de Atenção Primária, culminando em uma melhora qualitativa e quantitativa do trabalho de assistência à saúde da população. As relações tácitas de cooperação e confiança entre equipes de diferentes níveis estratégicos municipais influenciaram o bom funcionamento do sistema de saúde, por serem aspectos de fundo que favoreceram as relações profissionais e o funcionamento das práticas desse gestão estratégica. Ao mesmo tempo, a falta deles impede que o gerenciamento estratégico em saúde alcance o seu propósito. No que se refere à construção da relação de confiança entre os profissionais, posso dizer que essa construção corresponde melhor à imagem de círculos de interação social que se reforçam, como em uma espiral, e se deslocam dentro de um modelo, sem que se faça necessário que eles passem por todos os elementos e por todas as etapas da confiança. No primeiro momento de mudanças, os atores sociais utilizaram recursos externos (poder, controle). Mas esses recursos se tornaram inúteis no segundo momento, quando tais atores compartilharam experiências e observaram os atos uns dos outros. O tempo, o conhecimento e a experiência dos técnicos em saúde, o desconhecimento e a inexperiência em gestão por parte do novo coordenador de PSF, a sensação de que não só ele, como também as equipes do Programa da Saúde da Família poderiam contar com a ajuda desses técnicos, auxiliaram a aproximação entre eles. A interação, traduzida em diálogos, compartilhamento e troca de experiências e sugestões, marcava o início da retomada do estreitamento das relações de cooperação entre os profissionais e da gestão participativa, pois podiam expressar suas opiniões sobre as demandas emergentes de situações de saúde. Isso culminou em uma melhora qualitativa e quantitativa do serviço de saúde.

Palavras-chave: Gerenciamento estratégico; saúde pública; ações coletivas; relação de cooperação e de confiança; aspectos psicossociológicos; bom funcionamento.

Abstract

The present study has as its chief objective the identification of the psychosociological conditions that have affected the functioning of strategic management in healthcare on a municipal level. The guiding hypothesis in this research is that tacit relationships of cooperation and trust between teams from diverse municipal strategic levels had influence over the functioning of the healthcare system. In regard to methodological choices, I have taken the ethnographical standpoint as the basis for understanding of work, both in the real situations lived by the health workers and in researching, given that, in addition to seeking an understanding of situations, I made a point of intervening in and modifying them. The results of this research brought to evidence two distinct moments, which are further divided into first and second moments of changes. The first refers to the apprehension of the established psychosocial rupture; the second, to the reestablishment of relationships between the members of the situation room, the coordinator of the Family Healthcare Program, and the teams from First Care Units, which culminates in qualitative and quantitative improvement of work in public healthcare. The tacit relationships of cooperation and trust between teams from different municipal strategic levels influenced positively the functioning of the healthcare system, since these relationships are background elements which fostered professional relationships and improved the functioning of strategic management practices. At the same time, the lack of such elements deters strategic management in healthcare from fulfilling its purpose. Pertaining to the establishment of the relationship of trust between professionals, I can state that it corresponds adequately to the image of circles of social interaction that strengthen each other, as in a spiral, and move according to a pattern, without the necessity of going through all the elements and stages involved in building trust. In the first moment of changes, social actors employ external resources (power, control). But these resources will be rendered useless at the second moment, when the actors will have shared experiences and observed each other's actions. The time, the knowledge, and the experience of health technicians, the lack of knowledge of and experience in management on the part of the new FHP coordinator, and the feeling that not only he, but also the teams from the Family Healthcare Program, could count on the technicians' aid fostered an approximation between them. The resulting interaction, in the form of dialogue and sharing of experiences and advice, marked the beginning of a renewed closeness in the relationships of cooperation between healthcare and participative management professionals, for they had opportunity to express their opinions concerning the emergent demands of healthcare situations. This accrued to qualitative and quantitative improvement of healthcare service.

Key-words: Strategic Management; Public Healthcare; Collective Actions; Relationships Of Cooperation And Trust; Psychosociological Aspects; Good Functioning.

Lista de figuras e tabelas

TABELAS

Tabela 1	Ações metodológicas	105 e 106
Tabela 2	Itens de metas e valores	117
Tabela 3	Média de visitas por ACS entre 2011 e 2013	129

FIGURAS

Figura 1	Pilotagem da ação	68
Figura 2	Modelo da produção dinâmica da confiança (adaptado)	85
Figura 3	Primeiro momento de mudanças	109
Figura 4	Planilhas de controle de visitas	128
Figura 5	Segundo momento de mudanças	131
Figura 6	Forças desinstituintes e instituintes do primeiro momento de mudanças	158
Figura 7	Forças instituintes e desinstituintes do segundo momento de mudanças	167

Lista de siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABS	Atenção Básica a Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CoP	Comunidade de Prática
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
NUPAD	Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PE	Planejamento Estratégico
PSF	Programa de Saúde da Família
PCCU	Preventivo de Câncer de Colo de Útero
PDCA	<i>Plan, do, check, action</i>
SaSi	Sala de situação – sala de gerenciamento estratégico de saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UAP	Unidades de Atenção Primária
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

UPA Unidade de Pronto Atendimento

USAID Agência Nacional dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

SUMÁRIO

1. Apresentação da Tese, do Problema e do Objetivo de Pesquisa	16
2. Psicossociologia, Institucionalismo e Existencialismo	22
3. O Sistema Único de Saúde e A Sala de Gerenciamento Estratégico	33
3.1 Histórico da Saúde Pública no Brasil	33
3.1.1 Princípios e Organização do SUS	35
3.1.2 Gestão e Planejamento Estratégico	40
3.1.3 Realidade do Sistema Único de Saúde	45
3.1.4 Limites e Contribuições do Planejamento Estratégico no Programa de Saúde da Família	47
3.1.4.1 Organização e estrutura	47
3.1.4.2 Recursos humanos	48
3.1.4.3 Gestão	48
3.1.4.4 Planejamento estratégico	48
3.1.4.5 Responsabilidade governamental	49
3.1.4.6 Qualidade do cuidado e dos serviços com usuários	49
3.1.4.7 Controle social	50
3.2 Gerenciamento Estratégico em Saúde: A Sala de Situação	52
4. Cultura e Relação de Confiança	59
4.1 Participação em uma Forma de Vida	59
4.2 <i>Background</i> como Meio Interpretativo para o Gerenciamento Estratégico	65
4.3 Contribuições de uma Gestão Baseada na Confiança	82
4.3.1 Modelo da produção dinâmica da confiança	87
4.3.1.1 Nível de confiança	88

4.3.1.2 Predisposição a confiar	88
4.3.1.3 Recursos diretos da confiança	88
4.3.1.4 Recursos intermediários da confiança	88
4.3.1.5 Expectativa de engajamento negociada explicitamente ou implicitamente	89
4.3.1.6 Recursos materiais da confiança	89
4.3.1.7 Dispositivos de controle	90
4.3.1.8 Comportamento observável	90
4.3.1.9 Busca de sentido	90
4.4 Naturalização da Prática de Gerenciamento em Saúde até 2010	92
5. Método	101
5.1 Pesquisação: Justificativa das Opções Metodológicas	101
5.2 Procedimento de Pesquisa	102
5.3 Caminho Percorrido para a Coleta de Informações e Intervenções	104
5.4 Desafios Enfrentados	107
6. Resultados	108
6.1 Primeiro Momento de Mudanças	109
6.1.1 Concurso público	109
6.1.2 Treinamento introdutório	110
6.1.3 Repetição e lentidão de exame	111
6.1.4 Auditoria nas Unidades de Atenção Primária	113
6.1.5 <i>Feedback</i> dos resultados para as equipes	113
6.1.6 Diálogo entre novatos e um gestor veterano do município	115
6.1.7 Implementação do sistema de metas municipais e remuneração variável por produtividade	115

6.1.8 Eleição e desvio de função	118
6.2 Compreensão e Interpretação dos Fatos pelos Profissionais do Programa de Saúde da Família	119
6.3 Segundo Momento de Mudanças	130
6.3.1 Mudança de coordenação do programa de saúde da família	131
6.3.2 Visita das equipes à sala de situação	133
6.3.3 Mudança de enfermeiros	134
6.3.4 Visita dos técnicos da SaSi às unidade de atenção primária	135
6.3.4.1 Esclarecimento sobre cálculo e origem das metas estaduais	137
6.3.4.2 Esclarecimento sobre o preenchimento das planilhas	138
6.3.4.3 Auxílio na interpretação do <i>feedback</i> e na construção de ações coordenadas de intervenção	139
6.3.5 Suspensão do sistemas de premiação por resultado e metas municipais de produtividade	144
6.4 Compreensão e Reinterpretação dos Fatos pelos Profissionais do Programa de Saúde da Família	145
7. Discussão dos Resultados	155
7.1 Influências dos Aspectos Psicossociológicos sobre as Relações de Cooperação Profissional e as Práticas do Gerenciamento Estratégico em Saúde	155
7.2 Construção da Relação de Confiança e sua Contribuição para as Práticas em Saúde	169
7.3 Condições Necessárias para o Bom Funcionamento da Prática do Gerenciamento Estratégico em Saúde	192

7.3.1 Sistema de metas, ações locais e avaliação dos resultados	198
8. Considerações Finais	212
Referências	218

1 – Apresentação da Tese, do Problema e do Objetivo de Pesquisa

O Sistema Único de Saúde (SUS) consiste em uma concepção de sistema público de saúde e em uma solução democrática ao direito dos brasileiros à saúde. Enquadra-se em princípios e diretrizes que se referem ao acesso universal à saúde, a uma visão de um ser humano integral, à hierarquização do atendimento conforme complexidade do caso do usuário, da família ou da população local, à descentralização das responsabilidades do cuidado entre os diferentes níveis de gestão, visando à promoção da saúde, à prevenção do adoecimento e à recuperação dos que estiverem sob os cuidados médicos como um dever do Estado.

A descentralização das responsabilidades para outros níveis de gestão permite uma construção ascendente de soluções para que as demandas locais de cuidado sejam mais eficazes frente aos objetivos dos SUS. Entretanto, autores (p. ex., Marques & Mendes, 2002; Paiva & Teixeira, 2014; Dimenstein & Traverso-Yépez, 2005; Paim, 2013) relatam problemas no nível municipal, como a falta de qualificação das equipes e dos gestores em saúde (competências técnicas e comportamentais) e de condições materiais, estruturais e equipamentos; quantidade insuficiente dos recursos humanos; baixa qualidade do cuidado dispensado aos usuários; falta de verba e investimento; salário inadequado; baixa consciência, adesão ou participação da população nos serviços e nas ações ofertados pelos Programas de Saúde da Família (PSF), que visam efetivar o objetivo do SUS por meio de sua operacionalização no primeiro nível de atenção à saúde.

Essa situação acaba gerando um distanciamento entre concepção e prática, demandando soluções em todos os níveis, inclusive local, para enfrentar os eventos que surgem no cotidiano do trabalho nas Unidades de Atenção Primária (UAPs). Insere-se, aqui, a gestão estratégica municipal, que busca mapear as diversas dificuldades na operacionalização do PSF, a fim de potencializar as ações e o alcance dos resultados esperados.

O estudo realizado em 2009 e 2010, durante o período do meu mestrado, evidenciou como os trabalhadores municipais, gestores, técnicos em saúde e equipes do PSF, geriam seus resultados e buscavam por melhorias e ações coordenadas frente aos eventos que surgiam num ou noutro local. A gestão estratégica mostrou-se uma experiência bem-sucedida não só por alcançar resultados na saúde ao longo do tempo pelas equipes, mas também por ajudar aos profissionais das UAPs a agir estrategicamente, já que até então atuavam sem avaliar seus resultados de forma sistemática, por falta de tempo ou de conhecimento sobre a prática do gerenciamento estratégico. Um dos elementos que explica esse caso exitoso foi a criação de uma equipe de gerenciamento municipal, responsável pela análise das informações das UAPs e definição de ações de melhoria.

O caso, que obteve sucesso, despertou reflexões da pesquisadora e dos gestores locais, que quiseram descentralizar a gestão estratégica para as UAPs, a fim de que as próprias equipes do PSF gerissem seus resultados e agissem mais rapidamente, sem demandar auxílio de uma equipe intermediária composta por técnicos em saúde, que os ajudasse a elaborar ações coordenadas. Porém, ao mesmo tempo em que emerge essa demanda do próprio campo, justificando esta pesquisa de doutorado, uma mudança importante atravessa esse cenário: antigos profissionais das UAPs são substituídos por trabalhadores novos aprovados por meio de concurso público. Após essas mudanças, começam a surgir conflitos entre a equipe de gerenciamento estratégico e as equipes das UAPs, que progressivamente inviabilizam o trabalho coletivo que vinha sendo construído de forma proveitosa.

Na retomada da pesquisa de campo (em 2013), essa situação apresentou um problema que levou ao desenvolvimento desta tese de doutorado: Que condições eram necessárias para que a gestão estratégica do Programa de Saúde da Família funcionasse bem durante certo tempo e o que impediu que esse desenvolvimento continuasse? Mais especificamente, pois essas condições são bastante amplas e diversificadas, que aspectos psicossociológicos teriam

influência nesse cenário, quando se pretende manter práticas de gerenciamento estratégico em saúde com novos profissionais?

Assim, o objetivo geral deste trabalho é:

– Identificar as condições psicossociológicas que afetam o funcionamento da gestão estratégica em saúde municipal. Ou seja, compreender, à luz desses momentos de bom e mau funcionamento de ações coletivas, como a gestão estratégica em saúde municipal pôde ser construída.

A relevância desta tese está na possibilidade de que a continuidade do acompanhamento desse campo gere, além de contribuições práticas, contribuições teóricas, mostrando uma maneira de funcionamento que, posteriormente, possa servir de referência para outros municípios. Em termos práticos, este trabalho pretende ajudar a traçar um caminho menos turbulento para todos os envolvidos nesse processo. Menos turbulento não significa que não existam controvérsias, mas sim que as relações profissionais e interpessoais antagônicas não impedem a cooperação, o desenvolvimento e o andamento de um projeto e de uma prática coletivos, como requer o PSF.

Além deste capítulo introdutório, a tese apresenta mais sete capítulos, seguidos da conclusão. O 2º capítulo – “Psicossociologia, Instituição e Existencialismo” – apresenta uma posição epistemológica, que exige aprofundar os entendimentos sobre o SUS, contexto desta pesquisa. Numa abordagem tradicional, o SUS seria um contexto periférico. Numa perspectiva Psicossociológica, ele é também objeto, situando as questões de pesquisa dando sentido aos fenômenos e tentando explicá-los. Esse contexto não é algo externo, mas é constituinte e constituído de fenômenos estudados. Dado que é multifacetado, dinâmico e contextualizado, esses fenômenos devem ser estudados a partir da análise situada e/ou contextualizada das situações. A análise apenas da atividade, contudo, não é suficiente para compreendê-los, sendo a instituição o outro elemento importante a ser estudado a fim de se ter

uma visão geral e societal do objeto em questão (Lhuillier, 2014). A visão neoinstitucional auxilia a compreender a dinamicidade da relação entre instituição, instituinte e institucionalização no que se refere a processos, decisões e ao comportamento humano (Peres, 2008). O existencialismo, por sua vez, articulado e tal qual o neoinstitucionalismo, valoriza o caráter histórico dos fenômenos, adota uma concepção de sujeito histórico, ativo, dinâmico, que age, cria, faz, escolhe, inventa e reinventa a sua essência (Borges, 1998; Giles, 1989).

O 3º capítulo – “O Sistema Único de Saúde e a Sala de Gerenciamento Estratégico” – está subdividido em dois tópicos: “Histórico da Saúde Pública no Brasil” e “Gerenciamento Estratégico em Saúde: A Sala de Situação”. No primeiro, apresento: Histórico da Saúde Pública no Brasil, Princípios e Organização do SUS, Gestão e Planejamento Estratégico, Realidade do SUS, Limites e Contribuições do Planejamento Estratégico no Programa de Saúde da Família (contemplando aspectos como: organização e estrutura; recursos humanos; gestão; planejamento estratégico; responsabilidade governamental; a qualidade do cuidado e dos serviços com usuários; controle social). No segundo, apresento a sala de gerenciamento estratégico em saúde de um município desde sua criação, organização e seu funcionamento, incluindo os critérios que permitem considerá-la uma experiência bem-sucedida e as etapas que compõem o gerenciamento de indicadores (produção de dados, monitoramento, análise, elaboração de estratégias, avaliação dos resultados das ações e replanejamento de novas ações).

No 4º capítulo – “Cultura e Relação de Confiança” –, subdividido em quatro tópicos, estudo: “Participação em uma Forma de Vida”, “*Background* como Meio Interpretativo para o Gerenciamento Estratégico”, “Contribuições de uma Gestão Baseada na Confiança”. No primeiro tópico, busco explicar a ideia de forma de vida, cultura e “Comunidade de Prática” (CoP), as dimensões que a compõem (compromisso mútuo, empreendimento conjunto, repertório compartilhado) e o que está por trás de sua emergência e (des)continuidade,

auxiliando na compreensão sobre os modos de agir, decidir e pensar de participantes de um determinado contexto. No segundo, discuto a importância do *background* (capacidade, aptidão, *know how*) como meio interpretativo para a tomada de decisão e para a planificação sobre a ação mais assertiva a ser seguida e como esse elemento de pano de fundo pode evitar mal-entendidos que culminariam em conflito interno. O terceiro tópico busca discutir as contribuições de uma gestão baseada na confiança no que diz respeito às relações profissionais cooperativas. Inicia-se pela definição do conceito; passa pelas condições da construção da confiança e pelos geradores e facilitadores dessa construção. Fala sobre os benefícios da construção da confiança até chegar aos elementos que podem levar à desconstrução dessa relação e a consequências importantes. Apresenta, também, um modelo dinâmico da produção da confiança a fim de organizar melhor as discussões precedentes, sugerindo que o nível dessa confiança possa ser alterado para mais ou para menos de acordo com as circunstâncias, recursos, valores e comportamentos observáveis ao satisfazerem ou não às expectativas das pessoas envolvidas. Por fim, no quarto, retomo o caso estudado anteriormente sobre o gerenciamento estratégico em saúde e discuto os conceitos tratados nos capítulos iniciais, elucidando o processo de construção e da naturalização dessa prática em um município mineiro até o ano de 2010.

O 5º capítulo – “Método” – expõe as opções metodológicas (Pesquisação), os procedimentos de pesquisa utilizados, os passos percorridos para a obtenção de informações, a análise dos dados e os desafios enfrentados para realização desta pesquisa.

O 6º capítulo – “Resultados” – descreve os resultados da pesquisa de campo, que estão subdivididos, em linhas gerais, em duas partes: primeiro e segundo momentos de mudanças, em especial das relações de cooperação entre profissionais de diferentes níveis de gestão. Além disso, apresento os fatos e eventos ocorridos em cada momento e a maneira como os profissionais locais os compreenderam e os interpretaram em cada um desses momentos de

mudança e o desfecho de cada um deles.

O 7º capítulo – “Discussão dos Resultados” – visa responder aos objetivos específicos desta tese. Por isso, está subdividido em três partes: “Influências dos Aspectos Psicossociológicos sobre as Relações de Cooperação Profissional e as Práticas do Gerenciamento Estratégico em Saúde”; “Construção da Relação de Confiança e sua Contribuição para as Práticas em Saúde”; “Condições Necessárias para o Bom Funcionamento da Prática do Gerenciamento Estratégico em Saúde”. Essa última parte apresenta um subtópico de discussão: “Sistema de metas, ações locais e avaliação dos resultados”.

Por fim, apresento as considerações finais e retomo o objetivo geral desta pesquisa a fim de respondê-lo, apresento as contribuições e limites teóricos e práticos desta pesquisa e as sugestões de novos estudos.

2 – Psicossociologia, Institucionalismo e Existencialismo

Autores como Max Pages, Eugene Enriquez, André Levy, cujas formações eram diversas (p. ex., Psicologia, Sociologia, Psicanálise, História, Filosofia, Advocacia e Etnografia), contribuíram para o desenvolvimento da Psicossociologia no meio acadêmico, favorecendo o pensamento interdisciplinar (Carreteiro & Barros, 2011).

A Psicossociologia focaliza o que está entre o indivíduo e a sociedade e se propõe a descrever e a interpretar uma conduta em dada situação. Ela compreende o ser humano como um resultado da dinâmica contínua frente à realidade em que ele é confrontado, numa dialética entre a realidade humana e a realidade social (Leitão, 1986). Devemos entender os sujeitos que produzem sentido e ação frente à multiplicidade de dimensões da vida, construindo-se naquele contexto sócio-histórico, enquanto transformam esse mesmo contexto e realizam remanejamentos psíquicos (Carreteiro & Barros, 2011), com o objetivo de compreender os fenômenos psicossociais, que são multifacetados e dinâmicos (Lhuilier, 2014). A análise apenas da atividade, contudo, não é suficiente para compreender o fenômeno, sendo a instituição o outro elemento importante a ser estudado, a fim de se ter uma visão geral, societal do objeto em questão. Em outras palavras, a Psicossociologia, pretendendo compreender o trabalho, tem recorrido ao conceito de instituições e de processos instituintes para ajudar no trânsito entre os níveis de análise, especialmente o societal, o coletivo e o individual. O trabalho é uma instituição na contemporaneidade e “a instituição é a relação dialética entre as regras instituídas e instituintes” (Lhuilier, 2014, p. 15), a qual pressupõe a noção de projeto coletivamente compartilhado, de estabilidade, de transcendência e de vínculos entre as pessoas (Levy, 1997/2001).

A perspectiva da Psicossociologia do Trabalho é, portanto, uma busca de construção de soluções ao impasse entre indivíduo e sociedade, partindo sua análise do geral para o particular, possibilitando a compreensão de elementos como cultura, estilos de gestão,

relações de poder, condições gerais dos trabalhadores, contexto social da ocupação, bem ou mal-estar no trabalho, adoecimento e significados do trabalho (Borges, Guimarães, & Souza, 2013). Essa disciplina, interessa-se, igualmente, pelo vínculo social e por seu declínio – conflito, domínio, exclusão, troca, aliança (Carreteiro & Barros, 2011).

A resolução de conflitos como um fenômeno psicossocial, por exemplo, não passa pela simples análise das características individuais, sendo necessário investigar e clarificar as histórias individuais, relacionais e coletivas. Ao mesmo tempo, numa perspectiva ainda mais macro, Leitão (1986) afirma ser um pressuposto de análise a investigação da progressão da história da sociedade industrial, que levará à compreensão do ritmo de vida nas organizações. Em síntese, deve-se dar uma dupla atenção ao fenômeno estudado, sendo uma direcionada ao contexto singular, o dos aspectos psíquicos, e outra ao contexto mais amplo (Carreteiro & Barros, 2011), como o institucional (Lhuilier, 2014).

No mundo do trabalho, principalmente a partir dos anos 1990, houve um aumento das exigências de competitividade expressadas em forma de metas a serem cumpridas pelo trabalhador em alguns setores e, geralmente, com redução dos meios para atender a elas. O não alcance dessas metas é relacionado apenas à incapacidade dos trabalhadores, e não à organização do trabalho, às lógicas da gestão de eficácia máxima, levando o caráter emergencial ao imperativo da ação imediata. Paradoxalmente, embora os trabalhadores precisem criar estratégias de ação, alguns gestores exigem que eles as planifiquem em pouco tempo, o que pode acarretar em mal-estar para o trabalhador e a sua marginalização, fontes potenciais de adoecimento (Carreteiro & Barros, 2011). Essa situação exemplifica uma tendência a uma compreensão individualizante dos fatos, desconsiderando a inserção do fenômeno em uma situação sócio-histórica específica, nos níveis organizacionais e sociais. Por isso, termina ilustrando a importância de compreender a instituição para se ter uma visão geral do fenômeno estudado (Lhuilier, 2014).

As noções de instituição/institucionalização e desinstitucionalização estão associadas a diferentes fatores. A instituição se fortalece frente à repetição e à naturalização das relações sociais e das práticas culturais. Ela se fortalece, também, pelo estabelecimento e cumprimento de regras, de normas e obrigações e pela dominação, pelo poder e pela burocracia (Levy, 1997/2001; Guirado, 2009). A interdependência coordenada e cooperada, o interesse, o reconhecimento, a valorização e legitimidade dos elementos previamente mencionados pelos atores sociais pelo que está instituído também a reforçam (Guirado, 2009; Lhuillier, 2014). A desinstitucionalização ocorre frente a sistemas contraditórios de regras, frente à capacidade de os instituintes questionarem, negociarem, agirem para modificá-las. Ocorre, igualmente, pela contradição interna, pela destituição ou pelo enfraquecimento do poder, dadas as diversas singularidades e a produção de diferentes sentidos (Piore et al., 1994; Searle, 1997; Taylor, 2000). Conflito e oposição, escassez de algo e necessidade de reinvenção, interdependência não colaborativa, o desinteresse, a desvalorização e a falta de reconhecimento e de legitimidade dos elementos previamente mencionados pelos atores sociais por algo instituído também poderão culminar na desinstitucionalização (Levy, 1997/2001; Guirado, 2009), conforme será melhor discutido abaixo.

A noção de instituição pode ser compreendida como o conjunto de relações sociais que se repetem e, nessa repetição, se legitimam. Mas a repetição é apenas um dos fatores contribuintes, já que é preciso muito mais, conforme mencionei acima. É preciso que, em alguma medida ela tenha correspondência ou respaldo em aspirações, valores e necessidades dos atores envolvidos. É preciso que se enquadre na constelação das ações sociais.

Os atos, os efeitos de reconhecimento da naturalização, bem como o desconhecimento da relatividade dessas relações, fazem com que pareçam ter sido sempre assim (Albuquerque, 1987/2004 citado por Guirado, 2009). Um exemplo é a escola: embora seja uma criação em resposta a uma demanda social de certo momento da modernidade, a relatividade da forma de

ensinar é impensável nos dias atuais (Levy, 1997/2001; Guirado, 2009). A repetição de ritos e de disciplinarização das pessoas, uma das fontes de legitimidade, as leva a reconhecer a melhora de uma ou outra coisa, mas a escola tem o seu lugar e parece-lhes que sempre foi assim. A programação de aulas por parte dos professores (Guirado, 2009) e o gerenciamento estratégico em saúde em dado município (Almeida, 2011) são exemplos da repetição de uma prática que, ao fazer sentido em dado contexto, levaram sua relatividade a desaparecer na história repetida ao longo dos anos. Por isso, é a ação que faz, reproduz e legitima a instituição (Guirado, 2009).

A relação entre o que está naturalizado e a participação em uma instituição é complexa, pois essa naturalização está na própria participação e incorporação dessas práticas pactuadas e construídas socialmente. Ao sair dessa esfera de vida compartilhada, a naturalização desaparece juntamente com a participação. Quem não participa não reconhece a prática como naturalizada em função das diferentes formas de vida e visões de mundo socialmente acordadas e instituídas. A naturalização não é, portanto, um processo mecânico (estático), mas orgânico (dinâmico) (Piore et al., 1994).

A burocracia também é uma relação de poder, de institucionalização das práticas. Diante dessa situação, ela normatiza e comunica, de cima para baixo, a divisão de poder, separando os grupos entre quem decide e quem executa, não havendo previsão de canais legais e legítimos para que essa relação se inverta a princípio. Diante desse cenário, Guirado (2009) afirmou que as relações de poder e a ideologia são forças constituintes.

A instituição também pode ser definida pela forma e pelo grau de formalidade ou informalidade que adota, variando desde leis e normas, quando manifestas, até pautas e regularidade de comportamentos, quando não anunciadas (Baremlitt, 1992 citado por Pereira, 2007).

A estrutura institucional que se põe a serviço do privilégio, da iniquidade ou da

antiprodução perde seu sentido original e transforma-se em um instrumento de destruição de liberdades democráticas, fazendo predominar a servidão. Esse pode ser o caso de instituições totais, constituídas de autoridade e que impõem unilateralmente regras rígidas por temerem a união de seus participantes, que podem destruí-las devido à sua força de resistência. Há silêncios impostos, consciências caladas pelas autoridades, que determinam condições e parâmetros de comunicação (Pereira, 2007). Essa dialética, contudo, ainda está muito calcada em oposições – dominação x autonomia – como se não existisse nenhum espaço para a autonomia dentro da heterogestão, mesmo em instituições totais. A questão não é, desse modo, a existência da autonomia, mas o quanto ela de espaço para se manifestar e modificar realidades, já que sua capacidade fica reduzida.

Na dialética reedição e repetição das práticas, aparece a transferência das formas instituídas, que se contrapõem ao investimento de novos esforços, à reinvenção. Essa reedição só é possível nas relações instituídas, por meio de procedimentos e jogos de força e de produção de verdades (Guirado, 2009). Entretanto, embora muitas ações, regras e condutas pareçam “naturais” à instituição, as formas de dominação não o são, pois são uma estratégia sobre a ação dos outros (Pereira, 2007).

O discurso representa um ato que produz e reproduz “verdades”, num jogo de força-resistência. Numa analogia à Psicologia como conhecimento e prática profissional, a instituição regulamenta, implicitamente, a conduta profissional, estabelecendo o modo de vestir, andar, se dirigir ao paciente, fazer as primeiras entrevistas. No entanto, o monopólio da legitimidade pode ser contestado (Guirado, 2009).

A instituição, portanto, não pode ser vista apenas como um sistema de regras, normas e obrigações que determinam o que é o trabalho, como deve ser feito e qual a sua finalidade. O próprio processo de definição desse sistema de regras é uma produção humana, e não apenas o que se impõe aos trabalhadores (Lhuillier, 2014).

Em uma discussão sobre decisões políticas, Peres (2008) questiona a decisão como um resultado egoísta e individualista guiado pelas preferências do indivíduo, abrindo espaço para a discussão sobre o processo de indução de instituições políticas e sociais que regulam as escolhas coletivas. Por isso, a instituição é sempre “trabalhada pelo instituinte” (Lhuillier, 2014, p. 15), quando diante de um sistema contraditório de regras ao qual se submete em uma situação de *práxis*. É a capacidade de agir numa ordem estabelecida, instituindo novas regras diante das regras já fixadas e existentes.

O próprio institucionalismo se transformou (em parte) em reação às críticas recebidas ao longo do tempo, especialmente das abordagens comportamentalistas, partindo de uma visão tradicional para outra hoje conhecida como neoinstitucionalismo (Peres, 2008). O antigo institucionalismo foi criticado por defender, em demasia, o caráter normativo e formalista das instituições, já que regras, leis formais e estrutura administrativa seriam preditoras do comportamento e do resultado político. Em reação, os comportamentalistas tendem a se concentrar em fatos objetivos, em dados empíricos da dinâmica real dos atores e dos comportamentos, já que se apoiam na teoria positiva e na análise empírica orientada, tendo como principais propostas: descrição objetiva; generalizações empíricas; métodos sistemáticos; material empírico; quantificação e multidisciplinaridade teórica e metodológica. Desse modo, o comportamentalismo tendia a uma visão mais fragmentada e micro da sociedade. Criticava o institucionalismo dada a sua incapacidade de apreender as variações comportamentais individuais e de atribuir um poder determinante às estruturas sociais.

O neoinstitucionalismo surge como uma atualização do institucionalismo no sentido de compreender os processos, as decisões, o comportamento humano. Ainda que se reconheça que as instituições moldem, condicionem, induzam e estructurem as ações e as preferências humanas, limitando (até certo ponto) os possíveis cursos de ação, os comportamentos dos indivíduos e as decisões das massas em função dos constrangimentos ou das restrições, elas

não podem ser vistas estritamente como algo determinístico. E é diante dessas situações que uma instituição pode ser chamada, de fato, de institucionalizada, já que as regras, formais e informais, direcionam comportamentos e decisões coletivas. A situação contrária à institucionalização, ou seja, a ideia de que as características comportamentais e sociopsicológicas sejam suficientes para explicar ações individuais, coletivas e políticas é rejeitada por essa visão neoinstitucionalista (Peres, 2008).

O instituinte é um constituinte do processo de institucionalização em que, sentidos e ações ainda estão em movimento e em processo de constituição, apresentando um caráter mais produtivo da instituição. Por isso, o que está instituído, cristalizado, constituído em formato de lei regendo o tecido social também pode sofrer rachaduras e rupturas. A libertação da palavra social dos grupos é necessária quando os atores precisam romper com as burocracias, fazendo uma revolução (Lapassade citado por Guirado, 2009).

Diante desse cenário, não se pode referir à instituição como um corpo estranho e com vida própria, independentemente dos instituintes, já que são eles que a fazem, naturalizando e legitimando esse fazer (Guirado, 2009). A questão da discussão sobre instituições não determinísticas, no entanto, está em haver espaço para autonomia e para um agir pessoal. Isso quer dizer que as instituições podem não só serem reforçadas e os comportamentos repetidos, como também podem ser modificadas, tendo em vista as demandas de mudança impostas por forças externas e também pelas internas, por exemplo, por seus atores sociais.

Novamente buscando um exemplo de sala de aula, supõe-se que um aluno discorde do modo como um professor conduz o seu curso, expondo, em voz alta e diante de todos, que concordam silenciosamente, sua insatisfação. Ao discordar, o aluno provavelmente reedita o lugar que ele se viu e se vê ocupando nas relações que estabelece desde sempre em sua vida, na sua absoluta forma singular de ser, que construiu historicamente (Guirado, 2009). As pessoas que participam de uma instituição, portanto, só revisam seus comportamentos

adotados quando algo lhes chama atenção. Até então, parece-lhes natural o que até então não tenha sido questionado. Isso quer dizer que as visões, ações e atividades humanas instituídas implicam uma dependência do contexto e de uma contingência histórica, não sendo, portanto, naturais, óbvias, gerais nem únicas (Piore et al., 1994).

A cena repõe as tensões de uma relação de poder e o jogo das expectativas e se dirige a um incerto desfecho que se vincula aos seguintes fatores: movimento, repetição, regularidades, singularidade. O que foi historicamente construído a partir de uma demanda social depende de um reconhecimento da legitimidade da forma de fazer o ensino/aprendizagem. A ideia é não fechar o circuito de uma instituição sobre si própria, levando à exaustão e à repetitividade (Levy, 1997/2001; Guirado, 2009).

Quando o instituído prevalece, as instituições capturam os processos de subjetivação, impondo-lhes seus modelos, seja por meio do poder, saber, dinheiro, seja por prestígio ou culpa. Em oposição, quando o instituinte emerge, há a possibilidade de produção de novos agenciamentos, composições e arranjos próprios de subjetividades livres (Pereira, 2007; Peres, 2008).

É o rompimento de um silêncio imposto que desmorona restrições, obstáculos e heterogestão, substituindo-os por uma autogestão, que atribui igualdade de direito a todos, autonomia dos grupos calcada na participação, no saber e na experiência particular. Quer dizer que o poder centralizado não será destruído, mas resgatado a todo o grupo. Como efeito da autogestão, os novos sujeitos, antes reprimidos ou desconsiderados socialmente, ganham nova condição de ator (Pereira, 2007).

A dialética entre instituinte, instituído e institucionalização deve ser vista, contudo, como uma realidade inacabada, como um projeto em construção, que comporta poder, contradições internas do sistema, singularidades de resistência e produção de novos sentidos, já que, na borda do espaço instituído, sobrevive o instituinte através de seu germe

transformador e de sua potência energética (Pereira, 2007; Peres, 2008; Guirado, 2009). A capacidade de questionar e negociar mobiliza a mudança, uma vez que escolhas arbitrárias anteriormente concentradas nas mãos de poucos passam a ser discutidas em maior escala, permitindo a participação de todos (Pereira, 2007). A análise das práticas reais é importante, pois as contradições entre as próprias regras internas e entre as normas internas e as exigências da realidade aparecem, podendo fazer nascer novas formas de organização.

Há a possibilidade de declínio ou até de desmoronamento das instituições, mas isso só é possível se não representarem o interesse dos membros envolvidos e/ou se elas forem destituídas de poder (Gilpin, 1981 citado por Borges, 2004). Por isso, essa compreensão do funcionamento de uma instituição deve estar ligada à análise das relações de poder, ao declínio hegemônico e ao desequilíbrio de poder, e não exclusivamente às suas regras. Estas podem servir como meio para analisar o poder, embora não sejam suficientes para explicar o funcionamento de uma instituição. Porém há autores (por exemplo: Borges, 2004) que alegaram, contudo, que algumas instituições, como as de relações internacionais, têm capacidade de resiliência mesmo após o enfraquecimento do poder de seus criadores.

Ainda sobre a dialética entre instituinte, instituído e institucionalização, outros autores, como Therét (2001), discutiram de que modo a cooperação e o conflito são dimensões da transação entre pessoas que se encontram em um estado de interdependência, o que as leva a buscar, ao mesmo tempo, coordenação e oposição em relação aos resultados dessa transação. Embora dependam uma da outra, nada as impede, no entanto, de entrarem em conflito. Caso o conflito supere a cooperação e a extinga, negando as interdependências sociais, a transação não ocorrerá. Ao contrário, se a cooperação for dominante, o conflito perderá força, e as regras aceitas pelos agentes de transação introduzirão princípios de ordem que permitam que as regras/instituições sejam operadas e reproduzidas no tempo. É nessa perspectiva que as instituições são vistas como estruturas de estímulo à ação individual, à mudança, e não como

geradoras de constrangimentos coletivos e obstáculos à inovação (Therét, 2001). Posto isso, posso dizer que é o conflito que coloca a necessidade da cooperação orgânica, ou ao menos sua efetividade, e não apenas da cooperação mecânica. Se não existissem diferenças interindividuais – conflitos intersubjetivos –, não haveria problema para construir a cooperação e vê-la como um processo. A dinâmica e o enriquecimento da cooperação vêm do conflito.

A institucionalização das ações e das práticas – por exemplo, de gerenciamento em saúde pública de uma comunidade, sua perpetuação ou transformação frente à introdução de novos participantes nas equipes de saúde – contribui para a compreensão de um fenômeno multifacetado, dinâmico e contextualizado (Lave, 2011; Wenger, 2001).

Articulada aos pressupostos neoinstitucionalistas, na tentativa de melhor apresentar a concepção de sujeito, levo em consideração os pressupostos gerais do existencialismo, que tem suas bases no materialismo dialético, como foi desenvolvido por Sartre (Borges, 1998; Giles, 1989). Tal qual o neoinstitucionalismo, o existencialismo também valoriza o caráter histórico dos fenômenos, adota uma concepção de sujeito histórico, ativo, dinâmico, que age, cria, faz, escolhe, inventa e reinventa a sua essência. A escassez de algo servirá como força motora da história, concebendo o homem como instrumento de mudança e como meio para se tornar aquilo que ainda não o é ou para transformar algo que ainda não existe (Giles, 1989).

Na relação dialética entre indivíduo e meio, ambos se influenciam mutuamente. Por isso, a essência de cada ser humano depende de sua relação com o contexto, não estando predeterminada (Borges, 1998; Giles, 1989). A mediação da cognição passa a ser vista como um fenômeno contingente a dada situação, já que a cognição está em interação com o mundo em um esquema relacional.

Relacionada à exatidão e à intencionalidade, a cognição pertence a um nível mundano, influenciando os comportamentos observáveis (Giles, 1989). Por isso, os resultados do

comportamento devem ser analisados considerando a cultura em que foram gerados, a historicidade, contextualizando os fenômenos. A análise ocorre não apenas em nível individual e grupal, mas organizacional, institucional e socioeconômico (Borges, 1998; Giles, 1989).

Adotadas essas abordagens, será necessário dar atenção aos conteúdos e às ações manifestos, bem como implícitos e instituídos para compreender um determinado contexto sócio-histórico, como o de gerenciamento estratégico em saúde – o qual será melhor discutido no próximo capítulo. Ao mesmo tempo, levarei em conta a autonomia e a atividade do sujeito.

3 – O Sistema Único de Saúde e A Sala de Gerenciamento Estratégico

3.1 Histórico da Saúde Pública no Brasil

Em 1960, no Brasil, o crescimento da classe trabalhadora impulsionou a luta dos operários por melhores condições de assistência à saúde. A crítica ao modelo hegemônico dominante de políticas e práticas de saúde desse período foi influenciada pela busca por democracia e por um novo sistema de saúde de melhor qualidade e acesso (Dimenstein & Traverso-Yépez, 2005).

O sistema público de saúde ainda vivia, contudo, uma duplicidade, dividido entre a medicina previdenciária e a saúde pública, estando a primeira direcionada especialmente à saúde individual dos trabalhadores formais e voltada às zonas urbanas, enquanto a segunda dirigia-se às zonas rurais e à população mais carente (Paiva & Teixeira, 2014).

O movimento referido anteriormente foi interrompido pelo golpe de 1964. A saúde pública é, então, marcada pela crise de recursos, pelo enfraquecimento da capacidade de ação do Ministério da Saúde (MS) e pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966/67 pelo governo militar, priorizando a contratação de serviços privados para atender aos beneficiários (Paiva & Teixeira, 2014).

O fim do ciclo de crescimento econômico, a crise internacional, intensificada pelo aumento do preço do petróleo em 1970, ampliavam ainda mais as tensões sociais e a mobilização popular a favor das mudanças políticas, inclusive no campo da saúde. A busca por um Estado com um papel mais produtivo, promotor de desenvolvimento e de solidariedade, provedor de serviços básicos em diversos âmbitos, e também na saúde, marcava o capitalismo ocidental (Paiva & Teixeira, 2014).

No mesmo ano, 1970, o crescimento populacional e as migrações para os centros urbanos aumentaram os indicadores, e a saúde manteve o caráter elitista, assistencialista,

curativista e individualista. O quadro sanitário preocupante de baixa cobertura assistencial e a disseminação de doenças oriundas da pobreza incitaram, além da necessidade de planejamento e de avaliação das ações, a administração coordenada dos serviços de saúde e a ampliação do foco sobre a assistência curativa (OEA, 1961 citado por Paiva & Teixeira, 2014; Paiva & Teixeira, 2014; Dimenstein & Traverso-Yépez, 2005).

A criação do Programa de interiorização de ações de saúde e saneamento em 1976 objetivou a expansão da rede de atenção primária para municípios do interior a fim de aumentar, de forma regionalizada, descentralizada, hierarquizada, a cobertura desses serviços, inclusive das áreas rurais, com cuidados primários em saúde. Entretanto, esse cenário demandava formação e capacitação de pessoal da saúde para atuação nesse serviço (Paiva & Teixeira, 2014).

A medicina curativista e o uso de tecnologias complexas seguiram em meio às críticas, já que não contribuíam nem para a alteração dos perfis de morbidade e de mortalidade nem para a satisfação dos usuários. Esse cenário levou o modelo assistencialista hegemônico à falência, abrindo espaço para abordagens integrais e experiências da medicina simplificada, baseadas em experiências de outros países, como a China (Paiva & Teixeira, 2014; Dimenstein & Traverso-Yépez, 2005), Cuba e Canadá (Melo, Alchieri & Araújo Neto, 2012). Inicia-se a proposição da atenção primária como estratégia para o alcance da meta proposta no ano de 1978 da Organização Mundial da Saúde (OMS) de “Saúde para todos em 2000”, culminando em novas tendências de alteração do quadro precário da saúde brasileira no início de 1980 (Dimenstein & Traverso-Yépez, 2005).

O foco passa a ser o fortalecimento do setor público de saúde, a expansão da cobertura aos cidadãos e a integração da medicina previdenciária à saúde pública, constituindo-se em um sistema mais unificado (Paiva & Teixeira, 2014). A hierarquização dos cuidados médicos deveria ocorrer a partir da complexidade e da necessidade de acompanhamento especializado

de cada caso (Paim, 2008).

A década de 1980 é marcada pela transição de um regime político autoritário para um regime político democrático, com vários marcos históricos, como o Movimento das Diretas Já, a escolha de Tancredo Neves como o primeiro presidente civil, o Plano Cruzado, o estabelecimento de uma Assembleia Constituinte, etc. A questão social assumia importância frente à necessidade de resgate da dívida social herdada do período militar (Marques & Mendes, 2007). Nesse contexto, as lutas pela democratização também ocorriam e se expressavam no campo da saúde pública, sendo que o movimento sanitarista foi estruturado no mesmo momento em que outros movimentos sociais surgiam (Marques & Mendes, 2007). Assim, em 1981, criou-se, no Brasil, o conselho consultivo da administração de saúde previdenciária (CONASP), com a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde e o acesso a eles priorizando-se: ações básicas; uma maior utilização da capacidade do setor público; a política de descentralização/regionalização e a hierarquização/unificação da assistência em saúde (Dimenstein & Traverso-Yépez, 2005).

Em 1983, surgem dois grandes projetos que visam à atenção integral à saúde da população: programa de racionalização das contas hospitalares, com autorização para internação em hospitais e programa de ações integradas de saúde. Para tal, assumiu-se o compromisso da criação de uma equipe multidisciplinar, a fim de modificar o serviço de saúde (Dimenstein & Traverso-Yépez, 2005).

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) institucionaliza o SUS como um de seus eixos norteadores, com princípios e diretrizes como a universalização ao acesso ao serviço, a integralidade das ações, a descentralização e a hierarquização dos serviços, além da participação popular, já que a sociedade civil foi convocada para debater sobre os programas do governo (Carvalho, 1995; Dimenstein & Traverso-Yépez, 2005; Marques & Mendes, 2007; Cornwall & Shankland, 2013).

A ideia da participação popular no âmbito da saúde deveria não apenas atender aos princípios democráticos, mas também substituir a noção de paciente pela de usuário, como protagonista da própria história (Neves et al., 2012). Ser um agente de transformação da saúde significaria que a população participasse, monitorasse e cobrasse o cumprimento dos compromissos firmados de saúde (Cornwall & Shankland, 2013). Ademais, a institucionalização da participação popular implicaria também o envolvimento, além das equipes e dos diversos níveis de atenção, das famílias na produção de cuidado (Neves et al., 2012).

Contrariando o sistema elitista, medicalizante e centralizado até então vigente, o novo sistema de saúde transfere a responsabilidade e o poder aos estados e aos municípios brasileiros, descentralizando o planejamento, a execução e a avaliação de serviços locais (Dimenstein & Traverso-Yépez, 2005).

O processo de luta contra a ditadura e a busca de um regime democrático no Brasil efetivou-se com a promulgação da Nova Constituição Federal de 1988. Com foco na implementação de um estado de bem-estar social, a nova carta constitucional iniciou o processo de criação de um sistema público, universal e democrático da saúde no país. Isso quer dizer que o que antes era uma ação de assistência social se tornou um direito dos brasileiros (Paiva & Teixeira, 2014; Paim, 2013).

3.1.1 Princípios e organização do Sistema Único de Saúde

A proposta do SUS foi, então, aprovada e instituída pela Nova Constituição Federal (1988) e consolidada pelas Leis 8.080 e 8.142, sendo a saúde um direito do cidadão e um dever do Estado, cabendo ao SUS estimular a adoção de medidas para prevenir e evitar o adoecimento das pessoas, e não o mero tratamento dos doentes. O sistema devia ser, além de unificado em todo o país, adequado às necessidades dos usuários, cabendo à gestão municipal

orientar, tomar decisões, agindo de acordo ao diagnóstico dos problemas locais (Carvalho, 2013; Dimenstein & Traverso-Yépez, 2005). A proposta da prestação de serviços de saúde pública adota e persegue os seguintes princípios norteadores: universalidade, igualdade, equidade, integralidade da assistência preventiva, regionalização, hierarquização, descentralização (Carvalho, 2013).

Por universalidade, entende-se que todos têm direito à saúde, ao bem-estar e à felicidade. A igualdade diz respeito à igualdade de acesso às ações e aos serviços de saúde. A equidade refere-se ao tratamento diferenciado dos diferentes e igualitário dos iguais, conforme princípios de justiça. A integralidade designa a visão do ser humano como um todo, e não apenas como uma soma de órgãos, cabendo ao SUS promover, proteger e recuperar a saúde integral física e mental das pessoas por meio de políticas econômicas e sociais que diminuam o risco de adoecimento ou de agravamento da doença (Brasil, MS, 2001, 2008A; Carvalho, 2013; Guizardi & Cavalcanti, 2010).

As ações de saúde devem ser organizadas de forma regionalizada e ascendente, seguindo os princípios de hierarquização, compreendidos como os procedimentos de cuidado de menor à maior complexidade tecnológica, de saber e de práticas humanas, conforme a necessidade de assistência à saúde dos cidadãos (Carvalho, 2013; Brasil, MS, 2001, 2008A; Guizardi & Cavalcanti, 2010; Carvalho, 2013).

A descentralização refere-se à redistribuição de recursos e responsabilidades entre União, estados e municípios, por meio de um modelo de gestão apoiado no planejamento ascendente e na participação popular. Todos os sujeitos envolvidos com o sistema de saúde, diante de suas diferentes implicações e perspectivas, são atores e participam de forma singular do contexto no qual estão inseridos. A realidade institucional é uma produção compartilhada, uma potência produtiva das relações de cooperação, uma sinergia positiva e por isso, a coprodução deve ser entendida como socialização e democratização de artifícios, saberes,

dispositivos, elementos organizativos, assegurando distribuição de poder e liberdade de ação entre os diferentes níveis de gestão (Brasil, MS, 2001, 2008A; Guizardi & Cavalcanti, 2010; Carvalho, 2013).

Marques e Mendes (2007) ressaltaram que a universalização da saúde ocorre no Brasil, contudo, frente a um cenário marcado pela ausência de crescimento econômico, pelo desemprego estrutural, pela precarização das relações de trabalho, pela substituição de um Estado desenvolvimentista por um refém de dívidas internas e externas. Esse cenário implica um encolhimento de sua capacidade de ação.

Mesmo diante desse cenário precarizado, e também por este motivo, cabe ao SUS regular, fiscalizar/controlar e executar ações, práticas e programas de saúde pública (Carvalho, 2013). Assim, nos anos 1990, esse órgão abriu a operacionalização das ações de saúde à atenção básica, concentradas nas estratégias de PSF – que surgiu efetivamente em 1994 e se consolidou em 1998 como política prioritária (Marques & Mendes, 2007). O potencial do SUS é a promoção da saúde e a prevenção do adoecimento (Marques & Mendes, 2002), sendo o PSF a busca e a tentativa de fazer valer os direitos afirmados pela Constituição Federal de 1988 (Giovannella & Mendonça, 2012 citado por Paiva & Teixeira, 2014).

Tornou-se responsabilidade dos municípios operacionalizar os programas de saúde, como o PSF, com ações direcionadas à prevenção e promoção da saúde, recuperação e reabilitação de agravos que ocorram com maior frequência em dada localidade (Brasil, MS, 2001, 2008A). Apoiado em quatro princípios, compete a esse programa: 1) concentrar sua atenção na vigilância em saúde, frente ao seu novo caráter substitutivo; 2) ser o primeiro nível de ações e serviços locais (integralidade e hierarquização); incorporar a população ao território e à área de abrangência definida (territorialização e adstrição da clientela); 4) ter uma equipe multiprofissional (Marques & Mendes, 2002). Essa equipe é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS),

auxiliares administrativos e auxiliares de serviços gerais, ortodontistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal (Brasil, MS, 2001, 2008A).

Em 1994, o PSF, ao incorporar a experiência anterior do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visava reorganizar o modelo assistencial sob novos critérios em substituição ao modelo tradicional de assistência e cura de doenças em hospitais (Marques & Mendes, 2002). Com foco no atendimento às famílias, os profissionais circunscritos a uma determinada região (microárea) devem conhecê-la em profundidade para detecção de suas reais necessidades. As visitas domiciliares realizadas mensalmente, função em especial dos agentes comunitários de saúde (ACS), proporcionam o acompanhamento da saúde da população e a coleta de informações socio sanitárias.

Um departamento de Atenção Básica foi criado pelo MS para normatizar a organização e gestão desse nível de atenção, visando executar o gerenciamento das ações do PSF (Marques & Mendes, 2002). Aos profissionais do programa, porta de entrada do SUS, deve ser dada a possibilidade de adaptação dos serviços e das capacitações técnicas e administrativas às diversas realidades locais, marcadas por uma heterogeneidade de características municipais.

Com a institucionalização do PSF por meio da norma operacional básica do SUS em 1996, os municípios aderem voluntariamente a um conjunto de responsabilidades e prerrogativas de gestão, responsabilizando-se pelos serviços de saúde, desde baixa até alta complexidade, acarretando um recebimento financeiro do governo como incentivo às ações de saúde. Entretanto, de forma geral, essa contribuição financeira é insuficiente para arcar com a oferta de serviços e ações regionalizadas (Marques & Mendes, 2002), indicando uma maior necessidade de acompanhamento do sistema e da avaliação de seus resultados para além da perspectiva financeira. Em outras palavras, acompanhar as insuficiências desse sistema faz parte do papel regulador do SUS. Regular é estabelecer regras para que os resultados

pretendidos sejam alcançados, definindo como hospitais públicos e privados, unidades de saúde, consultórios devem funcionar; quais os dados essenciais a serem gerados pelos serviços; como as doenças serão tratadas; quais medicamentos serão utilizados e quais os cidadãos que terão acesso ao sistema de saúde (Carvalho, 2013).

Regular requer, igualmente, fiscalizar, controlar, auditar e avaliar (Carvalho, 2013). A atividade de avaliação é um instrumento de gestão das ações desenvolvidas e de sua compatibilidade para sanar as reais demandas da população, as quais podem passar por correções técnicas e administrativas a fim de alcançar o propósito do SUS/PSF (Ferreira, 2004).

3.1.2 Gestão e planejamento estratégico

Para Mourão, Borges-Andrade e Gondim (2013), é importante criar ferramentas para avaliar não só a eficiência (meio, processo), a eficácia (fim) e a efetividade dos benefícios do plano, como também do programa, dos projetos de ação para se alcançar o planejamento estratégico da organização. A fim de facilitar o entendimento sobre o assunto do qual tratam, eles esclareceram o que é planejamento .

Assim, o planejamento estratégico é um processo sistematizado que orienta ações institucionais e organizacionais rumo a um futuro pretendido e se divide em quatro fases: análise, decisão, ação e avaliação. A análise se refere ao momento de busca de compreensão de informação sobre a organização, sua identidade, forças internas e externas. A projeção de cenários organizacionais futuros finaliza essa etapa, servindo-se de subsídios para o início da fase decisória. A segunda fase é tomada frente às análises da realidade e dos traços atuais e dos potenciais futuros, definindo um rumo almejado. É esse futuro projetado que dá início à fase intitulada ação, tida como o caminho que contribuirá para alcançar o futuro pretendido, devendo, por isso, ser valorizada. A organização das ações ocorre em forma de programas,

projetos e atividades. Os programas organizam e articulam as ações para se atingir tal objetivo pretendido, que é definido a partir de um problema, uma demanda ou queixa. Projetos são ações e operações vinculadas aos programas, mas têm uma limitação temporal, ao passo que as atividades são ações contínuas e permanentes. A avaliação corresponde à última fase do planejamento estratégico e visa verificar o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos e a capacidade dos programas, projetos e atividades anteriormente mencionados para viabilizar o alcance desses objetivos no tempo previsto (Mourão et al., 2013).

Uma das justificativas para a adoção dos programas se baseia na substituição de uma estrutura departamentalizada por outra com uma matricial. Nesse caso, profissionais de diferentes áreas participam de um mesmo programa, cujos objetivos a serem atingidos são mais amplos do que os esperados por um determinado setor. Entretanto, é necessária a criação de parâmetros para avaliação de resultados, indicando que a própria fase de avaliação também pode ser planejada e direcionada a um fim: o de alcançar o objetivo da organização. A aplicabilidade e a contribuição da fase de avaliação, para além da estrutura organizacional, podem ser confirmadas pela Agência Nacional dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), que buscou avaliar projetos mal-sucedidos e mal-planejados, cujos objetivos, ações e resultados estavam pouco articulados à estratégia organizacional. Na oportunidade, profissionais elaboraram uma ferramenta gerencial conhecida como quadro lógico/ marco lógico / matriz de planejamento de estrutura lógica para resumir a atuação de programa e projetos a fim de enfrentar problemas diagnosticados. A elucidação desses problemas permite levantar hipóteses para avaliar as complexidades e subjetividades que atravessam esse programa e esses projetos, como: interesses, recursos, viabilidade, sustentabilidade, condições político-econômicas, técnicas internas e externas à organização para a execução das ações (Mourão et al., 2013), racionalidades, experiências, conhecimentos, qualificações (Carvalho, Souza, Shimizu, Senra & Oliveira, 2012). As decisões tomadas pelos

gestores e profissionais envolvem esses elementos, ainda que elas devessem se fundamentar, em especial no campo da saúde, nas necessidades prioritárias, vulnerabilidades e riscos de saúde da população.

Segundo Rossi e Freeman (1989) e Mourão et al. (2013), por meio da avaliação, pode-se: 1) comparar os resultados alcançados antes e depois da implementação de projeto; 2) incluir a coleta e análise de dados; 3) interpretar os dados do programa ou projeto sob avaliação; 4) comunicar os resultados quando de posse da definição dos participantes envolvidos, com base em aspectos mais objetivos e claros no que tange aos elementos econômico, humano e social.

Avaliar é atribuir valor e demanda, definir critérios ou indicadores nem sempre claros para averiguar sistemática e continuamente a qualidade e a eficácia da ação, sendo necessário incorporar a visão de mundo daqueles trabalhadores que realizam o serviço e produzem os resultados (Ferreira, 2004) e dos diferentes atores sociais que compõem um coletivo, cujos interesses podem ser distintos e divergentes (Mourão et al., 2013).

É necessário, também, tomar cuidado para que a avaliação não seja um mero ritual de análise de dados e tabelas quantitativas, sem contribuir efetivamente para a compreensão dos impactos de resultados para a saúde da população. Indicadores devem ser entendidos como parte de um sistema de gestão, e não como um objetivo em si (Ferreira, 2004). Não se deve ter apenas uma produção regular de dados, mas uma regularidade equivalente da sua análise (Carvalho et al., 2012). Isso poderá reforçar a confiabilidade das informações do setor de saúde, que subsidiará o planejamento e instrumentalizará a sua gestão, facilitando o processo de tomada de decisão (Ferreira, 2004).

Avaliar, contudo, implica emitir um juízo de valor em relação à situação ideal e àquilo que se tem até o momento. Tratando-se de juízo de valor, Carvalho (2013) considerava poder haver diferenças de pontos de vista entre os diferentes avaliadores, externos ou internos ao

processo: quem está dentro da situação e executa as ações avalia como controle; quem está fora avalia como fiscalização-auditoria.

A informação estratégica deve ser capaz de apoiar gestores na tomada de decisão de mobilizar equipes diante dos objetivos que emergem no campo da saúde. Essa informação serve para reduzir a alienação dos trabalhadores permitindo que eles reflitam sobre seu cotidiano, suas práticas e seus resultados. Ela deve potencializar o coeficiente de comunicação entre os sujeitos envolvidos no processo, fomentando autonomia e protagonismo coletivos, estimulando a interação entre os profissionais de diferentes categorias e níveis de gestão. A informação estratégica se torna objeto de coanálise e de codecisão de equipes multiprofissionais que trabalham de forma compartilhada e renovam o seu trabalho a partir da aprendizagem gerada. Há um cenário de produção (e prestação) de serviços e de sujeitos proativos, com indissociabilidade entre atenção e gestão, impactadas pelo monitoramento e pela avaliação, que possibilitam mudanças, capacitações e desenvolvimento dos serviços, situações e sujeitos.

Dimenstein e Santos (2005) também disseram da importância da avaliação no campo da saúde a fim de buscar melhorias. A avaliação da eficácia das ações aplicadas devem ser comparadas àquelas do padrão almejado pelo SUS, traduzidas em (alguma) objetividade (Pinto & Gerhardt, 2012). Para Pinto e Gerhardt, os resultados servem de insumos para provimento de recursos materiais, análise do desfecho das ações, das condutas e da situação de saúde da população, de acesso ao serviço, ao desvendamento das necessidades dos usuários para além das doenças. Eles visam ao aprimoramento dos serviços prestados, atendendo às expectativas dos usuários do serviço, ao fornecimento de informações para fundamentar planejamentos e decisões de acordo com a cultura e subjetividade da população local. A avaliação é uma forma de organizar o trabalho e uma ferramenta de gestão em saúde. Entretanto, a sua utilização não substitui o papel de um gestor, que definirá a melhor forma de

utilizar os resultados da avaliação para o aprimoramento das práticas no cumprimento dos princípios do SUS. Pinto e Gerhardt (2012) sugeriram que outros indicadores sejam avaliados, como o nível de saúde/doença, a eficácia do sistema, a satisfação dos usuários e dos profissionais, regulando os recursos orçamentários, farmacêuticos, por exemplo. Os mesmos autores ainda alertaram para a diferenciação entre avaliação e monitoramento, considerando que o primeiro remete às ações e práticas cotidianas, enquanto o segundo diz respeito diz respeito às ações e situações de longo prazo e ao longo do tempo.

A excelência dos serviços pode ser verificada ao se focar as relações interpessoais entre profissionais, entre profissionais e população e a dinâmica organizacional. A conformidade das equipes, a falta de participação, compromisso e envolvimento podem se traduzir em dificuldades para o alcance dessa excelência (Dimenstein & Santos 2005).

Reforçando que a avaliação permite verificar o cumprimento dos princípios do SUS, como acessibilidade e integralidade, Ferreira (2004), sustentava que essa integralidade, por exemplo, exige não apenas ações técnicas, mas trocas intersubjetivas e comunicacionais entre os profissionais locais. Essa avaliação deve auxiliar a identificação dos problemas e das alternativas de equacionamento, sendo capaz de transformá-los em recomendações positivas para sua solução. A integralidade demanda desenvolvimento de vínculo entre as pessoas e de práticas, mas a integralidade do paciente ainda é um desafio cultural, já que o foco ainda permanece sendo a intervenção médica. A avaliação e o diagnóstico englobam o histórico da unidade de saúde, o perfil epidemiológico da população, o alcance e os impactos das ações nos serviços e na população, visando à maximização da atuação dos profissionais. As deficiências dos recursos humanos, financeiros, materiais e gerenciais também devem ser analisadas (Ferreira, 2004).

À gestão cabe monitorar as ações realizadas pelas equipes de saúde, que devem prestar contas dos resultados periodicamente. Mas Dimenstein e Santos (2005) alegaram que, embora

gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde reconheçam a importância da avaliação como instrumento de gestão, alguns trabalhadores apresentam resistência a essa prática por caracterizá-la muitas vezes como controle, e não como uma oportunidade de melhoria.

3.1.3 Realidade do Sistema Único de Saúde

Carvalho et al. (2012) elucidaram os desafios para a institucionalização do monitoramento e da avaliação do SUS, a fim de prover uma agenda estratégica de ações em saúde. Essa avaliação se refere à prática interna de gerenciamento dos resultados da saúde pelos próprios profissionais da saúde, embora existam outras práticas de avaliação, como as de pesquisadores e da população enquanto agentes externos ao sistema, e não enquanto atores sociais diretamente envolvidos com a concepção e operacionalização dessas práticas.

Essa atividade de avaliação pelos profissionais da saúde não faz parte, em regra, da cultura institucional, sendo pouco ordenada, sistematizada e contributiva com o processo decisório de redesenho de estratégias e de formas de operação do SUS na prática. Os esforços resultam, portanto, em documentos e informações não pertinentes e nem sempre seguidas de ações coordenadas e assertivas. Ademais, há ainda a possibilidade implícita ou explícita de a avaliação empregar uma conotação de julgamento, mesmo que seja um norteador de decisões e de mudanças em programas, projetos e políticas de saúde, traduzidas futuramente em novas e até mais assertivas ações (Carvalho et al., 2012).

Entretanto, o SUS é um projeto social do país e é suscetível a questionamentos sobre sua eficiência, efetividade e eficácia, requerendo constantes avaliações, feitas por agentes externos ou internos ao sistema. O próprio MS incentiva o processo de institucionalização da avaliação em saúde, ainda que o incentivo não se traduza em prática, fazendo-se necessária uma condição especial para que ela seja usada pelos atores sociais dos diferentes níveis. A intenção deve ser, em última instância, despertar interesse nos atores sociais em tornar o

trabalho mais racional, objetivo e efetivo. Isso não quer dizer que esses trabalhadores não refletem sobre o seu trabalho, mas que o fazem de forma pouco sistematizada, criando estratégias pouco efetivas para o serviço de saúde. Há gestores e profissionais, contudo, que percebem que esse instrumento de gestão também é um instrumento de negociação, de fortalecimento de poder e de contribuição para a solução de uma situação, ao permitir diálogo, reflexão e compreensão mútua entre diferentes atores. O benefício da produção sistemática de informação está na rápida avaliação situacional e na intervenção oportuna, culminando no alcance dos objetivos de saúde. Os beneficiados são gestores, equipes de saúde e população (Carvalho et al., 2012).

Evidenciei esses benefícios do gerenciamento estratégico em saúde em pesquisa antecedente, quando os gestores e profissionais municipais da saúde comprovaram sua produtividade e os serviços prestados diante de um questionamento feito pelo governo estadual, permitindo, inclusive, o recebimento de uma premiação financeira e a alteração do valor de uma das metas estaduais a serem cumpridas localmente (Almeida, 2011). A avaliação deve ser vista, portanto, como um incentivo e não uma ameaça para assegurar o cumprimento, ao menos mínimo, dos padrões de qualidade. A prática avaliativa deveria ser incorporada à cultura e instituída como atribuição e responsabilidades dos profissionais e gestores de saúde, impedindo-os de se esquivar dela. Seu objetivo não deve ser outro senão o de identificar, corrigir, mudar potencialmente para melhor. Deve ser possível, igualmente, identificar os méritos das ações aplicadas (Carvalho et al.; 2012).

É necessário haver caminhos para a institucionalização da avaliação nas instituições de saúde. Embora atualmente apareça como algo extrínseco, a sua legitimação pode torná-la mais interessante e confiável para quem está dentro da organização. Ademais, a informação pode ser vista como instrumento democrático, de mobilização e de fortalecimento social. Cooperação, apoio, convergência de esforços, canais de comunicação e diálogo, qualificação

da equipe técnica de monitoramento e avaliação, ferramentas e tecnologias de apoio são meios para institucionalizar tal atividade. Também realizar avaliações com os profissionais que vivenciam os problemas valoriza o saber local, aumentando as chances de seus resultados serem utilizados por eles para gerar transformações. O uso da avaliação auxilia a tomada de decisão, a prestação de contas, a produção de conhecimentos e de sujeitos, a emancipação, a excelência das pessoas, o grupo de instituições (Carvalho et al.; 2012).

3.1.4 Limites e contribuições do planejamento estratégico no Programa de Saúde da Família

Os resultados de avaliações já têm apontado alguns problemas no sistema de saúde. Paim (2013) alegou que, apesar dos mais de 25 anos de SUS como política pública, torna-se necessário olhar o Brasil para além das aparências e do discurso oficial, já que há uma redução da contribuição do governo federal relacionada aos gastos com o sistema desde 1988. Os problemas vão desde a organização do sistema, passando pela gestão, terminando em insatisfação dos usuários. Eles estão categorizados em organização e estrutura; recursos humanos; gestão; planejamento estratégico; responsabilidade governamental; qualidade do cuidado e dos serviços com usuários; controle social, os quais exponho a seguir.

3.1.4.1 Organização e estrutura. Falta de material, equipamento; sujeira da unidade de saúde; ausência de atendimento eficiente e rápido; inadequação das instalações físicas, normalmente pequenas e quentes (Dimenstein & Santos, 2005; Marques & Mendes, 2007); material defasado (Melo et al., 2012). Temas de capacitação para os profissionais da saúde não são agendados previamente, nem apresentam um conteúdo de seu interesse (Melo et al., 2012). Permanência do caráter curativista da medicina, confirmada pela alta taxa de utilização de serviços médicos.

3.1.4.2 Recursos humanos. Condições de trabalho precárias: terceirização, falta de efetivação dos planos de carreira, cargos e salários (Paim, 2013); falta de interesse e de gosto pelo trabalho por parte de alguns membros da equipe (Dimenstein & Santos, 2005; Marques & Mendes, 2007); falta de pessoal qualificado para funções que requerem atenção e cuidado e também de programação, vigilância e avaliação das ações em saúde .

3.1.4.3 Gestão. Falta de capacidade e de qualificação gerenciais dos gestores municipais redundam em – não saber o que e o como fazer, tomar decisões, orientar, negociar e avaliar processos de produção, resultados e viabilidade de alcance das metas tendo em vista a consecução de objetivos governamentais e a aplicação dos princípios do SUS (Ferreira, 2004). Esse não saber o como fazer advém do despreparo e das suas incompetências técnicas e comportamentais, pois são empregados em função de alianças políticas. Ressalte-se que os prefeitos do mesmo partido do governo estadual ou federal recebem mais recursos públicos dos que os de partidos adversários. A dependência da gestão local às decisões da gestão regional sinaliza que a descentralização do poder para os gestores municipais não ocorreu de fato. Além disso, há cortes de verbas da saúde (Melo et al., 2012) e má administração de recursos financeiros, normalmente destinados aos hospitais, e não à Atenção Básica. Por fim, a atuação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) como um crítico, e não como um colaborador, e as burocracias internas dificultam ainda mais os cuidados com a saúde.

3.1.4.4 Planejamento estratégico. Uma das evidências na dificuldade do planejamento estratégico se apoia na atividade de gerenciamento dos serviços da Atenção Básica de Saúde (ABS). Um exemplo esclarecedor é relatado por Mendonça (2010), segundo quem, em Ribeirão das Neves (outro município mineiro), há dificuldades na deliberação de decisões e ações prévias frente às particularidades locais, dos desconhecimentos e da inexperiência profissional. O pressuposto era que as ações não eram planejadas previamente, principalmente pela gerente. Na verdade, existia um planejamento, mas normalmente esse não era antecipado

(deliberado) e sim entrelaçado com as ações emergentes, culminando no que a própria gerente chamou de “*planejar fazendo*”. Diante de pressões decorrentes de problemas – falta de informações, inexperiência no novo cargo decorrente da alta rotatividade dos profissionais, falta de médico e de medicamentos, unidades inadequadas –, a gerente teve dificuldades na elaboração do planejamento, quando uma de suas tarefas foi formalizar uma programação anual de saúde, determinando metas para a Atenção Primária, conforme exigido pelo MS. Seus conhecimentos prévios, advindos do cargo de enfermeira no próprio PSF, ajudaram-na na organização das ações e nas tomadas de decisão. Por exemplo, recusar um médico adicional cedido pelo Estado ao município para cuidar exclusivamente de pacientes com dengue tendo em vista que isso poderia gerar revolta na população que, devido à falta de recursos do município, espera meses por uma consulta médica. Sua decisão foi a de que os próprios médicos que compunham seu quadro de pessoal no município deveriam também atender às demandas extras da saúde da população.

3.1.4.5 Responsabilidade governamental. São de responsabilidade do governo problemas relacionados a concurso público, verba, investimento, salário, nova unidade de saúde (Dimenstein & Santos, 2005).

3.1.4.6 Qualidade do cuidado e dos serviços com usuários. Insatisfação com a falta de paciência, com o mau humor e com a indiferença dos profissionais com a população e entre eles; consultas pouco detalhadas e esclarecedoras; dificuldade de acesso às consultas, aos exames e medicamentos; tempo de espera para atendimento de no mínimo 30 minutos, podendo chegar a quatro horas nas filas; insatisfação da população com o lento fluxo de atendimento e com a má organização dos serviços; desigualdade de oferta desses serviços entre regiões do país ou mesmo no município; grande distância física entre UAPs e residências com cobertura do PSF, falta de transporte e dificuldade econômica para que a população se desloque até uma unidade de saúde (Dimenstein & Santos, 2005; Marques &

Mendes, 2007).

3.1.4.7 Controle social. Falta de consciência da população em relação aos seus direitos e deveres; não participação popular (Dimenstein & Santos, 2005).

As avaliações dos serviços de saúde, como se pode ver acima, além de permitirem detectar os problemas do sistema, também favorecem o planejamento de estratégias de melhoria. Diante disso, essas mesmas avaliações também devem identificar a necessidade de maior valorização das ações realizadas pelos profissionais da saúde. Tal valorização pode ocorrer por meio do rompimento com as hierarquias e com relações de poder existentes entre as diferentes funções e entre os diferentes níveis de atuação. Equipes democráticas, autônomas, compromissadas, com papéis e responsabilidades bem-definidos, com novos padrões de remuneração poderiam ajudar a reduzir a desigualdade entre as categorias, incentivando profissionais a aderirem às propostas do SUS. Para que isso ocorra, contudo, é necessário reciprocidade por parte dos gestores do SUS, traduzidas em boas condições de trabalho e em favorável relacionamento humano, estimulando o alcance da excelência nos serviços. A formação dos profissionais e as relações de trabalho devem propiciar um sistema mais eficiente, em especial porque o SUS exige novos conhecimentos, comportamentos, postura e cultura por ser esse profissional um agente de transformação social em um sentido mais abrangente (Dimenstein & Santos; 2005).

Embora não foquem no relacionamento entre a própria equipe, esses autores reconheceram a importância de se estabelecer uma relação mais humanizada de vínculos afetivos, de confiança, satisfação e empatia, inclusive com o usuário. Esse cenário gera maior comprometimento da equipe com o trabalho, que se traduz em comportamentos como: assiduidade, atendimento humanizado, cumprimento das obrigações e gosto pelo que se faz. As autoras questionaram, contudo, a busca pelo trabalhador assíduo e a sua culpabilização

pelo não alcance da qualidade e dos ideais do sistema de saúde. Isso porque os profissionais estão diante de uma defasagem salarial, desmotivados, sem reconhecimento. Ademais, eles têm que lidar com problemas administrativos e estruturais, mau gerenciamento em diferentes níveis da atenção à saúde e com o despreparo profissional. Oferecer oportunidade de crescimento profissional, incentivo ao trabalho em equipe, melhores condições de trabalho e salários e propiciar maior proximidade entre as equipes de saúde e os demais profissionais de outros níveis de atuação seriam possíveis soluções.

Por esses motivos, ao pensar na relação instituinte e instituído da saúde pública, Fleury (2009 citado por Paiva & Teixeira, 2014) considerou que tal reforma ainda não conseguiu transformar a saúde em um bem público, sugerindo continuidade desse processo ainda não concluído.

Mesmo diante de tantas falhas contundentes, avaliações e monitoramentos sinalizaram que é possível identificar alguns avanços nos resultados da saúde desde a implementação do SUS, em especial do PSF. Por exemplo, de 1992 a 2004, em cada 1.000 crianças de até cinco anos, a mortalidade foi reduzida de 65 para 27, o acesso da população ao PSF quase dobrou (Cornwall & Shankland, 2013), a mortalidade em geral diminuiu (Marques & Mendes, 2007). Além disso, e paradoxalmente aos resultados detectados como pontos a melhorar no sistema, a população considera que existam aspectos positivos, como a prática humanizada (o usuário se sente bem-recebido, compreendido, bem-cuidado porque é atendido com educação e atenção, bem-examinado, medicado e também encaminhado para exames ou para atendimentos relacionados a determinadas especialidades médicas); proximidade de sua residência com a unidade de saúde; gratuidade do cuidado; preparação, competência, educação, eficiência e grau de instrução das equipes de saúde (Marques & Mendes, 2007). Gestores e profissionais da saúde também apontam os aspectos positivos, como a coparticipação entre esses mesmos profissionais e entre eles e os gestores e usuários do

serviço. Uma das evidências está na integração e nas reuniões periódicas com a SMS (Melo et al., 2012).

As situações supracitadas evocam a importância da avaliação e do monitoramento dos resultados de ações e das práticas de saúde, a fim de melhorar, aprimorar e alcançar a excelência do serviço (do sistema ou as estratégias internas ao sistema, PSF). Em vista disso, posso dizer que a prática de gerenciamento municipal de saúde se caracteriza como uma ferramenta de gestão capaz de ajudar a trilhar um caminho rumo ao alcance dos princípios do SUS.

Como demonstrei em pesquisa antecedente (Almeida, 2011), em um município interiorano mineiro, a prática do gerenciamento estratégico de saúde municipal – atualização das informações, consolidação e mapeamento dos dados dos serviços prestados localmente pelos PSF – tem sido considerada um instrumento de gestão auxiliar ao planejamento estratégico das ações coordenadas de saúde, conforme as experiências bem-sucedidas desse município.

3.2 Gerenciamento Estratégico em Saúde: A Sala de Situação

A saúde pública é uma das áreas que faz uso do conceito de planejamento a fim de pensar, desenvolver e executar melhor suas estratégias de ação. Tradicionalmente, o planejamento está subdividido em três níveis: estratégico, tático e operacional. O nível estratégico abrange toda a estrutura organizacional, estabelecendo objetivos de longo prazo e ações de forma geral. Por sua vez, compete ao nível tático, ou à média gerência, adaptar os pontos estabelecidos pelo nível superior, fazer os ajustes às necessidades, definindo objetivos de curto prazo, propiciando o alcance das metas. Ao operacional cabe a formalização e implementação dos planos, as definições metodológicas e a organização de pessoal (Bateman & Snell, 2006; Oliveira, 2004).

Como dito na descrição anterior do SUS, é da competência dos governos estaduais a implantação e o gerenciamento das metas e diretrizes estabelecidas em âmbito nacional. Ao município, cabe a operacionalização de programas de saúde, sendo essa uma das formas de garantia do acesso universal à Atenção Básica à Saúde, estratégia estrutural correspondente ao PSF (Brasil, MS, 2001, 2008A; Carvalho, 2013).

A necessidade municipal de operacionalização de programas de saúde leva alguns gestores municipais a desenvolver estratégias próprias para o seu alcance e para a melhoria da saúde da população e elas se expressam em metas e indicadores. No município mineiro, a chamada Sala de Situação (SaSi) em saúde enfatiza os aspectos de gestão estratégica, com foco especial no PSF, pelo fato de o Programa cobrir mais de 83% da população dessa cidade (Almeida, 2011), contribuindo com o SUS no processo de diminuição da vulnerabilidade social e de melhoria da qualidade de vida da população.

A partir da implementação da SaSi nesse município em 2007, demonstrei que os resultados de saúde estavam sendo progressivamente melhorados até 2011 – apesar das características iniciais serem precárias em estruturação e organização –, permitindo inclusive o alcance de metas estipuladas pelos diversos órgãos da saúde, como a Secretaria Estadual de Saúde (SES), por meio do Projeto Estruturador “Saúde em Casa”. Em razão dessa melhora progressiva e contínua dos indicadores, o município e sua sala de situação são considerados um caso de sucesso e têm servido de exemplo para a implantação e o desenvolvimento de sistemas de gestão municipal em saúde, sobretudo por sua capacidade de gestão estratégica (Almeida, 2011).

Localmente, os técnicos em saúde da SaSi utilizam um método e instrumento de gestão, o ciclo do *PDCA* – *plan, do, check, action* (cuja lógica consiste em planejar, fazer, checar os resultados e agir novamente). Em uma aproximação inicial, o processo é o mesmo de qualquer gestão estratégica: definidas as metas e o plano de ações, alguns dados das UAP

são enviados para a sala de gerenciamento estratégico e, após consolidação, são analisados e utilizados como suporte para definição de ações de melhorias dos serviços de saúde. Os indicadores de taxa de cobertura da população e de frequência de oferta dos serviços de atenção primária devem ser contínua e ininterruptamente monitorados, em especial no que diz respeito ao Projeto Saúde em Casa (Almeida, 2011).

Demonstrei, por meio de um estudo de caso realizado de 2009 a 2011 – o exame Preventivo do Câncer do Colo de Útero (PCCU) –, como se combinavam planejamento estratégico, planejamento emergente (planejamento não consciente e prévio) e pensamento estratégico (criatividade), considerando a contribuição dos diferentes níveis da pirâmide hierárquica, de forma a explicar como foi possível alcançar, com qualidade, a meta estipulada pela SES (Almeida, 2011).

A hipótese de que o sucesso da SaSi se explicava pela “forte” combinação entre pensamento estratégico de seus técnicos e a experiência prática dos profissionais das equipes de PSF confirmou-se com a minha pesquisa etnográfica. As ações desenvolvidas, ora pelos planejadores, ora pelos executores, ora por ambos, fizeram toda a diferença. Começando por um nível de complexidade menor, evoluindo até o maior, pode-se dizer que as ações foram (Almeida, 2011):

1. Divulgação de informações e conhecimentos disponíveis sobre o exame e o câncer: informação de datas, horários, coleta de exames nas UAPs por profissionais capacitados; esclarecimento da importância do exame; relação do exame com a histerectomia (cirurgia de retirada parcial ou total do útero) e a virgindade; combate a crenças sobre procedimentos da coleta; relação entre câncer e morte;
2. Mudanças institucionais e organizacionais: horários alternativos, frequência e dias de coleta, sexo do enfermeiro, estipulação de prazo de envio de amostras coletadas para o laboratório, adequação e realocação de recursos materiais, pessoais e de infraestrutura para a

coleta, mutirões;

3. Apoio a ações em situação: acompanhamento e avaliação das ações, convencimento face a face.

Essa situação de sucesso do gerenciamento estratégico em saúde foi comprovada com base em resultados alcançados em algumas ações desenvolvidas, por exemplo, a divulgação da informação sobre o PCCU pela rádio da cidade ou pelo uso de carro de som que passava em determinadas ruas. Como as salas disponíveis para a realização do exame na Saúde da Mulher ficavam vazias nos dias de atendimento, profissionais da SaSi levantaram a possibilidade de algumas usuárias não terem realizado o PCCU por falta de informação. Embora houvesse a capacidade de atendimento em torno de dez pessoas por dia, havia registros de dias sem nenhum ou de apenas um atendimento (Almeida, 2011).

Buscando atrair as mulheres para a realização do exame, os profissionais do PSF discutiram, durante uma reunião informal e não planejada, sobre possíveis ações objetivando aumentar o número de exames, sendo uma delas uma entrevista dada na rádio da cidade. Essa rádio é um dos principais meios de comunicação do município por pelo menos três motivos: 1) a Prefeitura tem espaço para participação em programas jornalísticos; 2) as pessoas, principalmente as mulheres que não trabalham, têm o hábito de ouvi-la, pois podem participar dos programas ao vivo (pedindo músicas, fazendo perguntas); 3) a população do município é totalmente atingida, incluindo da zona rural. A ideia da utilização da rádio era possível pelo conhecimento sobre as peculiaridades do município e a sua inserção nessa cultura, o que os fez saber que as pessoas escutavam a rádio desde crianças (Almeida, 2011).

Como a Prefeitura já participava às quintas-feiras dos programas jornalísticos por meio de entrevistas na rádio mineira Itatiaia, o espaço destinado usualmente à coordenação de PSF seria concedido a dois profissionais da saúde, para participação em entrevistas informativas rápidas (dois minutos), gravadas com antecedência, ou longas (uma hora),

realizadas ao vivo, podendo a população fazer perguntas sobre o assunto (Almeida, 2011).

Esses profissionais eram referência no município: um por ser a enfermeiro responsável pela Saúde da Mulher; o outro, ginecologista há 20 anos, por ter implantado o serviço de coleta do exame do PCCU no município e ser médico responsável pelo acompanhamento e tratamento de casos de patologia das mulheres, inclusive de cânceres de útero e mama. Mais de 10.000 pacientes já tinham sido examinadas pelo profissional por meio do serviço público, além de ter 9.240 mulheres cadastradas em seu consultório particular. Ele é respeitado pela população em geral e, com essa trajetória, acumulava ampla experiência e conhecimento técnico sobre o assunto (Almeida, 2011).

Mais uma vez, as indicações dos profissionais para a realização das entrevistas foram baseadas em um conhecimento prévio, reforçando a importância dos conhecimentos tácitos. Como os profissionais da SaSi já haviam trabalhado no PSF, sabiam que questões como respeito, reconhecimento, fala e postura diferentes poderiam impactar mais as mulheres por terem acesso a informações mais técnicas sobre o câncer (Almeida, 2011).

Outra forma de divulgação foi a utilização do carro de som da prefeitura, o que era habitual nas campanhas de vacinação, quando as mães precisavam ser informadas sobre a necessidade de se levar as crianças ao posto de saúde para vacinação. Elas diziam ter ouvido a informação pelo carro de som e, sabendo disso, a técnica pensou que o mesmo carro poderia ser utilizado para divulgação das ações sobre o PCCU (Almeida, 2011).

As informações transmitidas pelo carro seriam úteis para ajudar os profissionais na divulgação do PCCU devido ao desfalque de ACS nas unidades de saúde. Nesse período, os ACS antigos continuaram trabalhando, tentando visitar também microáreas desfalcadas, o que nem sempre era possível devido à quantidade de famílias e pelo fato de, às vezes, não haver ninguém na casa (Almeida, 2011).

Alguns dos fatores que contribuíram para alcançar a meta foram: 1) o conhecimento e

a experiência prévios da equipe a respeito dos saberes e fazeres locais, das informações factuais e intangíveis para o reconhecimento e a valorização das ações desenvolvidas pelos profissionais de cada um dos PSFs, com base nos resultados satisfatórios em relação ao esperado, permitindo-lhes disseminar as boas práticas com outras UAPs; 2) a possibilidade dos ajustes, da (re)adaptação do planejamento estratégico sugerido pela SaSi em nível local; 3) a criação de uma nova ação por parte das equipes locais, considerando as particularidades que as cercavam, quando, em determinado momento, coube a cada profissional do PSF a produção argumentativa do convencimento face a face, quando técnicos da SaSi em nada influenciavam (Almeida, 2011).

Alertei, naquele período, para os riscos oriundos da gestão por resultados, da análise apenas dos dados quantitativos ou do não saber o que fazer com os números. Isso poderia culminar em penalização, insatisfação e perda do sentido do trabalho. Saber analisar as entrelinhas dos dados qualitativos ou das informações e possibilitar a (re)negociação de metas também foram considerados alguns dos passos necessários para o sucesso (Almeida, 2011).

Em alguns casos, boas práticas, como a de gerenciamento estratégico, costumam ser compartilhadas, implantadas e seguidas por outros trabalhadores. Em outros, as pessoas buscam manter as mesmas práticas institucionalizadas, ainda que o quadro de trabalhadores seja novato. Mas Wisner (1994) sinalizou certa preocupação quanto aos aspectos sociotécnicos envolvidos nesse processo, como a diversidade das situações em diferentes regiões; as exigências particulares de cada ramo industrial; a história de cada empresa; a tecnologia escolhida, quando se busca a transferência internacional de tecnologias. Isso porque essa transferência abrange desde questões como máquinas e produtos, até saberes, *know how*, procedimentos científicos e técnicos.

Da mesma forma, para que a replicação de uma boa prática aconteça com sucesso – por exemplo a transferência de tecnologia –, problemas sociotécnicos, como divergências

institucionais, culturais, sociais, geográficas, materiais, políticas, econômicas, comerciais e financeiras, precisam ser solucionados (Wisner, 1994). Entretanto, embora já exista uma literatura que trata da importância de se atentar para esse aspectos, há uma escassez no que diz respeito aos aspectos psicossociológicos capazes de criar uma condição ou mesmo uma ruptura das relações e das ações instituídas pelos atores locais ao tentarem implantar a nova tecnologia ou uma prática de uma forma de vida. Aspectos de fundo, como a relação entre profissionais, a interação, as práticas compartilhadas, legitimadas e instituídas coletivamente, as vivências prévias, o entendimento mútuo e a comunicação entre os trabalhadores dos PSFs, gestores em saúde e os técnicos da SaSi podem nortear a discussão sobre o bom ou mau funcionamento da prática de gerenciamento em saúde como um todo. Por essas razões, estabeleci os seguintes objetivos específicos:

- Explorar condições necessárias para o bom funcionamento da prática do gerenciamento estratégico em saúde.
- Identificar as influências dos aspectos psicossociológicos sobre as relações profissionais e as práticas instituídas.

4 – Cultura e Relação de Confiança

4.1 Participação em uma Forma de Vida

Forma de vida pode ser entendida como cultura e mundo social. Esses termos contribuem para a compreensão sobre o funcionamento, a continuidade ou descontinuidade de uma Comunidade de Prática (CoP) frente à diferença entre as formas de vida de seus membros (Ribeiro, 2007). Essas formas abrangem o modo de agir compartilhado entre seus participantes; o padrão social, comportamental e estabelecido; as convenções sociais; os hábitos e os costumes e a tradição; os valores; as práticas e ações; os princípios; os conceitos. Abrangem, também, a sequência e a aplicação de uma regra; o entendimento compartilhado e mútuo. O acordo tácito e verbal entre os afiliados acerca de uma forma de vida define o que é certo ou errado para a comunidade em questão, demonstrando, dessa forma, que os modos de agir são atribuídos, pactuados e construídos (Winch, 1975 citado por Ribeiro, 2007).

A capacidade de seguir uma forma de vida depende da aprendizagem e do entendimento tácitos das tradições e das práticas, da experiência diária, conferindo-lhes a devida importância e a possibilidade de continuidade de algo que está, ao menos, instituído, levando seus membros a uma vida comum (Ribeiro, 2007).

O conceito de CoP sustenta-se na abordagem sociocultural e na teoria da aprendizagem vygotskyana, com foco no conceito de zona de desenvolvimento proximal (Silva, 2012), compondo-se de três dimensões: compromisso mútuo entre os membros, empreendimento conjunto e repertório compartilhado.

O compromisso mútuo é compreendido como a densidade das relações entre as pessoas afiliadas, o trabalho conjunto, as conversas e o compartilhamento de informações, as sugestões em busca de respostas aos problemas, as contribuições complementares de competências e conhecimentos dos demais, que se superpõem em certa medida. Porém, esse

compromisso mútuo não significa homogeneidade, embora possa haver momentos de similaridades, uma vez que os participantes podem apresentar diversidades e diferenças. Isso quer dizer que o próprio desacordo é uma forma de participação em uma CoP (Wenger, 2001).

O empreendimento conjunto, por sua vez, refere-se às responsabilidades individuais e coletivas destinadas à realização das atividades, buscando melhorar seu desempenho e resultado, já que as respostas estão interconectadas. Porém, esse empreendimento agrupa toda a energia que seus membros dedicam – dentro das restrições que seu contexto institucional lhes impõe – à busca por um lugar mais adaptado a eles mesmos. É certo, contudo, que o empreendimento conjunto nunca está totalmente determinado por uma ordem externa ou por uma regra isolada, cabendo aos próprios afiliados interpretar, participar e compartilhar desse empreendimento (Wenger, 2001).

O repertório compartilhado associa-se aos recursos partilhados, como instrumentos e relatórios produzidos ou adotados por seus participantes para desenvolverem suas práticas, a fim de facilitar seus trabalhos. Esse repertório pode ser visto como uma forma de expressão de sua afiliação e identidade. As discrepâncias de interpretação e os mal-entendidos devem ser apontados, contudo, se interferirem no compromisso mútuo, tornando necessária a produção de novos significados (Wenger, 2001).

Mas seguir uma regra demanda a compreensão do conjunto de regras que está implícita naquela. O agir pressupõe um pano de fundo – *background* – que leve o sujeito a atribuir sentido a algo que o convoque em dada prática social. Esse *background* é a condição anterior à capacidade de interpretação das ações e das situações, consistindo em capacidade, aptidão, *know how*, que dependem do hábito já corporificado. A atuação do estado mental é o resultado da soma da consciência intencional e das capacidades, aptidões, *know how*, *background* (Searle, 1997; Taylor, 2000). Algumas das capacidades são adquiridas pelas

peças em forma de regras ou fatos, pois alguém lhes ensinou formalmente uma norma (Searle, 1997).

Formular razões, explicações e representações depende da inserção da pessoa em dado contexto e da relação profissional e interpessoal estabelecida com o outro em uma prática social. As pessoas são capazes de moldar representações, formular o que é o mundo, definir quais são suas metas, o que estão fazendo, mas a ação inteligente pode ser levada a efeito sem ser formulada. Isso quer dizer que a capacidade está em agir e não em formular ou explicar uma regra (Taylor, 2000), pois o conhecimento já está incorporado. O indivíduo diz: “É simplesmente o que faço” (Wittgenstein, 1996, p. 217 citado por Taylor, 2000, p. 183). O inverso também é verdadeiro, já que a falta de um pano de fundo pode dificultar ou até mesmo impedir a aplicação da regra.

Atos de mais de uma pessoa levam à integração já que são atos partilhados e demandam compreensões também partilhadas e sentido de propósito comum, culminando em um ritmo. É essa integração que influencia a representação que o indivíduo tem de si, da sociedade e do mundo, contribuindo para a formação de sua identidade, que não depende apenas de propriedades individuais (Taylor, 2000).

Devido à sociabilidade inerente aos seres humanos, as pessoas participam, a todo momento, da consecução das CoPs, interagindo entre si e com o mundo, adequando as suas relações com os demais. A simples participação da e na prática já leva a um aprendizado, que culmina em práticas específicas dessa comunidade, situada temporal e espacialmente em dado contexto (Wenger, 2001). Para esse autor, a continuidade das CoPs depende do sujeito ativo, que aprende e que participa concomitantemente de tal prática, indicando uma substituição da ideia desse sujeito por uma ideia de aprendizagem como participação. Assim sendo, o foco se desloca do processo cognitivo do sujeito para uma perspectiva social da prática (Silva, 2012). Participar de uma CoP pressupõe ação e conexão (Wenger, 2001), já que os membros devem

fazer parte, compartilhar da atividade, relacionando-se com as pessoas que reflatam o processo.

Participar não é colaborar necessariamente, já que uma relação pode ser conflituosa ou harmoniosa; íntima ou política; competitiva ou colaborativa. Ademais, como afirmou Wenger, as relações de uma CoP são uma mescla de poder e dependência, prazer e dor, êxito e fracasso, aliança e oposição, resistência e conformismo, confiança e receio. Isso quer dizer que as crenças das pessoas não são as mesmas, por isso elas não estão de acordo com tudo, o que abre espaço para discrepâncias, conflitos e tensões, culminando ou em uma renegociação coletiva ou em um rompimento das relações entre os participantes de uma comunidade. Esse rompimento pode ser demandado por qualquer membro de qualquer nível de atuação.

Se um indivíduo decide quebrar as regras de uma forma de vida, poderá ter problemas, já que conclusões diferentes geram conflitos e consequências práticas. O grau de diferença ou semelhança nas formas de vida entre os membros vai se refletir na (des)continuidade da interação entre os membros, podendo dificultar a comunicação e a ação entre as pessoas pertencentes a diferentes culturas (Ribeiro, 2007).

O que pode faltar para que uma CoP tenha coesão suficiente para funcionar implicaria algo sutil e delicado de se perceber: tanto pode ser a ausência de um elemento concreto, como a falta de informação, quanto a falta de um ambiente de simpatia criado pelos comentários e trocas entre os participantes (Wenger, 2001).

No que se refere à aprendizagem da prática, Lave (2011) abordou o assunto focalizando o caso da alfaiataria. Demonstrou como o *background* do iniciante é tido como o pano de fundo que está por trás da sua capacidade de interpretação das ações e das situações (Lave, 2011; Searle, 1997). Em um cenário de coesão, o processo informal instituído de aprendizagem tem início: o mestre-alfaiate apresenta-se como um tutor do aprendiz, interessado em seu aprendizado, a fim de que a qualidade do produto desenvolvido pelo

iniciante alcance condições necessárias para sua comercialização.

A oportunidade de mudança gradual de participação do iniciante ocorre com base na aprendizagem das tarefas mais rudimentares. Das primeiras tentativas, o iniciante passa para a prática da costura, em seguida para a prática de corte e, finalmente, é capaz de se autocorriger. Antes, tal tarefa era do mestre, que atentava para as dificuldades do novato, traduzidas em erros, demonstrava-lhe como fazer, exigindo dele refazer o serviço. Cuecas, chapéus, calças, camisas, vestidos e roupas de alta costura, como ternos, são considerados, nessa ordem, sendo que as roupas de maior complexidade exigem que o aprendiz comece pelas mais fáceis (Lave, 2011).

Nessa relação de aprendizagem do ofício que ocorre em função da relação mestre/aprendiz, por exemplo, dada a desigualdade evidente de poder, essa relação se assemelha à de patrão/ cliente. Nesse momento, os veteranos esperam respeito e serviço do outro, que busca aprender e participar daquela prática (Lave, 2011). Essa própria relação de desigualdade, contudo, é negociada no processo de reconhecimento mútuo entre os participantes daquela forma de vida. A participação periférica legitimada do iniciante é condição *sine qua non* para a aprendizagem e corresponde à autorização e ao acesso à prática para que o aprendiz venha a se tornar um participante completo daquela comunidade de prática (Lave, 2011; Wenger, 2001).

Além do aprendizado técnico, o novato precisa atrair a atenção dos veteranos e estabelecer relações de confiança para poder ter acesso à comunidade e à prática, adquirindo legitimidade suficiente para ser tratado como membro em potencial, como participante pleno. Entretanto, caso o veterano perceba que o novato não corresponde às suas expectativas, ou do ponto de vista técnico ou comportamental, ele pode enviá-lo de volta para casa. Da mesma forma, o novato também pode romper a relação, quando a situação/interação em si nada está lhe acrescentando e ele não está aprendendo (Lave, 2011). Atender à expectativa do outro

torna-se elemento condicional para a continuidade ou descontinuidade de membros ou da própria CoP (Wenger, 2001).

Os casos do processo informal de institucionalização do aprendizado da arte da alfaiataria apresenta, em seu pano de fundo, o que é necessário para uma comunidade de prática funcionar. *Background*, estabelecimento de relações entre membros de uma determinada prática, entendimento mútuo, um ambiente coeso e de simpatia, uma relação de confiança e de cooperação entre os sujeitos, a utilidade, contribuição e expectativa – do jovem aprendiz e do mestre veterano no ofício – e a possibilidade de acesso à prática e aos seus diferentes níveis são essenciais ao bom funcionamento da CoP. Entretanto, embora os teóricos (como, Lave e Wenger) apresentem alguns aspectos tácitos e humanos da cooperação, sinalizando o que é necessário para um bom funcionamento da CoP da alfaiataria, eles não o fazem em demasia, além de não apresentarem como ocorre o processo dessa construção das relações profissionais, já que seu foco é o processo de aprendizagem da prática em si. Por não ser foco de discussão da autora (Lave, 2011), o funcionamento de CoPs foi evidenciado frente a um contexto relativamente sadio de relação de cooperação entre mestre e aprendiz, quando as pessoas seguem as regras já instituídas naquele contexto ou as constroem juntas em primeira mão. Todavia, não fica evidente como essas relações de profissionais e interpessoais podem ser construídas, rompidas e retomadas em função dos aspectos psicossociológicos que se colocam como pano de fundo da situação, ainda que Lave e Wenger tenham admitido que desacordos, conflitos, heterogeneidade, tensão sejam aspectos inerentes às práticas. Essa situação apresenta-se como um limite teórico que me convida a buscar maiores informações com o propósito de produzir conhecimento para preencher essas lacunas, especialmente no que diz respeito à prática de gerenciamento estratégico em saúde. Além do mais, o contexto ocupacional de pesquisa dos citados autores era manufatureiro. Tal diferença, deve ser compreendida como um estímulo para explorar o assunto no setor de serviços de saúde.

É necessário compreender como o *background* possibilita seguir uma regra, estabelecer conversas e comunicações entre os participantes de dado contexto, transformando as ações em situações bem-sucedidas. O limite desse *background* pode gerar mal-entendidos entre os envolvidos, podendo levar a um rompimento da relação de cooperação entre os membros da CoP.

4.2 *Background* como Meio Interpretativo para o Gerenciamento Estratégico

Toda noção é suscetível de diferentes interpretações, dependendo então do *background* para seu esclarecimento. Uma mesma palavra pode ter diferentes sentidos em frases distintas, ainda que o seu significado literal permaneça constante e que as sentenças que contêm essa palavra sejam interpretadas a partir de um *background*. Com isso, para que uma ideia, expressão ou palavra seja clara e tenha uma aplicação bem-sucedida esse *background* é necessário, traduzido em capacidade de interpretação (Searle, 1997; Theureau, 1992).

A capacidade de interpretação está relacionada à participação em uma CoP, cujas convenções e acordos sociais são construídos e instituídos coletivamente por seus atores sociais (Piore et al., 1994; Winch, 1975 citado por Ribeiro, 2007).

Definir um alvo a longo prazo é essencial para dar sentido à ação coletiva de uma CoP. Um objetivo é portador de sentido e dá a direção geral de forma compreensível e mobilizadora às decisões e ações (Lorino, 1997). Essa visão é análoga à de algumas teorias motivacionais, como a de estabelecimento de metas e *feedbacks*, que defendem que o estabelecimento de metas corresponde a um processo motivacional de trabalhadores e de clarificação de suas funções, a fim de canalizarem esforços para melhorar o desempenho no trabalho (McShane & Von Glinow, 2014). Por sua vez, o gerenciamento estratégico desses esforços auxilia o alcance do objetivo pretendido, mas requer, para tal, capacidade de interpretação dos resultados (Searle, 1997).

Seguir ou não uma regra procedimental, contudo, não está relacionado apenas ao *background*, mas também ao seu impacto e a sua contribuição para o trabalho. Por isso as regras funcionais dependem de que alguém concorde em obedecer a essas regras (Sennett, 2013).

A ideia de gerenciamento estratégico está relacionada ao ato de pilotar as ações, de saber fazer, especialmente ao saber fazer cada vez melhor para se alcançar os objetivos organizacionais. Esse fazer cada vez melhor é um processo contínuo, que acarreta uma aprendizagem também contínua. Em um ciclo contínuo, busca-se desdobrar a estratégia e as metas organizacionais em ações operacionais, compreender seus resultados, diagnosticar problemas e reiniciar esse ciclo, sendo o *background* o recurso interpretativo para cada fase do gerenciamento (Lorino, 1997; Searle, 1997).

A capacidade de interpretação dá sentido a algo, influenciando as decisões e o curso da ação. Essa interpretação, por sua vez, ocorre a partir do patrimônio de experiências passadas, opiniões, desejos, representações, modelos mentais, *background*. (Searle, 1997). Esse *background*, adicionado à qualidade do fazer a atividade (qualidade artesanal, conforme defendido por Sennett, 2013), permite que as pessoas tenham um julgamento crítico de situações, através de sua experiência, frente às suposições e aos significados tácitos. O estímulo à autoconsciência leva a um melhor desempenho, que, diante de um erro, pode alterar a prática frente ao sentimento de insatisfação diante dessa situação.

Os julgamentos do trabalho podem ser de dois tipos: de utilidade e de beleza. No primeiro caso, o que está em avaliação é a utilidade técnica, social e econômica de um produto e/ou serviço para o gestor, o subordinado ou o cliente. No segundo, avalia-se a sua conformidade à arte do ofício, conferindo ao seu executor a condição de pertencimento àquela CoP. Essa conformidade à arte do ofício pode ser julgada por quem conhece bem o produto/serviço, por exemplo, pares, colegas e mestres. Essa situação permite identificar a

originalidade, a especialidade, o estilo de trabalho de quem o realiza, distinguindo-o dos demais, proporcionando um reconhecimento da contribuição, para a qualidade e/ou para a evolução da organização/produto em função daquela competência técnica (Dejours, 2005).

A busca pelo resultado positivo relaciona-se a dois conceitos: o profissional e o artífice. O profissional “profissional” era aquele que se considerava mais do que mero empregado (Sennett, 2013, p. 275). Por sua vez, e complementarmente, o artífice representa uma condição humana especial: do engajamento e do empenho do trabalhador pela qualidade do trabalho. O fazer não é mecânico e automático, demandando de o sujeito sentir e pensar sobre a sua atividade, se ele a souber fazer bem. A habilidade se desenvolve no processo de trabalho, na experimentação do fazer, pois a própria aspiração de qualidade leva artífices à melhoria e ao aperfeiçoamento (Sennett, 2013).

A satisfação do trabalho é em si uma recompensa, e os detalhes do trabalho cotidiano influenciam no produto final. A busca pela preservação da qualidade leva comunidades artesanais à transmissão de suas habilitações a novas gerações, mas essas próprias habilitações não são rígidas e também passam por aperfeiçoamento, quando outros artífices desenvolvem outras maneiras de realizar seu trabalho. A identidade do artífice leva ao imperativo moral de trabalhar pelo bem, com afino e qualidade. A insatisfação, inversamente, pode levar a resultados extremos e avassaladores (Sennett, 2013). Esse cenário pode demandar mudanças na atividade, que precisam ser pilotadas.

Pilotar a atividade é gerir a mudança ao longo de sua duração. Nesse sentido, o pilotar não está relacionado apenas ao desdobramento da estratégia, mas também ao retorno da experiência, que é a capitalização ou potencialização da experiência, já que a leitura e a interpretação dos resultados dessas ações retroalimentam os objetivos estratégicos (Lorino, 1997).

A Figura 1 indica que é necessário avaliar as possíveis soluções frente aos problemas que impedem o alcance do objetivo estratégico, mas essas mesmas estratégias podem ser colocadas em xeque para que sejam corrigidas. O retorno da experiência (Lorino, 1997) – ou o resultado da engenhosidade do trabalho (Dejours, 2005) – torna-se a chave para a melhoria do desempenho ao se analisar os fatores explicativos dos resultados (Lorino, 1997). Explorar a experiência é interpretar e compreender o que acontece na base, a fim de buscar por explicações e melhorias para os problemas, criando-se novos conhecimentos sobre modos operatórios e utilizando-se desses conhecimento em outros momentos.

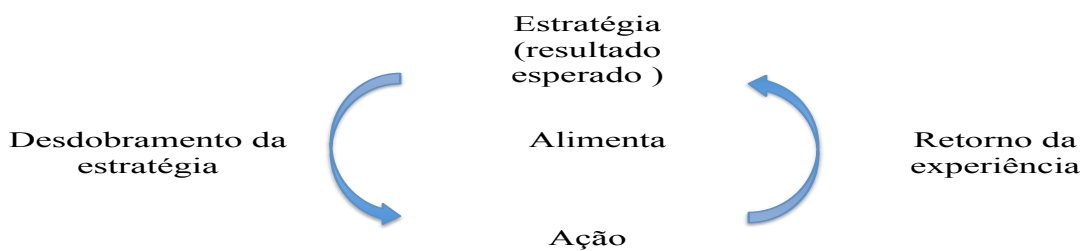


Figura 1
Pilotagem da atividade
Fonte: Lorino, 1997 (adaptado).

As soluções, contudo, não são sempre puramente técnicas, podendo haver ambiguidade e problemas de gestão (Lorino, 1997; Taylor, 2000). Em caso de ocorrência de problemas no curso da ação, os trabalhadores podem se questionar sobre a insuficiência dos conhecimentos anteriores e das estratégias de ação (Theureau, 1992). Ao se deparar com uma situação atípica, todavia, cuja experiência e *background* não lhes são suficientes e o artífice tem vontade de fazer com qualidade seu trabalho, a sua preocupação o leva a ação de pesquisa, cujo objetivo é o aperfeiçoamento e desenvolvimento de melhores ações.

Entretanto, inovação e situação de ruptura exigem mudança dos modelos mentais (Searle, 1997) e das representações sociais (Piore et al., 1994) que prevalecem até então.

Confrontar a realidade, criticar, fazer evoluir as representações pode ser difícil porque os trabalhadores não tem os recursos necessários. A possibilidade de debater, refletir, focalizar a atenção facilita a comunicação (Lorino, 1997; Taylor, 2000). O resultado momentâneo torna-se, portanto, o ponto de partida para a pesquisa das causas do fracasso. Isso significa dizer que as ações passadas podem ser avaliadas no presente a fim de que os trabalhadores compreendam as causas e efeitos do desempenho ao longo do processo, identificando os elementos que geraram maior ou menor rendimento. As causas dos problemas que demandam a intervenção no presente visam alcançar os resultados esperados no futuro. O diagnóstico foca-se na análise qualitativa e quantitativa de causas e efeitos, na identificação das alavancas (causas) de ação (Lorino, 1997). Diante de um cenário obscuro e relativamente desconhecido, não há uma única e melhor solução nem um único procedimento a ser aplicado, embora algumas regulamentações possam orientar as decisões (Theureau, 1992).

Para alcançar o objetivo planejado, uma pessoa externa ao grupo de trabalhadores pode ajudá-los, mas deve limitar-se ao apoio metodológico e logístico necessário aos que têm o papel central nesse processo. A relação entre a pessoa externa e o grupo de trabalhadores não pode ser hierárquica, sendo que essa pessoa externa não pode ser um “chefe” autoritário, ligado demasiadamente ao poder organizacional (Lorino, 1997). Conforme evidenciei anteriormente (Almeida, 2011), o papel dos técnicos da sala de gerenciamento estratégico em saúde do município mineiro atendia a esses requisitos. Em se tratando do caso do gerenciamento estratégico, os membros do grupo – da SaSi e das equipes – devem procurar ativamente pelos fatores que influenciam o seu desempenho, enumerando os problemas mesmo que não estejam sob o seu controle direto, identificando os pontos críticos e definindo

um plano das ações prioritárias. Não se deve censurar nem omitir nota sobre fatos cruciais, sendo necessário propor ações críveis, para cuja eficácia o trabalhador se empenhe. Ademais, um plano de ação deve ser pertinente no tempo do ponto de vista político e cultural (Lorino, 1997).

Para acompanhar os resultados das ações, os trabalhadores podem definir indicadores de controle, dar visibilidade e realizar a vigilância necessária, sendo a análise a base do diagnóstico. É necessário esforço e capacidade para sua interpretação e compreensão, já que um sistema de informação só tem sentido se resultar em ação (Lorino, 1997). A confiança, contudo, torna-se condição para dar visibilidade e publicidade aos achados da engenhosidade subjetiva – a inteligência prática, o saber fazer (Dejours, 2005).

Os indicadores permitem comparar resultados entre diferentes períodos, sendo um dispositivo de gestão (Lorino, 1997). É preciso haver conexão entre os objetivos e a escolha de um instrumento de gestão desses indicadores para alcançá-los. O entendimento prático da função de um produto, serviço, de uma atividade ou de um instrumento leva os profissionais a colocá-lo em uso. O entendimento sobre a funcionalidade e a situação em que eles estão imersos, portanto, são necessários para colocar instrumento de gestão em prática (Piore et al., 1994). Por isso, devem estar disponíveis para fácil interpretação, que levem a ações. Caso contrário, o sistema de informação levará a um desperdício de dinheiro, tempo e competência (Lorino, 1997) – daí a importância do julgamento de utilidade e conformidade, conforme defendido por Dejours (2005). Um objeto tem um sentido contextualizado, e só os participantes daquela forma de vida são capazes de atribuir sentido correto a ele (Piore et al., 1994). Por exemplo, o uso de um controle remoto por parte de usuários que pretendem acender luzes no quarto só será possível se fizer sentido para aqueles que dispõem do equipamento. A capacidade de atribuir o real sentido a um controle remoto exige das pessoas uma experiência prévia com controles, como os de televisão.

A fidedignidade e exatidão dos dados e a posição de neutralidade quando do seu mapeamento dos dados auxiliam nesse processo diagnóstico, evitando-se distorcer, simplificar, ter uma ideia vaga ou errada da situação. A falta de coordenação e de organização, de eficiência e o excesso de carga de trabalho são apontados como riscos ao desperdício. Além disso, os indicadores de pilotagem não devem ser usados para fundar mecanicamente um sistema de remuneração individualizado, mas para pilotar o desempenho, a partir da finalidade estratégica (Lorino, 1997).

Embora a influência externa de um terceiro seja considerada plausível para auxiliar a equipe no gerenciamento estratégico das ações em saúde gerando um melhor desempenho, algumas situações servem de alerta a essa influência de um terceiro. Isso porque, antes da implementação do sistema de metas na assistência médica do serviço nacional de saúde da Grã-Bretanha, por exemplo, havia menores gastos, menores custos, baixa taxa de mortalidade infantil e maior longevidade dos idosos (Sennett, 2013).

Devido ao uso, hospitais e equipamentos envelheceram e se desgastaram, houve um aumento no tempo de atendimento dos pacientes e uma redução dos treinamentos dos profissionais, levando políticos britânicos a estabelecer medidas de avaliação numérica do bom atendimento médico como uma solução para essa situação. A reforma consistiu em avaliar: 1) número de pacientes atendidos; 2) rapidez do atendimento; 3) eficiência no encaminhamento do paciente ao especialista (Sennett, 2013). As buscas equivocadas por padrões institucionais de saúde desconsideravam as habilidades e capacitações dos profissionais de saúde no trato com os pacientes. Esse sistema leva ao tratamento de partes, como fígado, perna, e não do corpo (Sennett, 2013).

Sennett (2013) afirmou que, mesmo diante dessa situação, paradoxalmente profissionais da saúde não perderam a vontade pelo trabalho bem feito, levando a um debate sobre o valor da habilidade artesanal dos serviços de saúde na Grã-Bretanha. Médicos e

enfermeiros ainda ouviam as queixas dos pacientes e as histórias sobre suas vidas, compondo um todo. Embora o bom trabalho demande ser curioso, investigativo, buscando aprender com a incerteza, o sistema de metas implementado naquele local levou ao contrário. Houve um paradoxo na orientação de alta exigência de qualidade, já que a mesma orientação da cúpula culminou em uma redução na qualidade do tratamento de doenças menos crônicas. É preciso ter doença específica para que haja atendimento e, ao mesmo tempo, é preciso fazer um diagnóstico rápido, o que contradiz o bom trabalho, que demanda tempo de investigação para o resolução de um problema. A experimentação leva o profissional à criação fictícia de uma doença no papel para ganhar tempo com os fiscais burocráticos.

Além do estabelecimento de metas, a desconsideração pelo tempo de incorporação e aprendizado das novas práticas procedimentais também é um problema. Quando um paciente sofre um infarto, por exemplo, um médico não tem tempo para recorrer a manuais para seguir os procedimentos da intervenção mais atualizada. O conhecimento age como uma âncora na interação entre a consciência presente e o conhecimento tácito, não demandando pensar a respeito, a não ser que o trabalhador seja surpreendido com o desfecho negativo de uma atividade ou quando outro menos experiente estiver diante de um evento, pois carece de um passado que lhe dê um acervo de histórias clínicas, dificultando-lhe imaginar o futuro do paciente (Sennett, 2013).

O profissional mais experiente se mostrará mais aberto às peculiaridades dos pacientes e raciocinará mais sobre o caso em análise, lembrando-se de casos do passado e projetando-se para frente a fim de enxergá-lo no futuro indeterminado, estando sua atenção centrada no ser humano integral no tempo. Esse caso exemplifica que seguir ou não uma regra procedimental nem sempre está relacionado apenas ao limite de *background* para interpretação de um evento, mas tem a ver também a concordância ou não frente aos possíveis impactos (Sennett, 2013).

Para a realização de um projeto, articulando poderes e competências entre os envolvidos, é necessário não só garantir competências e recursos, como também construir meios de vigilância e de reatividade com a finalidade de se adaptar. A minimização da irreversibilidade de projetos se desloca de um modelo tecnocrático de gestão para um modelo de cooperação e comunicação, já que algumas atividades são realizadas por meio da inter-relação de várias e diferentes funções (Lorino, 1997).

A base informacional completa possibilita cooperação entre as funções diretamente relacionadas ao projeto. Elementos como compreensão, comunicação, linguagem comum são necessários para uma análise compartilhada e para o desenvolvimento de ações coordenadas. De forma geral, os sistemas de gestão devem privilegiar soluções coletivas, e não racionalidades individuais. A cooperação entre setores deve ser contínua, não devendo limitar-se a encontros periódicos e espaçados (Lorino, 1997).

A otimização dos estados futuros só ocorre com base no passado e essa informação deve ser tratada a partir do *background*, da experiência e da mobilização de competências quando se quer compreender o futuro. Ao mesmo tempo, correr riscos, experimentar, inovar enriquece a experiência. Para tal, é necessário a extinção do “par castigo-recompensa“, bem como da autocensura, pois identificar e analisar os erros leva à aprendizagem, dado que os erros revelados permitem debates críticos para além da hierarquia e dos tabus (Lorino, 1997). Se dar visibilidade aos resultados do trabalho impõe risco, este só será assumido, portanto, frente a um contexto intersubjetivo de confiança. Essa confiança ajudará a resolver a tensão entre as ações secretas individualistas e as de cooperação. Os modos operatórios poderão ser melhor coordenados, eliminando parte deles e estabilizando outros para que culminem em maior eficiência, eficácia e efetividade do trabalho humano (Dejours, 2005). A integração deve permitir aos profissionais de diversas funções coordenar-se entre si, oferecendo um espaço para a livre discussão (Dejours, 2005), independentemente do nível hierárquico, pois,

em alguns casos, o envolvimento direto de gestores pode ser visto até como negativo (Lorino, 1997).

O foco do gerenciamento estratégico não pode estar, desse modo, na mera responsabilização, na prestação de contas e no compromisso da pessoa pelo seu desempenho para a obtenção de resultados; não pode estar, também, na reprogramação de planos ou na replanificação dos objetivos do projeto, pois nada se pode fazer sem a boa vontade dos atores portadores de conhecimento. Por isso, é necessário desenvolver um sistema de valor que privilegie o contributo para a aprendizagem coletiva, a cooperação, a capacidade de escuta e de diagnóstico, a confiança, tornando-se menos importantes o poder individual, a responsabilização e as performances pessoais, os castigos ou mesmo as recompensas (Lorino, 1997).

Dispositivos e métodos de gestão – como o *PDCA*, servem para ajudar o coletivo a aprender a arte do desempenho, a aprender a agir, em especial em coletividade. Para agir (ou reagir) é preciso, contudo, saber fazer, ter competência, que só existe se for aplicada. O patrimônio de saber deve evoluir com a mudança que afeta a cadeia de valor, apoiando a ação organizacional (Lorino, 1997).

No que se refere ao uso do *background* como recurso interpretativo para a ação bem-sucedida dos trabalhadores, é possível clarificar esse uso demonstrando como diversos elementos – por exemplo, formação acadêmica, experiência prática, documentação à sua disposição e uma visita técnica – atravessam a tomada de decisão e o curso da ação quando se pretende alcançar o sucesso no operacionalizar da ação (Dejours, 2005; Theureau, 1992). O caso do agricultor/viticultor evidencia o uso de diversas técnicas e equipamentos para assegurar a produção bem-sucedida de uva, além de outras novas técnicas que podem ser testadas para lidar com novos produtos (Theureau, 1992).

Um viticultor pode fazer novos experimentos sozinho ou em conjunto com técnicos de campo, mas a análise dos saberes realmente implementados no curso da ação permite compreender a influência da incerteza na tomada de uma decisão. É com base nesses saberes (capacidade de *background*, aptidão, *know how*) que o trabalhador atribui significação às ações que realiza e aos eventos que acontecem, ligando as ações aos eventos passados, presentes e futuros, mediados por seus interpretantes (Theureau, 1992).

Como são elementos do trabalho em curso, do trabalho passado, presente e futuro, os índices ou indicadores auxiliam na prevenção e antecipação de ações, bem como no controle e na interpretação dos seus resultados. A prevenção é feita por meio da verificação dos resultados dos trabalhos anteriores, prevendo o trabalho futuro. No caso do viticultor, a significação da ação ocorre simultaneamente ao momento da execução e da observação, possibilitando organizar a sucessão de operações, de acordo com a época do ano (Theureau, 1992).

Os saberes relacionados a como seguir uma regra, advindos do *background* são, por isso, meios para prever, controlar e interpretar os fatos. O viticultor elabora progressivamente o saber no curso da ação usando diversas fontes e experiências, como formação, documentação, observação, com o auxílio de um técnico especialista. Por meio do saber, estabelece a hierarquia de prioridades de trabalho e cria um plano de trabalho, gerenciando estrategicamente as ações (Searle, 1997; Taylor, 2000; Theureau, 1992). No caso da atividade de regulação do tráfego metropolitano dos metrô parisienses, membros do Posto de Controle centralizado também utilizam imagens nos terminais, ferramentas informáticas, ferramentas para detecção de pane, a fim de disponibilizar informações aos usuários. Um dispositivo técnico é utilizado por esses agentes como recurso compartilhado ao evidenciar as multiatividades dos trabalhadores que compõem o coletivo (Theureau, 1992). Em muitos casos, a ação de um profissional depende da ação de outros, podendo essas ações serem

objeto de seu trabalho, como a informação disponibilizada pelo condutor do trem ao chefe de regulação do tráfego, que buscará meios para analisar a causa de um incidente e as possíveis soluções. Nessa atividade de gestão de incidentes, cada trabalhador tem uma função, mas o trabalho de cada um influi no do outro.

Informações sobre o problema nem sempre estão imediatamente disponíveis, demandando a construção do problema, ou seja, a compreensão e o exame das causas do incidente para que, depois, se possam construir as possíveis soluções, ainda que haja incertezas quanto ao seu desfecho. A demora e o peso das consequências demandam, paradoxalmente, uma prévia análise sobre os possíveis efeitos (Theureau, 1992).

Um dispositivo técnico pode ser utilizado como um sistema de apoio para compreender a situação, oferecendo inclusive um histórico do trabalho e dos incidentes anteriores. Em um trabalho colaborativo em equipe, é necessário que o gestor (ou um representante) certifique-se de que todos os envolvidos interpretaram e compreenderam univocamente o problema e o que será preciso fazer. O compartilhamento das ferramentas comuns auxilia a focalizar a atenção em um ponto específico, cabendo à equipe de trabalhadores o controle de suas decisões e ações (Searle, 1997; Theureau, 1992).

A escuta ativa sobre o que se passa em outros setores pode auxiliar a vigilância, que permite a antecipação de eventuais problemas. É possível uma divisão do trabalho para o tratamento desses problemas em cada setor correlacionado às questões, influenciando no desfecho como um todo. Trabalhadores mais engajados com a situação, disponíveis e com maior *background* podem ajudar na resolução no início do problema. Ao mesmo tempo, a falta de participação, o limite ou os diferentes *backgrounds* talvez venham a prejudicar a comunicação e a gerar mal-entendidos, acarretando transtornos internos nas relações entre os membros de uma CoP e na cooperação no trabalho (Theureau, 1992).

Atos de mais de uma pessoa, contudo, levam à integração já que são atos partilhados e

demandam interpretações e compreensões partilhadas, sentido de propósito comum, culminando em um único ritmo. É essa integração que influencia a representação que o indivíduo tem de si, da sociedade e do mundo, contribuindo para a formação de sua identidade, que não depende apenas da capacidade individual. Ao se perder o ritmo, como quando se enfrenta algo novo, pode-se ficar confuso e descoordenado, demandando capacidade de conferir novo ritmo e nova cadência. Pode-se dizer que a prática altera a regra e vice-versa e que o limite de *background* pode gerar problemas práticos (Taylor, 2000).

Os diferentes *backgrounds* podem causar mal-entendidos. Os equívocos interpretativos talvez ocorram em função da limitação ou das diferenças de *background*, já que este está relacionado às práticas culturais locais, ainda que as características do *background* sejam comuns a todos os seres humanos (Searle, 1997). As dificuldades de integração entre participantes de diferentes comunidades ou de diferentes funções não deve ser vista apenas como um conflito político, mas como um choque de visões de mundo, com diferentes formas de entendimento e interpretação do mundo. Nesse caso, as pessoas podem até interagir por obrigação, mas a prática não será durável por não ser institucionalizada a ponto de existir independentemente do envolvimento de algumas pessoas ou da realização de um projeto em que elas estejam trabalhando (Piore et al., 1994).

A noção de seguir uma regra é inseparável da noção de cometer um erro, uma contravenção em relação ao que é tido como correto naquela comunidade. Isso pode ser visto quando pessoas, em um mesmo contexto, sob o mesmo estímulo, apresentam sensações diferentes em função das diferentes formas de vida às quais estão submetidas (Winch, 1975 citado por Ribeiro, 2007).

A comunicação entre pessoas é complexa e pode alcançar resultados indesejados, culminando em prejuízos nas relações entre os membros de uma instituição e na cooperação

no trabalho. Compreender o que leva ao mal-entendido, ou seja, à má-comunicação ou à falha pragmática, possibilita corrigir tal situação (Berwig, Godoi, & Ribeiro, 2008).

Alguns gatilhos facilitam a ocorrência de mal-entendidos, erros linguísticos e variação da percepção: deslizes no tom de voz; uso de termos e expressões ambíguos; concepções errôneas; problemas de conhecimento, como crenças falsas; inferências errôneas; conhecimento não compartilhado; tipos de focalização do problema; falantes de línguas diferentes, comunicações entre pessoas de distintas etnias e culturais, pessoas com papéis culturais diferentes; mal-entendidos planejados e não resolvidos; falta e falha de comunicação; ofensas, ainda que involuntárias; significado dúbio das palavras; ironia e insinuação; tentativa de ocultar algo ou despistar; diferença na relação entre o significado literal e o do falante; lapsos linguísticos; uso de enigmas e charadas, cujas intenções precisam ser decifradas e interpretadas com desconfiança; distorção do significado das palavras; diferenças sociais, culturais, linguísticas (Bazzanella & Damiano, 1999; Schegloff, 1987; Weigand, 1999 citado por Berwig et al., 2008; Sá Junior, 2009). O mal-entendido pode ser parcial ou totalmente diferente do que o falante pretendeu comunicar, podendo ele nem estar ciente disso. Da mesma forma, ele pode representar uma inabilidade do ouvinte (Weigand, 1999 citado por Berwig et al., 2008).

Nos jogos de ações dialógicas, é necessário alertar para a pressuposição e antecipação de regras e convenções de diálogo entre pessoas que falam a mesma língua, mas há risco de distorções (Sá Junior, 2009; Weigand, 1999 citado por Berwig et al., 2008). Isso porque práticas, sistemas operacionais, linguagem, sentido de realidade fazem parte de uma convenção social e estão relacionados à forma de vida de uma comunidade de prática (Piore et al., 1994). Entretanto, além de as regras e os princípios que levam ao entendimento mútuo não serem prefixados, a compreensão em si não é um pressuposto, não havendo um total entendimento nem mesmo uma identidade entre os mundos do falante e do ouvinte. Ademais,

nem tudo que é dito é explicitado, levando os ouvintes a inferências (Sá Junior, 2009; Weigand, 1999 citado por Berwig et al., 2008).

Padrões de comunicação são altamente sensíveis às características culturais, temporais, geográficas e sociais, cabendo aos participantes da interação reinterpretá-los e acomodá-los às diversas situações, já que as normas sociais variam conforme a comunidade que fala e os interlocutores que interagem. Entretanto, as falhas de comunicação não só podem criar conflitos, como também podem se constituir em conflitos, já que os argumentos são compostos por opiniões disputáveis, apoiadas nos diferentes interesses do falante e do ouvinte (Sá Junior, 2009; Berwig et al., 2008; Locher, 2004).

Se a linguagem é uma reprodução de um repertório da experiência cultural e auxilia a comunicação entre participantes de uma mesma forma de vida (Piore et al., 1994; Wenger, 2001), torna-se um desafio compreender como pessoas de dois mundos diferentes se comunicam e integram (Piore et al., 1994). Essa situação leva a refletir que o sentido é parte da situação e não pode ser entendido independentemente das experiências mútuas e das práticas interpretativas. A solução está em compartilhar experiências de vida em um novo contexto comum a fim de se ter uma nova vida comum. A forma de compreender diferentes mundos, por exemplo de *designers*, consumidores e fabricantes, ocorre em função da construção de um novo contexto para compartilhar as experiências vivenciadas e visões de mundo de cada um deles.

A busca de um *designer*, para tentar compreender a vida do usuário no intuito de incorporar suas necessidades e expectativas ao produto, tornando-o útil e funcional, transforma a própria vida do profissional. O diálogo estabelecido com o outro permite a fusão de horizontes, o compartilhamento de formas de vida para compreender a visão de mundo do outro. As funções desse profissional não se misturam com as do engenheiro de desenvolvimento de produto, pois cabe a ele compreender e traduzir as expectativas do

usuário e, ao engenheiro, transformá-las em produto. Estimular a conversa entre diferentes comunidades é, portanto, um mecanismo para engajar essas diferentes comunidades em uma interação contínua. O entendimento do mundo do outro leva a uma continuidade e não a uma descontinuidade da cooperação, da comunicação e da interação entre pessoas. É o *background* que está por trás da capacidade de direcionar e orquestrar essa conversa (Piore et al., 1994).

O comportamento polido, relacionado à eficácia das relações interpessoais por meio da linguagem, também é tido como estratégia discursiva destinada a evitar ou a amenizar o conflito (Locher, 2004; Goffman, 1967; Brown & Levinson, 1987 citado por Berwig et al., 2008). Um tradutor, por exemplo, tem a função de intermediar e reduzir mal-entendidos entre pessoas de diferentes formas de vida (Piore et al., 1994). Em contrapartida, respostas e réplicas de caráter provocativo têm conotação de desafio e de duelo verbal, que provocam uma resposta ou defesa da outra parte, dificultando a cooperação, que só ocorre quando há um entendimento mútuo. Com objetivos opostos, falantes e ouvintes não conseguem continuar o diálogo (Sá Junior, 2009).

Conhecer o sentido literal das palavras não é suficiente para estabelecer uma comunicação bem-sucedida, já que o que se intenciona comunicar não está necessariamente relacionado ao significado convencional. É preciso reconhecer os empregos possíveis das palavras, uma vez que o sentido pode variar de acordo com a intenção do falante. Compreender a enunciação é, pois, apreender e apreender as intenções (Koch, 2004 citado por Sá Junior, 2009; Sá Junior, 2009). Isso poderá dar ao ouvinte meios de interpretar o que não foi dito explícita e diretamente, sem ser percebido, pois o ato comunicacional entre falante e ouvinte é governado por regras implícitas e normas comuns, permitindo trocas as mais unívocas possíveis.

O discurso deve ser considerado um diálogo, um ato de fala que é uma parte de uma troca linguística, de um entendimento mútuo, pressupondo não só intenção por parte do

falante, mas a sua capacidade de torná-la reconhecida para que a comunicação ocorra. Isso possibilitaria supor e antecipar uma resposta a ser dada pelo ouvinte. Um falante competente de um idioma conhece os efeitos dos sentidos que uma mensagem pode adquirir pela ação das regras do jogo comunicacional ao qual ele está submetido, demandando-lhe capacidade de examinar as situações e os contextos em que é apropriado e legítimo utilizar essa mensagem. O ouvinte, por sua vez, depende de um conjunto de suposições de base, do *background* para uma clara interpretação (Sá Junior, 2009).

Há necessidade de se analisar os signos linguísticos em relação aos elementos a eles relacionados, ou seja, falante, ouvinte e contexto. É este último que possibilita examinar o uso das palavras e das expressões, que não são analisadas em abstrato, mas sempre em relação a uma situação ou forma de vida em que elas fazem sentido (Sá Junior, 2009).

Embora se saiba que formas de vida compartilhadas, *backgrounds* e práticas também partilhadas sendo possível auxiliar ou dificultar a prática do gerenciamento estratégico das ações de uma CoP, podendo levar até mesmo a um rompimento das relações entre seus membros, não fica claro o que favorece e como ocorre o processo de desenvolvimento de cooperação e da construção da relação de confiança, recursos inicialmente apresentados como necessários à relações humanas e tácitas, evidenciando mais uma vez um limite teórico desse estudo.

Diante deste cenário, confiança e cooperação tornam-se essenciais para auxiliar o processo de continuidade ou de retomada das práticas de uma forma de vida, ainda que o caráter heterogêneo e divergente de uma CoP seja reconhecidamente inerente à sua existência (Lave, 2011; Wenger, 2001).

4.3 Contribuições de uma Gestão Baseada em Confiança

A palavra confiança apresenta diferentes definições, mas elas são complementares entre si. Essa palavra pode ser vista como uma crença em algo ou alguém (pessoa, grupo, firma, instituição), em que as partes envolvidas não serão colocadas em risco tampouco prejudicadas, e como uma ação de reciprocidade e de boa vontade da outra parte (Cooper & Argyris, 1998/2003 citado por Tacconi, Lopes, Alloufa & Leite, 2011; Valentim & Kruehl, 2006; Newell & Swan, 2000 citado por Sato, 2003). Ela é apresentada como um fenômeno psicológico que os indivíduos desenvolvem ao longo de suas experiências sociais e de sua socialização, levando-os a confiar em terceiros. Também é vista como uma ação em relação ao outro, existindo uma expectativa no que diz respeito à ação de outrem, que colocará seu autointeresse de lado em favor da orientação dada ao outro indivíduo ou à coletividade, ação e decisão tomadas como garantidas. A confiança pode ser vista como uma avaliação que se faz de familiaridade com algo, de conhecimento prévio e experiências (Lewis & Weigert, 1985; Zucker, 1986; Garfinkel, 1967 citado por Lima, Machado & Castro, 2002).

A noção de confiança fundamentada na capacidade de cumprir com o que foi prometido pode ser denominada confiança baseada na credibilidade, ao passo que a que se apoia no caráter é baseada na cultura, na ideologia e na filosofia de uma empresa, que não agirá desconsiderando os impactos da ação sobre o outro, sobre seu bem-estar (Tacconi et al., 2011).

Algumas condições são tidas como necessárias ao estabelecimento da relação de confiança, como a vulnerabilidade de um indivíduo em relação ao outro; o risco, a ignorância e incerteza sobre o comportamento de outras pessoas; a possibilidade de desapontamento, traição e retirada da ação do outro; a liberdade limitada da pessoa que confia, já que, quanto maior o leque de opções, menor a possibilidade de confiar em tantas pessoas. Essa relação se

refere à ação no presente, mas que pode ser lastimada no futuro (Lorenz, 1988; Luhmann, 1988; Gambeta, 1988; Zucker, 1986; Bradach & Eccles, 1989 citado por Lima et al., 2002).

Em caso de compras interorganizacionais, supostamente regidas pela concorrência mercantil e pela lei do menor preço, fornecedores mais confiáveis são escolhidos a partir da análise do histórico de qualidade, mercado, cumprimento de prazos, honestidade, ética, situação financeira, preceitos morais, condutas adequadas, sigilo sobre as informações, boa reputação, responsabilidade com os próprios atos, preocupação do vendedor com o comprador, redução de riscos, solução ágil de problemas diários, preço, excelência profissional, modo de trabalho similar entre as empresas compradora e fornecedora, relação pessoal próxima, atendimento especial e valorativo de outrem, laços interpessoais, relação de ajuda mútua, comprometimento do parceiro com os resultados e sucesso da empresa compradora (vantagem competitiva) (Bernardi, 2008; Tacconi et al., 2011). Além disso, transparência e compartilhamento de informações, familiaridade com a situação (experiências anteriores e informações prévias), sinceridade do real poder de ação, expectativa de solução de carências, comportamento inspirador e reiterador da confiança, ética, laços afetivos e identificação de valores, reputação, expectativas mútuas de encontros repetidos também se apresentam como elementos geradores de confiança, em especial na saúde pública (Valentim & Kruel, 2006; Zanini, 2005).

Três elementos são apresentados como indicadores geradores de confiança na relação fornecedor/cliente, a saber: 1) desempenho operacional, que pressupõe que uma parte irá cumprir com o prometido à outra parte, atendendo às suas expectativas; 2) cultura e filosofia, relacionadas à capacidade de compartilhamento de informações necessárias honesta e completamente; 3) comportamento oportunístico, que pressupõe que a outra parte não apresentará comportamento oportuno de busca de interesses próprios com astúcia (Bowersox et al., 2005/2007; Child & Mollering, 2003; Zahheer et al. 1998; Doney & Cannon, 1997;

Seppanen et al., 2007; Zaheer & Harris, 2006; Perrone et al., 2003; Child & Mollering, 2003; Das & Teng, 2001; Morgan & Hunt, 1994 citado por Tacconi et al., 2011).

Em empresas de pesquisa e desenvolvimento, a confiança técnica torna-se primordial nesse contexto específico, em especial, no início da parceria, que, com o passar do tempo, torna-se menos relevante, abrindo espaço para que a interação ocorra. A similaridade da formação, educação, certificação dos procedimentos; a satisfação com a parceria; a contribuição efetiva dada ao projeto de pesquisa pelo parceiro, traduzida em resultados e em qualidade técnica das metas alcançadas, são apontados como os indicadores de confiança (Santos, 1990; Lima et al., 2002). Entretanto, a experiência passada de sucesso, considerada pré-requisito para a relação de confiança em alguns setores (Zucker, 1986), não se apresenta como um contribuinte à relação de troca em empresas de pesquisa por ser pouco provável que seja necessário estabelecer uma nova relação de parceria, uma vez que um projeto particular já foi concluído e não irá se repetir. Em empresas de pesquisa e desenvolvimento, o tempo em si também não é importante para a relação de confiança, mas é de se esperar a interação entre líderes e equipes, o conhecimento, o modo de trabalhar, o desempenho e o resultado, que se apresentam no desenrolar do trabalho (Lima et al., 2002; Santos, 1990).

A experiência de troca foi traduzida, em uma empresa do setor hoteleiro de São Paulo, como a possibilidade de contar com a ajuda de outra pessoa que trabalha bem e coopera no dia a dia, em especial nas horas difíceis em que o hotel está com superlotação. Essas relações foram construídas com o passar do tempo, através de oportunidades que as pessoas tiveram de conviver, compartilhar informações, cooperar uns com os outros, ajudar e ser cúmplices uns dos outros (Sato, 2003).

Sistemas tradicionais de monitoramento e controle explícitos, baseados em avaliações e comando, passam a ser substituídos por meios implícitos de controle. Esses meios, apoiados no consenso e na congruência dos objetivos dos agentes e amparados pela sinergia e pela

interação física que ocorre pelo contato face a face, geram cooperação e comprometimento, proporcionando maior produtividade (Zanini, 2005).

Valentim e Krueel (2006) admitiram não ser tarefa fácil fazer com que pessoas com histórias de vida tão diferentes e com objetivos e personalidades distintos trabalhem em conjunto em função de um objetivo organizacional estipulado. Entretanto, a confiança e a cooperação estão intimamente relacionadas, embora não seja condição de existência uma da outra (Sato, 2003), mas elas são facilitadas quando as pessoas compartilham crenças, valores, cultura (Gambetta, 1988; Sato, 2003).

A confiança não apenas propicia criação e manutenção dos relacionamentos de longo prazo, estabilidade, satisfação, cooperação, mas também facilita as relações de trabalho, as trocas econômicas, o comprometimento entre as pessoas em interação e em relação social de troca, gestão mais efetiva, reduzindo riscos e aumentando a eficiência organizacional (Sato, 2003; Tacconi et al., 2011).

Relações profissionais perpassadas pela confiança, além de potencializarem a cooperação entre as próprias equipes do PSF e entre as equipes e os usuários do SUS, por ocorrerem em bases sólidas, também geram reconhecimento e dão legitimidade aos profissionais do serviço de saúde. Ademais, outros benefícios podem ser alcançados, como satisfação, comprometimento, aceitação e delegação de autoridade, exercício de liderança, redução de conflitos e negociação, atitudes positivas e cooperação redução de custos, coordenação e controle, melhor desempenho e maior produtividade, consenso, redes informais de relacionamento, que vão além das fronteiras da empresa (Valentim & Krueel, 2006; Zanini, 2005).

A confiança também pode ser utilizada como um mecanismo implícito de controle dentro das organizações por criar uma relação de interdependência entre os atores sociais. Na era informacional, conhecimento e alta especialização demandam confiança para que haja um

compartilhamento do conhecimento tácito entre membros envolvidos, que levarão a uma performance superior (Zanini, 2005).

Algumas situações, contudo, podem gerar efeito contrário, reduzindo a relação de confiança. Más experiências passadas, por exemplo, podem dificultar o estabelecimento da relação de troca no presente, acarretando consequências ao futuro construído a partir dessas ações passadas e presentes (Bradach & Eccles, 1989 citado por Lima et al., 2002; Gambeta, 1988; Zucker, 1986).

Além disso, diferenças no modo de trabalhar entre líder e equipe e a dificuldade de coordenação em função dessa diferença, a falta de transparência na relação, a sonegação proposital de informações, a percepção de que outras pessoas que não confiam no observado (reciprocidade negativa), a descrença no uso adequado das informações coletadas –incluindo as confidenciais e constrangedoras sobre hábitos, costumes, necessidades dos usuários de saúde –, a percepção de um não reconhecimento inicialmente esperado, o sentimento de injustiça e desigualdade, as condições precárias de trabalho, a divergência entre interesses individuais e organizacionais, a reestruturação produtiva, o redesenho de produtos, a insegurança, os períodos de alta pressão, os redimensionamento dos recursos humanos, a redução de empregos, a desaceleração da economia, as fusões, aquisições, privatizações, sentimento de incerteza, raiva e culpa, falta de interação física e de sinergia entre atores, as expectativas excessivas do poder de ação dos profissionais da saúde também podem diminuir a relação de confiança dos usuários do sistema de saúde com relação às equipes de PSF e entre equipes parceiras em projetos de pesquisa e desenvolvimento (por exemplo, Lima et al., 2002; Valentim & Kruehl, 2006; Zanini, 2005).

Como consequência, a falta de confiança pode gerar conflitos que venham a comprometer o relacionamento da equipe, o êxito e o resultado do trabalho. Pode, também, gerar descomprometimento, desmotivação e redução do engajamento dos empregados,

aumento das taxas de rotatividade, diminuição do desempenho, tendência de ganhos individuais de curto prazo, aumento dos custos (Valentim & Kruehl, 2006; Zanini, 2005).

4.3.1 Modelo da produção dinâmica da confiança

O modelo (por mim adaptado) da produção dinâmica da confiança (Figura 2), proposto originalmente por Karsenty (2013), pretendeu organizar melhor, e por meio de um esquema, a dinamicidade da produção da confiança. Tal autor sugeriu que o nível dessa confiança pode se alterar para mais ou para menos de acordo com as circunstâncias, os recursos, valores e comportamentos observáveis ao satisfazerem as expectativas das pessoas envolvidas.

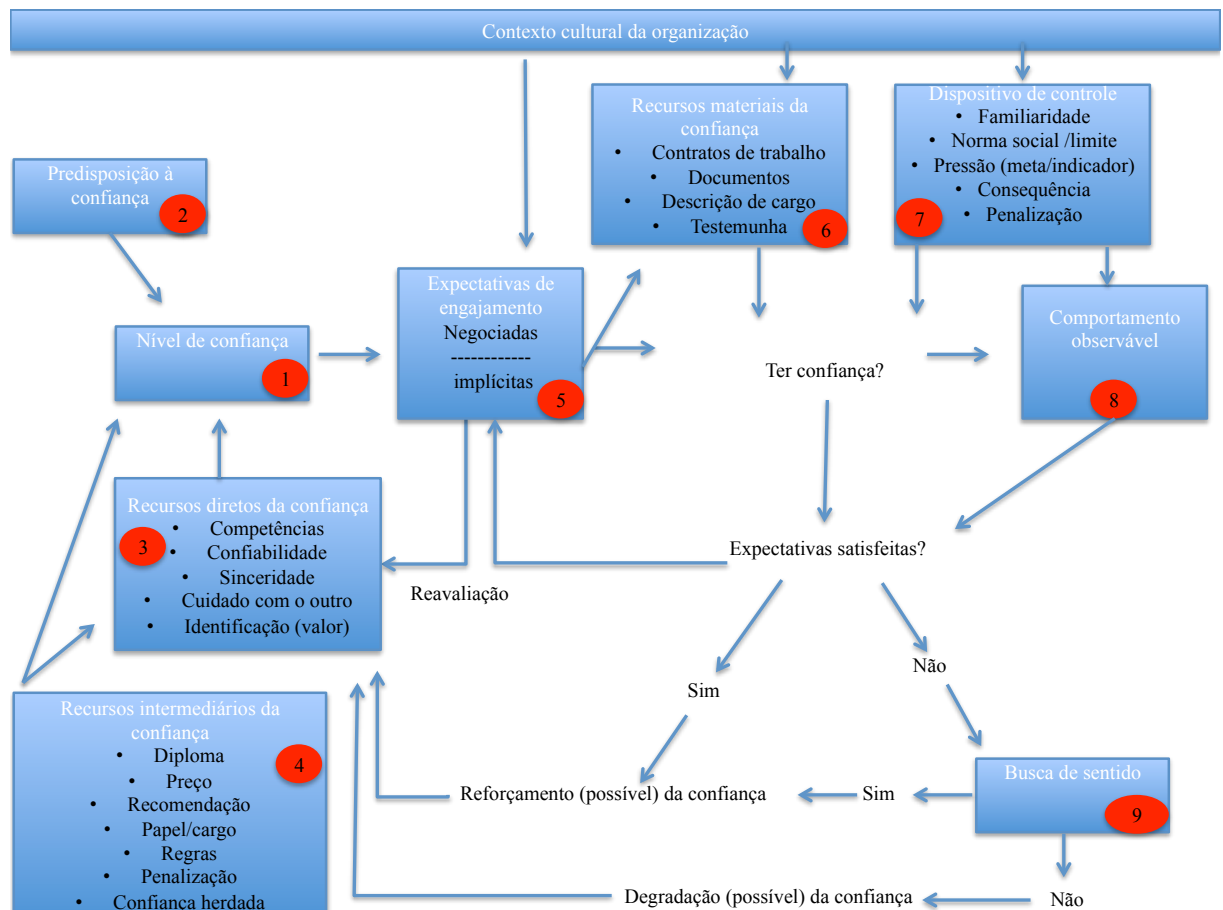


Figura 2

Modelo da produção dinâmica da confiança (adaptado de Karsenty, 2013)

Fonte: Karsenty (2013, p. 34).

A seguir, irei apresentar em que consiste tal modelo dinâmico de produção de confiança (Karsenty, 2013):

4.3.1.1 Nível de confiança (1). O nível (escala) de confiança pode sofrer alteração ao longo do tempo em função da dinamicidade da relação de confiança em dada situação, o que quer dizer que ele pode aumentar ou diminuir de acordo com os recursos diretos (3) e intermediários (4), com as satisfação das expectativas de engajamento (5) e com a predisposição em confiar em alguém *a priori* (2).

4.3.1.2 Predisposição a confiar (2). As pessoas podem ter uma predisposição a confiar em algo ou no outro, ainda que não o conheça e ainda que não tenham recursos que as amparem anteriormente sobre sua percepção. A ideia prévia de que existam valores compartilhados por todos influencia diretamente no nível de confiança, mas pode se alterar a partir da interação e das evidências apreendidas desde então.

4.3.1.3 Recursos diretos da confiança (3). Os recursos diretos da confiança estão relacionados à competência, confiabilidade, sinceridade, ao cuidado com o outro, à identificação e aos valores partilhados. A competência está relacionada à capacidade de realização de certa atividade; a confiabilidade, à segurança em relação a algo ou alguém; a sinceridade, à franqueza e honestidade do outro; o cuidado, à preocupação que se percebe que o outro tem em relação a algo ou a alguém; e a identificação com o outro, ao compartilhamento de valores. Esses recursos, embora se traduzam em valores, podem ser percebidos diretamente pelos envolvidos, que já se conhecem previamente, influenciando diretamente no nível de confiança que se tem em alguém.

4.3.1.4 Recursos intermediários da confiança (4). Os recursos intermediários da confiança agem em situação em que não se têm conhecimentos nem evidências comportamentais sobre o outro. A disposição de confiar, nesse caso, apoia-se nos recursos

que estão à disposição, como: diploma que comprova a formação e a instituição onde a pessoa se formou, implicando uma confiança herdada (estudar na instituição A gera credibilidade e pressupõe confiança); o papel ou cargo ocupado nessa ou naquela empresa; a recomendação feita por uma outra pessoa, o que envolve confiar naquele que indica; seguir normas de uma empresa e não ter sofrido penalizações. Esses recursos buscam traduzir a experiência de alguém antes de agir, influenciando no nível de confiança, o qual pode sofrer alterações na medida em que as pessoas se interagem.

4.3.1.5 Expectativa de engajamento negociada explicitamente ou implicitamente (5).

As expectativas podem ser negociadas explicitamente a fim de assegurar ou de tentar antecipar a redução de riscos em dada situação, especialmente quando as pessoas não se conhecem e o nível de confiança ainda é baixo. Essas expectativas podem estar relacionadas aos objetivos e à qualidade esperados; às regras e aos valores a serem respeitados; aos modos de interação entre as pessoas. Porém, se o nível de confiança inicial for alto, tais expectativas podem estar implícitas.

4.3.1.6 Recursos materiais da confiança (6). As expectativas de engajamento podem ser explicitadas quando o que se fala não é mais suficiente. Documentos, contratos de trabalho, descrição de cargos e uma testemunha podem servir como um aporte material para deixar claro e explícito o que se espera do outro. O contexto organizacional (em formato de regras, leis ou acordos sociais tácitos) é o que serve como suporte para a elaboração desses documentos. Todavia, quanto maior o nível de confiança e quanto melhor a natureza da relação de trabalho menos será necessário o uso desse recurso será menos necessário. De toda forma, o seu uso pode aumentar o nível de confiança e a zona de certeza ao explicitar ser transparente e deixar claras as expectativas, ao fazer acordos, inclusive dos limites de atuação, a fim de que objetivos, situação, comportamentos sejam mais previsíveis. Ao contrário, zonas de incerteza e de imprevisibilidade reduzem o nível de confiança. Será necessário ter um

espaço aberto para um diálogo honesto frente às situações a fim de compreender o sentido e a interpretação dada a elas ao se ouvir o que os envolvidos têm a dizer. Esse diálogo permitirá reavaliar resultados positivos ou negativos e gerar aprendizagem, quando uma pessoa poderá ver se pode ou não confiar no outro para realizar uma outra atividade diferente daquela de costume, por exemplo.

4.3.1.7 Dispositivos de controle (7). Os dispositivos de controle visam dar visibilidade à ação do outro e estão fundamentados no contexto cultural da organização. O excesso ou a falta de controle podem gerar impacto sobre a relação de confiança, satisfação, engajamento e eficácia do trabalho, por isso devem estar ajustados e acordados socialmente a cada situação. Por exemplo, um trabalhador competente, a familiaridade com o outro, a tolerância ao erro, o baixo peso de suas consequências dispensam o excesso de controle e aumentam o nível de confiança e a autonomia para a realização do trabalho, ao passo que o inverso também é verdadeiro. Explicitar expectativas e limites pode auxiliar um novato em seu desenvolvimento.

4.3.1.8 Comportamento observável (8). O comportamento observável se refere ao julgamento feito frente à observação dos resultados do desempenho do outro e da satisfação das expectativas, reforçando positivamente a relação de confiança em caso bem-sucedido.

4.3.1.9 Busca de sentido (9). Caso as expectativas não sejam satisfeitas, busca-se compreender o que ocorreu em dada situação, reavaliando-se o grau de expectativa, a exigência e a possibilidade (competência, experiência, conhecimento, informação, imprevistos, por exemplo) de o outro entregar o que lhe foi solicitado explicitamente ou implicitamente. Esse momento de busca de coerência e do alinhamento das expectativas não leva à quebra de confiança de imediato, pois o foco está na compreensão da situação e do sentido atribuído pelo ator à ação empreendida. Posteriormente, essa análise e diálogo entre os envolvidos poderão levar ou ao reforço ou à sua degradação do nível de confiança.

A experiência adquirida na relação direta (valores e desempenhos observáveis) é preponderante sobre os recursos intermediários e materiais e sobre os dispositivos de controle em relação à produção da confiança. Esse modelo dinâmico sugere etapas para a progressão da confiança (Karsenty, 2013): 1) impressão inicial; 2) negociação das expectativas gerais; 3) exploração de expectativas mais específicas; 4) tentativa de elaborar e negociar diferenças entre as expectativas (p. 43 e 44).

Diante de tudo o que foi exposto, posso concluir que a confiança se apresenta como um elemento tácito do pano de fundo ou como um elemento para a construção ou para a desconstrução da relação de cooperação entre os membros de uma forma de vida, pois a sua falta acarreta prejuízos relacionais. Esse cenário pode gerar prejuízos nas relações entre gestores e equipes de saúde municipal e, conseqüentemente, nas práticas de gerenciamento estratégico e em seus resultados. A confiança é um elemento importante em uma CoP e será utilizada para compreender o estabelecimento de relações entre esses profissionais, no que se refere à prática do gerenciamento estratégico em saúde. Por essas razões, estabeleci o seguinte objetivo específico:

- Compreender o processo de construção da relação de confiança e seu vínculo com a prática do gerenciamento estratégico local.

Espero, com tudo que expus, que esteja claro que a hipótese norteadora deste trabalho sejam as relações tácitas de cooperação e confiança entre equipes de diferentes níveis estratégicos municipais que influenciam no funcionamento do sistema de saúde.

Os conceitos discutidos nos capítulos antecedentes auxiliam a compreender o processo de construção e de naturalização da prática do gerenciamento estratégico em saúde em um município mineiro até o ano de 2010, conforme será visto a seguir.

4.4 Naturalização da Prática de Gerenciamento em Saúde até 2010

O momento de sucesso da SaSi antes de 2010 sugere que os atores envolvidos no curso da ação, equipes locais e da SaSi compartilhavam a prática do gerenciamento estratégico em saúde de forma mais naturalizada. Entretanto, a naturalização das práticas agora tácitas foram construídas e instituídas socialmente pelos participantes de sua CoP, uma vez que os modos de agir foram construídos e pactuados coletivamente à medida que emergiam (Winch, 1975 citado por Ribeiro, 2007) e faziam sentido localmente (Piore et al., 1994). Alguns conceitos teóricos discutidos anteriormente ajudam a compreender melhor os elementos que estiveram por trás da emergência daquela CoP, contribuindo com o processo de melhoria do gerenciamento em saúde até o início de 2011. São eles: demanda (Levy, 1997/2001; Guirado, 2009); expectativa (Guirado, 2009; Levy, 1997/2001; Lewis & Weigert, 1985; Zucker, 1986); reconhecimento, utilidade (Dejours, 2005; Lave, 2011); interesse, compartilhamento (Lave, 2011; Wenger, 2001); legitimidade, repetição e naturalização (Guirado, 2009). Resumidamente, a demanda pela melhora de resultados na saúde levou os profissionais locais a criarem expectativas em torno de algo que parecia ser uma forma de gestão mais eficiente e eficaz. O reconhecimento de sua utilidade (Dejours, 2005) e real contribuição para o resultado qualitativo e quantitativo final levaram equipes a se interessarem pela prática, legitimada, a partir de então, naquele contexto. A sua repetição ao longo do tempo a tornou naturalizada pelos participantes daquela forma de vida, pois eles a interpretavam e lhe atribuíam sentido de utilidade, levando a decisões e a ações coordenadas, conforme discutirei de agora em diante.

Evidenciei, em pesquisa anterior, como os antigos profissionais dos diferentes níveis estratégicos do referido município constituíram uma CoP. O compromisso mútuo, caracterizado pela densidade das relações tanto entre os próprios participantes do PSF quanto entre os profissionais do PSF e da SaSi, foi construído em torno da prática de gerenciamento

estratégico frente à busca pela criação de estratégias e ações que viessem a melhorar o seu desempenho.

A demanda social, a necessidade e o interesse pela melhora de resultados, por exemplo, levam pessoas a se unirem em torno de uma prática (Wenger, 2001). Foi isso que ocorreu no município, quando as equipes operacionais (além da equipe formal da SaSi) foram se unindo para solucionar as dificuldades, como convencer usuárias “resistentes” a realizarem o exame de PCCU e atender a usuárias que trabalhavam no mesmo horário de funcionamento da UAP. A demanda de mudança imposta não só por forças externas (governo estadual que definiu indicadores de saúde a serem cumpridos pelos municípios mineiros), mas também pelas internas (por exemplo, por seus atores sociais que buscavam alcançar os objetivos propostos, especialmente pelo PSF), apresenta-se como um primeiro elemento em direção à institucionalização da referida prática.

Atender à expectativa de outrem também contribui para a legitimidade e para a participação em uma CoP (Lave, 2011). Ao atender à expectativa da própria equipe de PSF e também dos gestores e técnicos municipais em saúde ofertando um horário de atendimento alternativo em relação ao do funcionamento da UAP, a prática foi não só autorizada e apoiada pelos gestores, como instituída frente à sua implementação em outras UAPs, já que parte das usuárias realizavam, de fato, o exame no novo horário. O desenvolvimento dessa ação, por exemplo, ocorreu em função do monitoramento das informações sobre essas usuárias, quando as equipes de PSF, em especial os ACSs, sinalizavam em planilhas de produtividade quem tinha ou não realizado tal exame e o porquê de não fazê-lo. Esse mapeamento demandava deles e da gestão a criação de ações reflexivas em nível estratégico. A permissão às equipes locais para participar do processo de gerenciamento, incluindo a definição e o apoio à implementação de ações, caracterizou uma gestão não apenas participativa, como também bem-sucedida. Essa inter-relação entre os participantes surgiu, portanto, do compromisso com

a prática (Wenger, 2001) e, por esse motivo, uma CoP emergiu e se formou por meio de um processo informal (Almeida, 2011).

A utilização de repertórios compartilhados – do instrumento de gestão – tinha como função tornar o trabalho mais fácil, ampliando as possibilidades de ação dos profissionais (Wenger, 2001). A planilha de acompanhamento de PCCU, ou “repertório compartilhado”, era um dos instrumentos partilhados entre a CoP formada por membros da “SaSi” e das “UAPs”, tendo utilidade para ambas, quando participantes atribuíam significado às informações inseridas pelos próprios ACSs e agiam estrategicamente, em seguida, a fim de melhorar os resultados de saúde da população (Almeida, 2011).

Essa planilha, contudo, nem sempre foi atualizada de forma adequada, pois um instrumento só se torna uma extensão naturalizada do ser humano ao fazer sentido para ele (Piore et al., 1994). Foi quando os profissionais perceberam os impactos desse descuido na avaliação de desempenho da UAP (resultado mensal aquém da meta mensal por UAP) e a importância das planilhas para governar desde as ações globais até as práticas da linha de frente. Foi então, naquela época, que os profissionais reconheceram que a fidedignidade dos dados e o seu envio a tempo eram essenciais não só para o correto mapeamento, mas também para poder analisá-lo e intervir rapidamente.

À medida que os técnicos da SaSi mapeavam e devolviam o consolidado da área e do município para as unidades em forma de *feedback*, as equipes percebiam que o correto preenchimento podia até favorecê-las ao possibilitar que os próprios trabalhadores e os gestores tomassem conhecimento dos resultados por ora positivos das equipes de saúde. A conexão entre os objetivos especialmente os do PSF e a escolha sobre o uso de um instrumento de gestão dos indicadores, para alcançar tais propostas, só ocorreram quando houve um entendimento prático de seu funcionamento e de sua contribuição para o trabalho, levando os profissionais a colocá-lo em uso. Em dia de reunião geral, que costumava ocorrer

trimestralmente, os atores podiam compartilhar suas ações bem-sucedidas com a equipe da SaSi e com os demais colegas. O entendimento sobre a sua funcionalidade é necessário para colocar algo em prática (Piore et al., 1994).

É a partir do desenvolvimento do entendimento sobre a sua funcionalidade e da capacidade de interpretação da prática (Piore et al., 1994; Winch, 1975 citado por Ribeiro, 2007) que o acordo social para utilizar a planilha de forma adequada é construído, tornando-se uma atividade instituída, reconhecida e legitimada coletivamente pelas equipes do PSF e da SaSi. Essa discussão reforça a ideia de que as práticas, os sistemas operacionais, a linguagem e o sentido de realidade fazem parte de uma convenção social (Piore et al., 1994) e estão relacionados à forma de vida de uma comunidade de prática.

O momento de apresentação dos resultados servia para que todos pudessem ter uma visão global da situação do município e das necessidades locais de melhoria. As UAPs que apresentavam resultados aquém do esperado também aproveitavam a oportunidade de compartilhamento e de discussão das situações não só entre pares, mas também com os gestores. A possibilidade de diálogo e o compartilhamento de diferentes experiências (Piore et al., 1994), embora cada PSF tivesse uma particularidade, ainda que não tão divergentes, contribuíam para transformar a realidade.

As reuniões formais não eram as únicas que propiciavam o estreitamento das relações e o compartilhamento das informações entre os trabalhadores. De posse dos resultados, os colegas trocavam informações e desenvolviam soluções, ultrapassando inclusive relações de âmbito profissional. Tal é o caso da enfermeira que, sendo mãe de um enfermeiro, quando ambos dialogavam em casa, ofereceu-lhe ajuda para realizar o exame preventivo de câncer de colo de útero nas usuárias que sentiam vergonha para realizá-lo com um profissional homem. Os consolidados apontavam melhora nos resultados de coleta de PCCU na unidade do enfermeiro. Assim, em uma oportunidade de substituição de um outro enfermeiro que sairia

de férias, gestores e técnicos em saúde enviaram uma profissional mulher para a referida UAP. Mais uma vez, o consolidado da SaSi evidenciou a eficácia de uma ação, pois foram realizadas 59 coletas pela profissional durante um mês. Desde de então, a prática de rodízio de uma enfermeira nas UAPs dos enfermeiros masculinos foi introduzida e instituída formalmente, trazendo resultados positivos para essas unidades. Novamente, interesse, reconhecimento e utilidade contribuem com a institucionalização de práticas, não só de coleta, mas de gerenciamento estratégico, que ganha mais sentido a cada dia.

O compartilhamento de informações entre equipes do PSF e da SaSi continuava nos momentos de visita dos técnicos da SaSi às unidades de saúde, por telefone ou quando um membro da equipe do PSF ia à sala de situação por algum motivo, abrindo um espaço para diálogos. Na oportunidade, problemas também eram detectados e os técnicos da SaSi, juntamente com o então coordenador de PSF, davam-lhes apoio para a sua solução, diante da falta de material para realizar o exame preventivo ou quando precisavam mobilizar um grupo de enfermeiros e suporte material para realização de mutirão dos serviços de saúde.

Os resultados eram avaliados conjuntamente pela equipe da SaSi e pelos profissionais dos PSF ao detectarem que nem sempre o mutirão para a realização do exame de prevenção era uma ação bem-sucedida como um todo. Alguns problemas levavam tais profissionais a refletirem sobre a reutilização dessa prática, pois nem sempre o número de usuárias esperadas compareciam no dia da ação; a qualidade da coleta não era a mesma, já que o conjunto de células para análise nem sempre era adequadamente coletado, colocando o resultado do exame em xeque; a disponibilização de pessoal e de material eram subutilizados, sendo que esse pessoal teria dia de folga por trabalhar em um dia do final de semana ou em horário alternativo ao de funcionamento da UAP. A falta de profissional desfalcava a unidade de saúde em um dia de atendimento de rotina. O julgamento de utilidade técnica, social e econômica do gerenciamento e das ações foi realizado por gestores, técnicos e equipes de

PSF, contribuindo para a definição das práticas mais eficazes a serem adotadas no município.

Esse cenário apresentado e discutido até então elucidou que cada trabalhador tinha uma função e que o trabalho de cada um influenciava o do outro, por se tratar de multiatividades que compunham um coletivo, sendo o resultado da ação de uns (ACS) o objeto da atividade do outro (técnicos da SaSi). Por sua vez, o resultado dessa atividade dos técnicos se tornava o objeto de trabalho das equipes de saúde, transformando-se em um ciclo contínuo de retroalimentação de objetos de trabalho, de alavancas de ação.

Demonstrei, em pesquisa anterior, que a densidade das relações só aumentou com o reconhecimento da implicação pessoal e coletiva de todos os profissionais (Wenger, 2001) e da utilidade dessa densidade e do gerenciamento para os resultados de saúde. Nesse sentido, o repertório compartilhado ganha ainda mais importância dado o estabelecimento do “compromisso mútuo” e da responsabilidade individual e coletiva (Wenger, 2001) pela melhora dos indicadores. Porém, esse compromisso mútuo e essa responsabilidade não estão relacionados apenas ao preenchimento adequado das planilhas pelos ACS, mas, igualmente, à energia empreendida pelos profissionais nas ações desenvolvidas ao longo do tempo para tentar levar todas as mulheres a se submeterem ao exame.

O retorno da experiência da base (Lorino, 1997) ou o resultado da engenhosidade do trabalho (Dejours, 2005) das equipes de PSF e SaSi serviam para redefinir as estratégias de ação do município como um todo, institucionalizando novas práticas bem-sucedidas, eliminando outras pouco contributivas. Os enfermeiros não sentiam que os técnicos da SaSi e a coordenação do PSF estavam interferindo em sua área, já que a SaSi conferia um sentido de apoio aos trabalhadores.

Outro elemento importante era a relação de confiança estabelecida entre as equipes da operação, a SaSi e a coordenação do PSF. Apesar de alguns conselhos dos técnicos em saúde, cabia aos profissionais das UAPs decidir sobre a ação local a ser utilizada. Esse foi o caso da

utilização de carro de som disponibilizado para uma das equipes de PSF, que solicitou à gestão o empréstimo desse carro para passar nas ruas com cobertura daquela UAP do PSF para divulgação em massa da ação de exame preventivo. Em outra unidade, os profissionais é que recusaram a utilização desse mesmo carro de som, já que queriam alcançar um público alvo específico para a ação, de uma faixa etária específica, optando assim, por realizar outras ações, como a divulgação em creches e salões de beleza da área. Essa situação mostra que práticas instituídas e “óbvias” precisam ser reavaliadas frente à utilidade num ou noutro momento. A capacidade de interpretação e a atribuição de sentido à ação pelos participantes também contribuíram para que uma ação fosse mais ou menos bem-sucedida. Esse exemplo ainda demonstra, além de uma relação de confiança, uma valorização da experiência e uma autonomia dada aos trabalhadores. A noção de confiança (Tacconi et al.; 2011) refere-se à capacidade de cumprir com o que foi prometido (credibilidade) e afirma que um grupo (equipes de PSF) não agirá desconsiderando os impactos da ação sobre o outro, sobre seu bem-estar. A confiança depositada pelos gestores e técnicos em saúde nos profissionais da base ocorreu por saberem que seu conhecimento local e prévio (*background*, conforme Searle, 1997; Taylor, 2000) sobre as usuárias poderia contribuir com o resultado final, ainda que algumas ações tenham emergido e tenham sido testadas naquele momento, podendo até nem ser bem-sucedidas, embora apresentassem uma chance maior nesse sentido – como no caso do mutirão. O julgamento pelos gestores e técnicos da conformidade da ação para a realização do trabalho e o seu próprio *background* das experiências prévias e conhecimentos dos profissionais da base estavam por trás dessa permissão para a participação nas decisões e implementação das ações.

O interesse, a superação de expectativas e a utilidade das equipes de PSF e da SaSi pelas práticas instituídas no município impactam positivamente por sua repetição e continuidade. A repetição de ritos, práticas e a disciplinarização das pessoas são fontes de

legitimidade (Guirado, 2009), já que é a ação que faz, reproduz e legitima a instituição. Essa instituição se fortalece frente à repetição, levando a prática e as relações sociais daquela CoP a uma redução de sua relatividade, fazendo-as parecer que tinham sido sempre assim (Albuquerque, 1987/2004 citado por Guirado, 2009). Se o que foi historicamente construído a partir de uma demanda social depende de um reconhecimento e de legitimidade, as relações sociais e as práticas culturais assumem, portanto, um caráter naturalizado desde então (Guirado, 2009). A forma naturalizada de participar daquela cultura eximiu dos trabalhadores a busca por compreender e explicar o efeito das relações tecidas coletivamente, dando-lhes a impressão de que aquilo estava simplesmente dado e certo. Isso pode ser evidenciado a partir pelo depoimento de um ex-enfermeiro que – ao refletir sobre o porquê da prática de gerenciamento ter dado certo naquele momento – diz que era assim, que essa era uma de suas responsabilidades. Essa resposta pouco consistente evidenciou o compartilhamento da prática tácita entre esses atores, que estava incorporada às relações entre os profissionais, mas não à disposição do plano do consciente, porque “simplesmente são”, porque é rodeada de um sentido mutuamente compartilhado.

Taylor (2000) argumenta que o momento em que alguém obedece a uma regra, sem ter que refletir sobre essa e outras que estão por trás dela, parecendo-lhe naturalizada, simplesmente a segue sem precisar de razões para a sua prática, pois está incorporada e carregada de sentido, não demandando explicações previamente formuladas. A compreensão da situação reside na prática e depende do hábito já corporificado.

Esse *background* das relações tácitas que exime profissionais de explicações é desenvolvido na prática, na cultura na qual o coletivo que apresenta uma intercompreensão está inserido. Diante disso, não se pode esperar que alguém que não compartilhe daquele cenário atribua os mesmos sentidos àquela prática ou situação (Taylor; 2000), assunto a ser discutido mais a frente.

O caso do gerenciamento estratégico em saúde evidenciou uma CoP composta por membros de diferentes níveis de atuação estratégica e de diferentes funções. Sua emergência, embora marcada por dificuldades – o que é reconhecido como inerente à própria CoP, já que uma relação pode ser conflituosa ou harmoniosa e pode mesclar êxito e fracasso, aliança e oposição, confiança e receio (Wenger, 2001) – decorreu da demanda por um gerenciamento de informações, das contribuições individuais e coletivas para o resultado final, do reconhecimento da sua utilidade para a melhoria do serviço, de sua repetição e legitimação naquele contexto (Almeida, 2011).

Tal caso ilustrado anteriormente ajuda a compreender e a analisar os fatos e os sentimentos evocados pelos profissionais no período em que a pesquisa de doutorado foi realizada, conforme será visto até o final desta tese.

5 – Método

Nesta pesquisa, no que se refere às opções metodológicas, baseei-me na modalidade pesquisação, que possibilita, além de compreender o trabalho partindo de situações reais vivenciadas pelos trabalhadores, intervir nessas situações e modificá-las, conforme será discutido adiante. As justificativas para essas opções se assentam nos seus pressupostos e nas suas características como descrevo a seguir.

5.1 Pesquisação: Justificativa das Opções Metodológicas

Vale dizer que, na modalidade da pesquisação, ao mesmo tempo em que o pesquisador está estudando sobre seu tema/objeto, ele está envolvido como assessor na ação, à medida que o projeto de pesquisa se desenvolve. A pesquisação é mais pesquisa na ação do que pesquisa sobre a ação. Ela é participação, segue uma sequência – embora não rígida – de eventos e é uma modalidade para resolver problemas organizacionais e sociais (Coughlan & Coughlan, 2002). Toledo e Jacobi (2013) consideraram que esse método não só se caracteriza pelo envolvimento de grupos sociais no processo decisório, como se preocupa em garantir a participação pró-ativa desses grupos em assuntos que lhes digam respeito, visando à sua transformação social. Não é, portanto, um instrumento de uma consulta popular, mas de viabilização do envolvimento dos sujeitos pesquisados em um processo reflexivo, analítico, de construção de conhecimentos e de soluções de problemas. Ele consiste em um processo cíclico composto de quatro passos: planejar, fazer na ação, avaliar essa ação e pensar um planejamento futuro. Os indivíduos estudados e o pesquisador participam ativamente dessa sequência de eventos, sendo possível alterar a ordem e conteúdo do projeto a partir de os resultados que forem emergindo. Essa flexibilização do projeto permite a adequação do plano às necessidades e aos resultados alcançados ao longo do tempo (Coughlan & Coughlan, 2002).

Ainda que as ações sejam seguidas de avaliações concomitantes, no método de pesquisa todo projeto necessita de uma avaliação formal e sistematizada de resultados. Acompanhar a intervenção, refletir sobre ela e confrontar os resultados com as atuais discussões teóricas gera conhecimento. Várias características reforçam o caráter inovador desta pesquisa: a própria experiência da SaSi, principalmente com resultados exitosos; a tentativa frustrada, no início desta tese, de descentralização da SaSi para as unidades de atenção primária frente à mudança do contexto da época no momento em que se retomou a pesquisa de doutorado após algum tempo já tendo encerrado a do mestrado; os conflitos locais e as condições humanas e tácitas de fundo necessárias para fazer uma instituição de saúde funcionar ou para impedi-la de ter uma boa desenvoltura; as novas demandas de intervenção, ora com gestores e técnicos em saúde, ora com as equipes de PSF, ora com ambos, a fim de contribuir para o bom funcionamento e a cooperação das equipes de saúde de diferentes níveis estratégicos.

5.2 Procedimentos de Pesquisa

O tipo de estratégia institucional indica qual será o arranjo proposto por pesquisador e os diversos atores do campo de pesquisa. Para este estudo, a estratégia utilizada foi a participante, que pressupõe que haja uma inserção do pesquisador na realidade a ser analisada, uma vez que ambientes societários e até organizacionais exigem uma relação mais íntima e prolongada com a situação em questão (Vasconcelos, 2002). Foi realizado um estudo de caso, de corte longitudinal, cujos detalhes explicativos, que explicitam os critérios utilizados para escolha dos atores e das situações, estão descritos no tópico seguinte.

Antes de ir a campo, contudo, foram imprescindíveis preparações, a exemplo da obtenção de permissão para a realização da pesquisa, uma vez que os contatos iniciais direcionam e até determinam os rumos do estudo. Além disso, apesar da permissão dada pelos

superiores, também é necessária a aceitação do pesquisador e de seu estudo por parte dos outros atores que estarão envolvidos (Deslandes, 2005). A apresentação dos dados de uma pesquisa deve permitir ao leitor avaliar quão familiarizado o autor está com os fatos descritos e de que forma obteve as informações pesquisadas (Malinowski, 1978).

Para a obtenção de informações, alguns instrumentos foram utilizados, como entrevistas, observações e análise de documentos (Deslandes, 2005). A entrevista é reconhecida como uma técnica direcionada de coleta de informações, em que o pesquisador busca apreender o pensamento, o saber e as ações dos sujeitos de determinada localidade (Severino, 2007). Essa entrevista pode variar de aberta a fechada, estando a escolha relacionada à maior precisão da resposta esperada (Abrahão et al., 2009).

A observação de campo ou etnográfica também é um recurso metodológico importante, uma vez que tal técnica permite ao pesquisador estabelecer uma relação de proximidade com o campo e uma interação com os atores estudados (Haguette, 1990 citado por Deslandes, 2005). As observações conhecidas como globais têm como finalidade o enfoque geral do contexto. À medida que se quer afunilar a investigação, podem ser feitas observações livres e, por fim, sistemáticas. As últimas estão relacionadas a um recorte específico das ações dos trabalhadores, e essas observações poderão demonstrar as dimensões relevantes para comprovar as hipóteses. As sistemáticas podem ser de vários tipos, mas me interessam aqui as participativas e as não participativas, que podem acontecer com a intervenção ou sem a intervenção do pesquisador concomitantemente ao momento em que o(s) sujeito(s) realiza(m) a tarefa (Abrahão et al., 2009). A simples observação de gestos e movimentos é limitada, uma vez que a subjetividade fica excluída da ação em questão. Da mesma forma, como já foi visto, os trabalhadores não conseguem relatar todos os procedimentos e as estratégias utilizados, sendo necessária a soma das observações, entrevistas recorrendo às verbalizações e à autoconfrontação dos dados e resultados coletados

(Abrahão et al., 2009).

As verbalizações permitem que o pesquisador compreenda melhor o desenvolvimento da atividade em questão, podendo ser realizadas antes, durante (verbalização simultânea) e depois da realização de um trabalho (verbalização posterior). As autoconfrontações estão relacionadas à devolução dos dados e dos resultados coletados junto aos próprios trabalhadores, sendo vários os objetivos desse procedimento, entre os quais validar informações e análises dos dados qualitativos (Abrahão et al., 2009).

A análise de documentos consiste na utilização de diferentes tipos de documentos como fonte de informação, os quais são gravações, relatórios, filmes, fotos, jornais, documentos legais, etc. (Severino, 2007).

Em relação aos instrumentos de pesquisa, foram utilizados: entrevistas abertas, semiabertas e observações globais, livres e sistemáticas – seguidas de validação após a realização da atividade em questão –, análise de documentos e pesquisa bibliográfica a partir da definição do desenho de pesquisa.

5.3 Caminho Percorrido na Coleta de Informações e Intervenções

Gestores do município apresentavam como demanda explícita e inicial a descentralização da SaSi central e a implementação de SaSis locais nos PSFs, a fim de que as próprias equipes monitorassem seu desempenho de produtividade, identificando pontos com necessidades de melhoria e de intervenção. Mas o cenário do município, previamente conhecido pela pesquisadora, havia se modificado desde 2011 e será apresentado no capítulo de resultados.

O município pesquisado tem em torno de 55.000 habitantes e é considerado um polo econômico mineiro por contar com indústrias de ferro silício, silício metálico, ferro-ligas, ligas de alumínio e tecidos, exercendo influência sobre outras nove cidades que estão

circunscritas ao seu redor, conforme informações fornecidas pelos gestores do município.

A pesquisa de campo do doutorado foi realizada entre 2013 e 2015, com períodos de estadia com diferentes durações – mensais nos períodos de janeiro, fevereiro, julho e dezembro, excluídos os finais de semana e os feriados – e, nos demais meses, com visitas de quatro dias. Além disso, contatos telefônicos mensais foram mantidos ao longo de todo o período nos meses em que o encontro presencial não era possível. Nessas estadias, várias ações de pesquisa eram levadas a cabo, como discrimino na Tabela 1.

As observações *in loco* ocorriam durante os períodos de estadia e se davam nas UAPs, na sala de situação, no acompanhamento dos ACSs, gestores, técnicos em saúde na realização de suas atividades. As observações envolviam interação com os profissionais, que elucidavam questões a serem mais aprofundadas. As entrevistas eram abertas, individuais e coletivas e não apresentavam um roteiro previamente definido. Elas seguiam as temáticas evocadas nas observações, a curiosidade da pesquisadora e as demandas dos próprios atores locais. Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento dos profissionais.

As intervenções decorriam tanto da presença em campo, como nas reuniões que envolviam escutas e *feedbacks*. As autoconfrontações funcionavam como intervenções específicas, em que se validavam as informações e se acompanhavam as ações e os sentimentos dos atores em decorrência das intervenções anteriores.

Tabela 1
Ações metodológicas

Ação	Ano
Reunião com gestores (PSF e SMS) e técnicos em saúde sobre projeto de doutorado	2013
Definição com gestor de PSF e SaSi sobre UAPs e equipes que iriam participar do projeto de doutorado	2013
Reunião para apresentação do trabalho de mestrado e para apresentação do projeto de doutorado com gestor de PSF e equipes de PSF	2013
Reunião com técnicos da SaSi para falar sobre o encontro com as equipes	2013
Definição de nova reunião entre equipes de PSF e SaSi para discussão de	2013

impressões sobre SaSi	
Reunião entre SaSi e equipes de PSF sobre funções da SaSi e as impressões das equipes locais sobre sua função	2013
Reunião com enfermeiros sobre impressão sobre SaSi e motivos de conflito	2013
Reunião com equipes locais nas UAPs para definição sobre itens a serem acompanhados	2013
Definição de instrumento e adaptação para acompanhamento do indicador de visitas domiciliares	2013
Acompanhamento de visitas por meio de outras ferramentas de produtividade (SSA2) – média de visitas entre 2011 e 2013 por ACS e UAP	2013
Acompanhamento dos ACS em visitas domiciliares	2013
Acompanhamento nas UAPs sobre produtividade	2013 e 2014
Reunião com técnicos da SaSi anteriormente às visitas das equipes de PSF à sala de situação	2014
Reunião com equipes de PSF após visitas das equipes de PSF à sala de situação	2014
Continuação da tabela	
Reunião com técnicos da SaSi após visitas das equipes de PSF à sala de situação	2014
Reunião com o Secretário Municipal de Saúde sobre resultados da pesquisa	2014
Reunião com técnicos da SaSi e coordenador de PSF sobre retomada de visitas dos técnicos da SaSi às UAPs	2015
Reunião com coordenador de PSF sobre retomada de visitas dos técnicos da SaSi às UAPs	2014
Participação em reunião da SaSi com equipes de PSF nas UAPS	2015
Reunião com equipes de PSF após encontro da SaSi com equipes de PSF nas UAPS	2015
Reunião com técnicos da SaSi e coordenador de PSF após reunião da SaSi com equipes de PSF nas UAPS	2015
Conversa por telefone com coordenador de PSF sobre situação do município	2015
Conversa por telefone com técnicos em saúde sobre situação do município	2015

As análises foram realizadas não só com base em informações e conteúdos do campo (observações, entrevistas, intervenções e autoconfrontações, que foram gravadas e transcritas), bem como na leitura de documentos. As gravações foram ouvidas repetidas vezes, e as transcrições foram lidas e relidas a fim de se compreender a realidade e a peculiaridade do trabalho. Diante do material apresentado e das discussões com a orientadora e com o coorientador, confrontava o meu material com o da literatura já revisada e com aquela que passei a revisar motivada pelo campo e pela análise desse material.

5.4 Desafios Enfrentados

O reencontro com esse campo de pesquisa trouxe surpresa e decepção com as diferenças constatadas em relação ao período de conclusão da dissertação de mestrado. Essa situação foi muito desafiante no sentido que exigiu o meu realinhamento de objetivos do projeto de pesquisa no doutorado, tendo em vista que ele deveria harmonizar-se com as demandas reais do campo de pesquisa.

Outro desafio do qual me tornei ciente desde o início do trabalho foi a localização geográfica do campo desta pesquisa, o qual me requeria deslocamentos com certa frequência. O método, por sua vez, exigia passar períodos relativamente extensos no município (de 2013 a 2015). Isto implicava um investimento pessoal em reorganizar demandas pessoais e profissionais. Tal desafio ainda contou com uma intensificação decorrente de minhas circunstâncias de vida que implicavam morar em outro estado um local ainda mais distante do campo.

Tais desafios resultaram em redesenho da pesquisa que relato no momento que considero que foi adequado à realidade e fértil na produção de conhecimentos, que podem ser transferidos a outros municípios com cuidado. O desafio da localização do campo impactou em um desenvolvimento da pesquisa que intercalava momentos de imersão e de distanciamento que foram produtivos, permitindo desenvolver a compreensão pela imersão e pela reflexão sobre a mesma em ritmo adequado.

6 – Resultados

No reencontro com o campo de pesquisa (2013), deparei-me com um novo cenário de deterioração das relações entre os trabalhadores (incluindo SaSi e equipes operacionais) do município, os maus resultados quantitativos e qualitativos, o distanciamento entre nível de gestão estratégica e equipes operacionais e, finalmente, com uma situação de ruptura de relações profissionais de cooperação. Por essas razões, o primeiro momento da pesquisa se desenvolveu em torno da tentativa de compreensão de tal situação e na busca dos meios de, junto com os participantes, promover mudanças que pudessem recuperar um “clima” compatível com uma CoP. Como consequência dessa intervenção, outras mudanças mais recentes estão levando a uma reconstrução das relações profissionais de cooperação a partir da percepção da importância da contribuição de cada uma das funções com seu olhar interpretativo específico, para além das informações, gerando uma reaproximação entre os profissionais. Isso tem gerado uma melhora não só nos resultados qualitativos da saúde no sentido de promover e prevenir o adoecimento, bem como nos quantitativos. Essa melhora nos resultados, por sua vez, acarreta o recebimento de recursos financeiros do Estado. Esses momentos estão subdivididos em primeiro e segundo momentos de mudanças, os quais serão apresentados no capítulo subsequente e analisados, à luz do quadro teórico tendo em vista os aspectos tácitos da cooperação discutidos anteriormente. O primeiro compreende o momento de apreensão da ruptura psicossocial instalada; o segundo, do início da retomada das relações entre membros da SaSi, coordenação de PSF, equipes das UAPS, culminando em uma melhora qualitativa e quantitativa do trabalho de assistência à saúde da população, conforme será visto abaixo.

6.1 Primeiro Momento de Mudanças

A seguir, serão apresentados os eventos do primeiro momento de mudança e, em seguida, as compreensões e as interpretações desses acontecimentos pelos atores locais, culminando em uma ruptura das relações profissionais entre os atores no exercício de suas funções. Esse momento abrange um conjunto de acontecimentos inter-relacionados, conforme Figura 3.

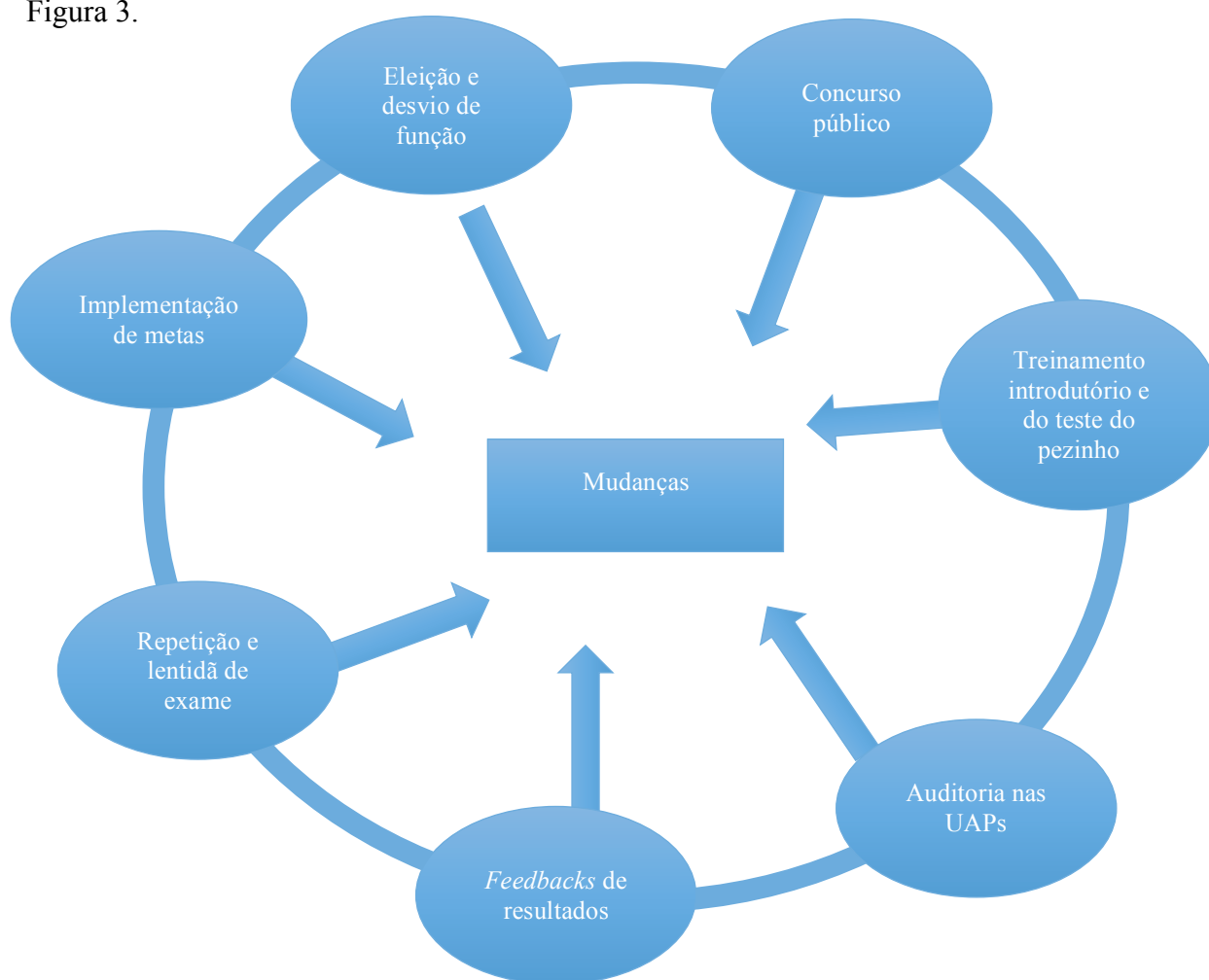


Figura 3
Primeiro momento de mudanças

6.1.1 Concurso público

O concurso público é uma instituição que tem estruturado o serviço público brasileiro, sendo fruto das conquistas políticas ocorridas na construção da nossa democracia. No município mineiro, como em vários outros municípios brasileiros, adotava-se uma prática de

contrato de profissionais de saúde sem concurso. Entretanto, por força da aplicação da lei imposta pelo Ministério Público (MP), todos os municípios do estado de Minas Gerais realizaram concurso para substituição de seu pessoal. Dos treze enfermeiros que atuavam nos PSF há alguns anos – dentre os quais vários eram nascidos e residentes do município, condição que lhes facilitava conhecer a população e as características locais – apenas um foi aprovado. Os reprovados, que haviam adquirido experiência por meio da prática e da participação nas atividades daquele contexto, deixaram seus cargos, quando os aprovados os assumiram. Mais de 50% dos agentes comunitários de saúde (ACS) também foram substituídos, apesar de sua forma de contratação ser por meio de seleção pública, e não concurso público. A alguns dos novos enfermeiros aprovados, auxiliares de enfermagem e ACSs contratados, faltavam conhecimentos a respeito da população, das características gerais do município e daquelas unidades de atenção primária, por não serem nascidos e tampouco residentes do local. Contribui para tal situação, o fato de o concurso ter sido realizado com base no conhecimento formal, e não na experiência.

A gente está sem estudar há muito tempo, apesar da vasta experiência que a gente tem, não só da enfermagem, como da população local. Essa foi a primeira grande mudança que aconteceu, pois não se imaginava que não seríamos aprovados (ex-enfermeiro).

6.1.2 Treinamento introdutório

Logo depois que os novatos assumiram seus cargos, uma das primeiras ações solicitadas pela gestão do PSF aos membros da SaSi foi o direcionamento de enfermeiros aprovados no concurso por UAPs. Os gestores acreditavam ser mais adequado conhecer o perfil de cada um para posteriormente encaminhá-los por unidade tendo em vista a aproximação de suas características com as de cada PSF:

Era melhor colocar uma pessoa mais pró-ativa e dinâmica para lidar com uma população que demanda mais atendimento e que é mais difícil de lidar. Também é melhor colocar um profissional homem no lugar de outro, já que a população já está acostumada com esse cenário (técnico da SaSi).

Para tal, os técnicos em saúde da SaSi elaboraram uma dinâmica a fim de compreender melhor o perfil de cada trabalhador, definindo depois sua unidade de trabalho, uma vez que já conheciam cada uma das treze unidades do PSF do município por já terem trabalhado em algumas delas e por serem nascidos e residentes no próprio município.

Na oportunidade, esses técnicos perguntaram aos novatos quais eram suas reais capacidades práticas para realização das atividades cotidianas de enfermagem, já que aquele era o primeiro trabalho de alguns deles, que, até então, tinham a vivência prática advinda dos estágios curriculares e extracurriculares realizados durante a graduação. Tal atitude não foi bem recebida por todos os novatos, conforme depoimento de um deles:

Eles achavam que a gente era incompetente só porque aquele era o primeiro emprego de alguns dos enfermeiros aprovados no concurso? Na minha graduação, eu fiz vários estágios no PSF, já que a formação tem um foco especial nesse programa. Eu já o conhecia...e eles achavam que sabiam mais do que a gente só porque trabalharam ali por mais tempo e porque moram naquele município? (enfermeira novata, expressando enraivecida sua opinião).

6.1.3 Repetição e lentidão de exame

Outra intervenção da SaSi relacionada os PSFs referiu-se à capacitação dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem para o teste do pezinho. O Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico (NUPAD), que recebe as amostras para realização desse teste, realizado em bebês recém-nascidos até o 5º dia de vida, informou que algumas delas

eram insuficientes ou inadequadas, necessitando repetir o procedimento, sugerindo-se ao município uma capacitação dos profissionais. Concomitantemente a essa informação, os técnicos da SaSi já estavam vendo, nas planilhas de acompanhamento, que os exames vinham sendo realizados mais de uma vez em um mesmo bebê, podendo impactar não só na fidedignidade do diagnóstico, mas também no tratamento de alguma patologia em função da realização de um exame errado ou tardio.

Ao investigar a causa dos “retestes”, os técnicos em saúde constataram a inadequação da coleta. Essas amostras para o teste correspondem à coleta de gotas de sangue do pé do recém-nascido, colocadas em uma espécie de papel filme em cada um dos cinco espaços reservados para tal. A gota de sangue não precisa ser grande, mas a quantidade coletada deve transfixar o papel – vazar para o lado oposto do papel filme – e, após a coleta, é preciso que o material seque por três horas. Entretanto, a quantidade coletada de sangue não vazava para o outro lado, e o material chegava úmido e até mofado ao NUPAD, impossibilitando sua análise.

Gestores de saúde decidiram, juntamente com a equipe da SaSi, que os técnicos realizariam a capacitação de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, profissionais responsáveis pelo procedimento nas UAPs. Na ocasião, os membros da sala convidaram uma auxiliar de enfermagem de um dos PSF com muitos anos de experiência, cujos testes nunca haviam sido questionados, para ministrar a capacitação juntamente com uma das técnicas em saúde, uma enfermeira. Ao iniciar a capacitação, os instrutores mencionaram: 1) as demandas de tal curso – como o aumento inadequado do número de amostras dos testes do pezinho –; 2) que algumas unidades tiveram “reteste”. Em seguida, explicaram: 1) a parte teórica sobre o teste e; 2) a parte prática do teste. Bonecos foram levados para simulação da coleta.

Diante de tal treinamento, uma enfermeira novata expressou seu sentimento de forma furiosa: “Mais uma vez eles estavam nos chamando de incompetentes? Por que eles

chamaram todos os profissionais para participar da simulação se das treze UAPs apenas três enfermeiros erraram o procedimento? Não havia nenhuma necessidade”.

6.1.4 Auditoria nas Unidades de Atenção Primária

Outra ação realizada pela equipe da SaSi, que assumiu o papel do órgão responsável que não podia realizá-la naquele momento, foi uma auditoria interna nas UAPs solicitada pela gestão de saúde e também pela coordenação do PSF. As auditorias consistiram em várias ações, tais como a verificação de compatibilidade da sala previamente definida pelo projeto arquitetônico para administração de vacina; a confirmação da quantidade de exames realizados; a infraestrutura. Em situações de desacordo, as desconformidades relacionadas às ações anteriormente levantadas constavam nos relatórios entregues aos gestores. Entretanto, técnicos em saúde refletiam sobre a sua própria responsabilidade frente a uma função de fiscalização que não cabia a eles como profissionais de saúde.

Os gestores pediram para a gente ir lá e olhar tudo. Isso não era nossa função e, mais uma vez, ficou parecendo fiscalização, já que tínhamos que apontar, nos relatórios, todos os problemas encontrados em cada unidade: por exemplo, se tinha uma unidade com problemas na sala de vacina (técnico da SaSi).

6.1.5 Feedback dos resultados para as equipes

O Projeto Estruturador “Saúde em Casa” é uma estratégia do governo estadual para a ampliação e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), que visa à redução do número de internações e de mortalidade materno-infantil e à ampliação de cobertura vacinal¹. Assim, metas foram negociadas entre estado e os municípios mineiros antes de 2009 para determinados indicadores a serem cumpridos, em especial pelo PSF. Alguns deles estão

¹ Fonte: Gerência Regional de Saúde (GRS), localizada no município /MG (2009).

relacionados à realização de exame do PCCU, às consultas de pré-natal em gestantes, à administração de vacina em crianças menor de um ano de vida e à cobertura de PSF à população do município.

Foi nessa oportunidade, em 2009, que gestores de saúde do município contrataram um técnico de saúde para a SaSi, com 11 anos de experiência na saúde pública do município como enfermeiro e gerente de UAP. Ele deveria monitorar e consolidar, especialmente, os resultados do PCCU e da cobertura vacinal das crianças, desenvolvendo ações estratégicas coordenadas juntamente com as equipes locais, visando não só à promoção e à prevenção da saúde da população, mas também ao recebimento da premiação financeira concedida pelo governo ao município em caso de alcance dos percentuais esperados.

Essas atividades já eram uma prática do município quando ele ainda contava com os antigos enfermeiros e seguiram com os novatos aprovados no concurso depois de empossados. Além do monitoramento dos dados e de sua consolidação, a prática de enviar *feedbacks* da produção mensal de todas as UAPs para todas as equipes de PSF permaneceu, fossem eles, positivos ou negativos, conforme depoimento abaixo.

Eu sempre fiz assim, sempre enviei uma planilha dos resultados gerais do município para todas as unidades, quando cada enfermeiro poderia ver não só o seu resultado como o do colega e o do município em geral” (técnico da SaSi expressa-se impressionado diante da reação de incômodo dos novatos).

Um enfermeiro novato, porém, manifesta-se: “Se o resultado é da minha unidade, por que todo mundo tem que ver o que aconteceu ali? Ficam expondo meu resultado”.

Em reação a essas queixas, os técnicos da SaSi definiram que enviariam os *feedbacks* de cada UAP para as pessoas diretamente responsáveis por aqueles resultados. O depoimento a seguir demonstra, contudo, que a insatisfação com o envio dos *feedbacks* não era generalizada: “É bom para ter noção de sua contribuição com os resultados do município em

relação às outras equipes de PSF. Você sabe se seu desempenho está bom ou não” (enfermeiro novato).

6.1.6 Diálogo entre novatos e um gestor veterano do município

Em uma determinada oportunidade, um gestor veterano do município recomendou aos enfermeiros novatos não aceitarem a cobrança relacionada ao alcance de metas e à exposição de sua produção mensal a outras equipes. Os técnicos da SaSi não haviam sido aprovados no concurso público, por isso não seriam pessoas aptas a treiná-los e fiscalizá-los e a cobrar deles o alcance dessas metas. Ele disse, conforme depoimento dado por um enfermeiro novato:

Foi [o gestor veterano] que disse: Quem são eles [técnicos da SaSi] para cobrá-los já que não foram aprovados no concurso. Além do mais, ficam enviando os resultados de uma unidade para todas as outras, expondo sua equipe. Não obedecem eles não, quem são eles. Aí eu disse: Não vou aceitar isso mais não (manifesta-se com certa fúria). Foi aí que a gente foi lá e falou com XXX [ex-coordenador de PSF] que não iria aceitar mais. Ele, então, com outras atividades mais prioritárias [preparação para o período eleitoral] respondeu: Então, eu vou pedir para os técnicos da SaSi não irem mais às UAPs reunir com vocês.

O próprio gestor, então coordenador de PSF, acrescenta: “Eu estava cheio de atividades para fazer, com um desvio de função, outras prioridades. Eu preferi dizer [aos técnicos em saúde] que não era mais para ir às UAPs”. Com essa afirmação, o gestor reconheceu sua contribuição para o rompimento das relações entre as equipes de PSF e os técnicos em saúde.

6.1.7 Implementação do sistema de metas municipais e remuneração variável por

produtividade

As metas estaduais já existiam mesmo antes da chegada dos novos profissionais ao município. Como mencionado acima, algumas delas se relacionavam ao exame de PCCU, à administração de certas vacinas em crianças de diferentes idades, às consultas de pré-natal em gestantes, etc. Todas elas, no entanto, foram estipuladas em nível estadual, cabendo aos municípios mineiros o cumprimento dos indicadores, culminando no recebimento de uma premiação financeira para o município, podendo a verba ser revertida para as UAPs.

Novas metas municipais, contudo, foram criadas pelo então coordenador do PSF, pelo atual conselheiro de saúde do município e por uma ACS, também membro do CMS. Os referidos gestores demitiram e recontrataram os ACS em 2010, quando do concurso público para enfermeiros, reduzindo o salário e complementando-o a partir do sistema de premiação pelo cumprimento de metas. A ideia de premiação financeira por produtividade já existia no setor de Epidemiologia, sendo a remuneração de agentes desse setor a mais alta do município se comparada à de agentes de outros serviços, como do PSF, conforme depoimento abaixo.

Isso já acontece aqui no município, na Epidemiologia. Os agentes da epidemiologia têm o melhor salário daqui, sempre deu certo. Aí a gente pensou em estabelecer essas metas também para o PSF, achando que eles iriam produzir mais e gerar melhores resultados (gestor de saúde pública).

Foi, então, em julho do ano de 2011, que os gestores em saúde elaboraram uma lista de indicadores (Tabela 1) a serem cumpridos mensal e individualmente por cada ACS, culminando no recebimento de uma premiação financeira também individual de mais um terço de seu salário, caso as metas fossem alcançadas no mês. Essa bonificação tinha três propósitos: 1) substituir o aumento do salário que os ACS reivindicavam frente ao repasse de um valor pelo MS ao município, 2) aumentar a produtividade dos ACS e 3) garantir aos

trabalhadores o direito de premiação independentemente do partido político que estiver no poder futuramente.

Tabela 2

Itens de metas e valores

N	Indicadores
1	90% a 100% de gestantes cadastradas e acompanhadas
2	90% a 100% de gestantes cadastradas com vacinas em dia
3	95% a 100% de acompanhamento de recém-nascidos e puérperas cadastradas
4	100% dos cartões de espelho das crianças de 0 a 23 meses e 29 dias devidamente preenchidos
5	95% a 100% de visitas por família cadastrada
6	95% a 100% de crianças cadastradas de 0 a 23 meses e 29 dias com vacina em dia
7	95% a 100% de crianças cadastradas de 0 a 4 anos e 11 meses e 29 dias pesadas
8	95% a 100% dos diabéticos cadastrados e acompanhados
9	95% a 100% dos hipertensos cadastrados e acompanhados
10	95% a 100% das pessoas com tuberculose cadastrados e acompanhados
11	95% a 100% das pessoas com hanseníase cadastrados e acompanhados
12	90% a 100% das gestantes cadastradas com pré-natal iniciado no 1º trimestre e durante a gestação
13	80% de realização de atividades educativas na comunidade, escolas, unidade de saúde e reuniões administrativas. Obs: 100% = 5 atividades/mês
14	60% de aproveitamento na avaliação de desempenho
15	85% de cumprimento da condicionalidade do Bolsa Família
16	100% do preenchimento das planilhas implementadas pelo município e/ou sala de situação
17	100% de utilização da ferramenta PERA – planejamento, execução, relatório, avaliação
18	100% de alimentação dos bancos de dados HIPERDIA, SISVAN, WEB, FICHA A, SIAB e outros que venham a ser implementadas pelo município
19	100% das planilhas e sistemas de informação deverão ser enviadas e/ou digitalizadas conforme cronograma estabelecido pela SMS/APS e/ou SaSi

Fonte: Informações fornecidas pelos ACS (2013).

Dezenove itens foram definidos com base no Sistema de Atenção Básica (SIAB) e nos dados monitorados pela SaSi, como vacinação das crianças, acompanhamento do cartão de vacina, consultas de pré-natal em gestantes, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, visitas domiciliares mensais, dentre outros. Os valores foram definidos por meio das metas do MS, os quais, embora já estipulados pelo governo federal, eram pouco cobrados e fiscalizados. “Esses indicadores e esses valores já têm que ser cumpridos pelos ACS, a gente

só pensou em como melhorar os resultados assegurando a eles uma premiação“ (gestor em saúde). Dos dezenove indicadores, pelos menos dezessete deveriam ser alcançados mensalmente, para que o profissional tivesse direito à premiação financeira correspondente a 30% de seu salário naquele mês.

Enfermeiros e os demais agentes não participaram da definição dos itens, de seus valores e alguns sequer sabiam quem os havia estipulado e sob quais critérios. A informação que tinham era apenas que não sofreriam penalização financeira em caso de descumprimento de dois itens, informação esta passada pelo então coordenador do PSF aos profissionais das equipes de saúde, conforme verbalização do ACS:

Ninguém falou nada para a gente. Não sabíamos quem tinha criado esses valores, porque...apenas sabíamos que éramos muito cobrados pelo alcance dessas metas, pois, do contrário, não receberíamos a premiação, que já tínhamos incorporado ao nosso salário... O pessoal da SaSi que fica cobrando a gente. Só sabe cobrar, mas o que acontece lá na ponta e nossas dificuldades ninguém quer saber, só mandar (ACS responde em tom agressivo).

A ideia do sistema de metas, a definição e valores dos indicadores e o acompanhamento dos resultados das metas mensais não eram realizadas pelos técnicos em saúde, embora as equipes locais acreditassem nisso, já que cabia à SaSi o monitoramento, a consolidação e o acompanhamento de outros indicadores estaduais.

6.1.8 Eleição e desvio de função

Uma outra mudança em relação ao comportamento que ocorreu no município foi o distanciamento entre gestores em saúde e membros da SaSi no período de eleição para prefeito e vereador. No ano de 2012, o então Secretário Municipal de Saúde pretendia candidatar-se a vereador, chegando a se afastar do cargo que até então ocupava, o qual ficou

sob a responsabilidade do então coordenador do PSF, que assumiu o cargo de secretário adjunto. Apesar da desistência desse secretário municipal de saúde da sua candidatura ao cargo de vereador, o coordenador do PSF continuou dedicando-se às funções de secretário a ele incumbidas, o que o impediu de dedicar-se às atividades do PSF. Dentre as atividades, cito: verificar se as equipes dos PSFs estavam enviando os dados para a SaSi e reunir-se com profissionais da sala e das unidades com o objetivo de discutir os resultados alcançados, traçando planos de ação mais assertivos não só para o alcance de metas, mas sobretudo para a melhora da saúde da população. “Eu estava muito sobrecarregado e não conseguia cuidar mais do PSF, muitas coisas do meu trabalho deixaram de ser prioridade naquele momento” (gestor em saúde).

Esse distanciamento entre o então coordenador de PSF e os técnicos da SaSi, o desvio de sua função em período eleitoral e a substituição de suas prioridades culminaram nas consequências que foram mencionadas nos tópicos acima. Ressalto, contudo, os outros fatores que também contribuíram para esse momento de ruptura.

6.2 Compreensão e Interpretação dos Fatos pelos Profissionais do Programa de Saúde da Família

Ao mesmo tempo que os fatos aconteciam, os atores envolvidos os interpretavam, e esses fatos mobilizavam concomitantemente suas emoções. Em outras palavras, os fatos propiciavam interpretações e faziam aflorar emoções, que, por sua vez contribuíam para a configuração dos próprios fatos. Listo como exemplo os sentimentos de:

- 1) subestimação das reais capacidades e competências dos novatos;
- 2) exposição do profissional, principalmente diante de resultados negativos de produção mensal;

3)cobrança exacerbada de metas e fiscalização dos resultados do trabalho, quando “nada” era feito para auxiliar as equipe de PSF.

A substituição dos veteranos pelos novatos gerou dúvidas nos técnicos da SaSi sobre as reais capacidades dos novatos não só para a realização das tarefas nas UAPs, como também para a administração das vacinas, teste do pezinho, dentre outros. Isso porque aquele era o primeiro trabalho de alguns dos enfermeiros, que só tiveram contato com a prática de enfermagem, em especial com o PSF, durante os estágios curriculares e extracurriculares, já que o PSF é um foco de estudo e práticas da Universidade em que alguns deles estudaram. Entretanto, essa situação pareceu-lhes uma subestimação de suas competências, já que para eles essa mesma prática dos estágios levou-os a aprender a realizar o trabalho de enfermagem, não considerada pouca ou insuficiente. Isso gerou um sentimento de afrontamento, levando-os a contestar a autoridade dos enfermeiros reprovados no concurso público como profissionais capazes de ensiná-los a fazer alguma coisa, situação posteriormente agravada diante da fala do gestor veterano.

Essa situação tornou-se ainda mais delicada em função do treinamento do teste do pezinho, pois, das treze unidades, apenas três apresentavam problemas em suas amostragens por não transpassarem o papel e por apresentarem sinais de mofo, mas o treinamento foi realizado com todos os enfermeiros das UAPs. Isso aumentou o incômodo dos novatos com a postura dos técnicos da SaSi, o que os levava a pensar que estavam sendo tratados, mais uma vez, como incompetentes. No treinamento, os auxiliares de enfermagem foram os profissionais que mais participaram da simulação, ao passo que alguns dos enfermeiros ficaram em um canto da sala conversando sobre outros assuntos, conforme depoimento de um técnico da sala: “Eles ficaram no canto da sala conversando sobre outros assuntos como se não tivesse nada acontecendo”.

As auditorias consistiram em verificação de compatibilidade da sala previamente definida pelo projeto arquitetônico para administração de vacina; confirmação da quantidade de exames realizados; checagem da infraestrutura. Embora de maneira menos impactante, essas auditorias também lhes pareciam fiscalização. Esse sentimento de subestimação decorrente dessa vigilância pode ser verificado no depoimento de um enfermeiro: “Mais uma vez eles estavam fiscalizando, mas isso não teve tanto impacto quanto achar que a gente era incompetente”.

Além de se sentirem subestimados e fiscalizados, a exacerbada sensação de cobranças por alcance de metas também era um agravante. Em especial, porque não compreendiam a procedência das metas e dos percentuais estabelecidos e seus cálculos. Apesar de os técnicos e gestores do município terem tratado sobre o assunto no treinamento introdutório, incertezas seguiram com os profissionais em suas rotinas. Assim, a definição tanto das metas estipuladas pelo governo estadual – para o PCCU e para as vacinas em criança menor de 1 ano de vida – quanto as estipuladas pelos gestores em nível municipal foram atribuídas à equipe da SaSi, já que era responsável pelo mapeamento dos indicadores estaduais e pelo *feedback* das informações às UAPs.

A possibilidade de gerar um impacto financeiro na remuneração dos ACSs em caso do não cumprimento de metas municipais levava agentes e enfermeiro das equipes locais a conflitos, já que esse enfermeiro era o responsável pelo fechamento e envio das informações à SaSi – no caso das informações relativas aos indicadores estaduais – ou à coordenação de PSF – no caso das informações relativas aos indicadores municipais. O fato é que o sentimento dos profissionais dos PSFs de serem fiscalizados e constantemente cobrados para alcançar as metas agravou o relacionamento entre os profissionais locais – ACSs e enfermeiros – e entre os profissionais dos PSF e da SaSi. O depoimento de um agente demonstra sua interpretação

equivocada de cobrança de metas municipais por parte da SaSi, quando os técnicos em saúde nada tinham a ver com isso: “Eles [técnicos em saúde] só sabem cobrar da gente”.

Os sentimentos negativos dos novos trabalhadores, em especial dos enfermeiros, cresceram após um comentário feito por um gestor antigo do município. Na oportunidade, esse gestor disse-lhes que não aceitassem aquela situação de cobrança e exposição, pois os técnicos da SaSi nem haviam sido aprovados no concurso público, por isso não seriam pessoas aptas para treiná-los e fiscalizá-los. Os profissionais atuais sentiram-se empoderados para enfrentar os técnicos da SaSi, inclusive porque vários já se conheciam desde a época da graduação, boicotando o envio dos dados corretos em datas previamente agendadas: “Eu mesmo fui um dos que falei: não vamos aceitar isso aqui não” (enfermeiro).

A atividade de monitoramento, consolidação e envio de *feedbacks* da produção mensal de cada equipe a todas as UAPs já era uma prática no município, quando ele ainda contava com os antigos enfermeiros, e continuou com os novatos quando tomaram posse. Entretanto, os que tinham resultados negativos se sentiam expostos ao verem sua produção compartilhada com os demais profissionais de saúde, ainda que esses enfermeiros achassem que o mapeamento devesse ser endereçado individualmente a cada PSF. Esse mal-estar, contudo, não era geral. Os profissionais de UAPs com resultados positivos sentiam-se bem com a possibilidade de ver seus resultados se comparados com os resultados das demais UAPs: “É bom ver os resultados positivos, ver o resultado do nosso trabalho, saber como a gente está em relação aos demais, ver o quanto essa UAP contribuiu para o resultado geral do município” (enfermeiro X).

Mesmo diante do ambiente conturbado, membros da SaSi deram continuidade, inicialmente, ao envio dos dados às equipes de saúde quando consolidados e ao encontro presencial comumente realizado com os profissionais das unidades para discussão de resultados. Entretanto, com o sentimento de exposição ao verem as informações de cada UAP

mapeadas e apresentadas para todas as equipes, inclusive para as que não tinham nenhuma relação com os seus resultados, às vezes negativos, sentiam-se ainda pior, levando-os a queixarem-se com o então coordenador de PSF. Diante dessa reclamação, do desvio de função no período eleitoral e da substituição de prioridades, o gestor decidiu que os técnicos não teriam mais o encontro presencial para realização de reuniões e tampouco visitariam as unidades. O trabalho dos profissionais da SaSi ficou relativamente amputado porque a fase de elaboração coordenada de ações para cada particularidade da situação de saúde não acontecia mais conjuntamente entre equipes da SaSi e dos PSFs. Para agravar a situação, profissionais locais nem sempre enviavam os dados para a consolidação e o mapeamento no dia previamente agendado nem os atualizava ou enviava o que de fato lhes era solicitado, como dados de usuárias dentro da faixa etária exigida pelo governo estadual. Esses dados errados ou enviados com atraso levaram (e ainda podem levar) ao mapeamento equivocado de dados e a informações irreais sobre o município, fossem eles positivos ou negativos. Na oportunidade, os membros da SaSi até chegaram a informar ao mesmo gestor sobre o ocorrido, contudo nada foi feito: nem houve cobrança da equipe da SaSi dos dados mapeados, nem o envio adequado por parte das equipes das UAPs, levando os técnicos em saúde a deixar de realizar sua atividade ou a realizá-la da forma que fosse possível, com dados insuficientes e errados .

Esses eventos levaram a uma mudança de percepção do papel da SaSi, já que os técnicos passaram a ser vistos de outra forma desde a substituição de mais de 60% do quadro de trabalhadores. Antes, os técnicos eram tidos como: 1) uma equipe de apoio às equipes das unidades, por facilitarem a visualização dos resultados das unidades e dos ACS a partir da consolidação e apresentação aos profissionais, servindo-lhes como estímulo para “*correr atrás*” de melhores resultados; 2) difusores de boas práticas por compartilharem com os profissionais o que outros colegas faziam em suas unidades; 3) (re)alocadores de recursos materiais – macas, espátulas e outros materiais para realização do PCCU – e de

peessoas/profissionais, por apoiar e disponibilizar enfermeiros(as) para ajudar em outras unidades, como em dias de mutirão e nas unidades de enfermeiros masculinos.

Para os profissionais antigos, a atualização de dados e a relação com os membros da SaSi foram naturalizadas, por isso eram vistas como parte da rotina, sendo mais que algumas de suas atribuições. Independentemente do trabalhador gostar ou não, o registro e o acompanhamento de resultados eram mais uma das responsabilidades profissionais. Embora eles não percebessem, a aproximação entre eles também ocorria de forma mais tranquila, graças ao vínculo criado entre eles por já se conhecerem e por trabalharem juntos há algum tempo, conforme evidenciado pelo depoimento de um enfermeiro antigo: “[O envio da produção mensal para a Sasi] não tinha problema. Esse era o nosso trabalho, uma de nossas responsabilidades”.

Com a posse dos trabalhadores novatos, esses mesmos técnicos passaram a ser vistos de duas outras formas pelas equipes das UAPs: 1) como fiscalizadores, controladores e cobradores do alcance de meta, que só enviavam o percentual dos indicadores estaduais a serem alcançados pela equipe no início do mês e que, ao final, enviavam uma planilha para o enfermeiro por *email* informando o resultado, sem discutir e colaborar para a melhoria das condições de trabalho e para a elaboração de um plano de ação frente às dificuldades enfrentadas; 2) como uma equipe desconhecida, que ficava em uma sala que alguns profissionais nem sabiam onde era e qual era sua função, exigindo deles apenas o preenchimento de uma planilha de dados.

Em resumo, as reações e as interpretações das pessoas diante dos fatos, as comunicações divergentes, caracterizavam relações interpessoais conflituosas e rompimentos profissionais, indicando que o sistema de trabalho envolvendo a SaSi no seu todo não funcionava.

Nesse contexto, sugeri aos técnicos e gestores em saúde que se reunissem com as equipes a fim de sanar os equívocos e de compreender a sua percepção sobre a SaSi, abrindo um espaço para troca de percepções e esclarecimentos dos pontos tratados. Ter acesso aos sentimentos e às impressões dos profissionais seria o primeiro passo para que as pessoas compreendessem melhor umas às outras, já que ninguém tinha ciência do que o outro pensava. A reaproximação entre profissionais dos diferentes níveis de atuação era importante para reconstruir a gestão participativa e a efetividade do sistema.

Inicialmente, essa tentativa de reaproximação e de esclarecimento de equívocos – por exemplo, que as metas municipais não tinham sido elaboradas pelos técnicos da SaSi e nem eram monitoradas por eles – foi feita entre as equipes envolvidas em minha pesquisa de doutorado, mas, em seguida, uma ação foi planejada pelos profissionais da SaSi e por alguns gestores da saúde, como o coordenador de PSF. Tal ação culminou na visita de cada equipe à SaSi, quando suas atribuições e responsabilidades foram esclarecidas aos profissionais da base. Na oportunidade, quem ainda não sabia onde se localizava a sala, não conhecia sua infraestrutura e o que ela continha, acabou compreendendo melhor do que se tratava. A ideia de receber as equipes por PSF derivou da compreensão, por parte dos técnicos da sala, de que os profissionais da base se sentiam expostos quando diante do compartilhamento de seus resultados negativos, ainda que esse não fosse esse o intuito dos técnicos da SaSi. O tratamento por equipe, considerando o pequeno espaço físico da sala, poderia contribuir para aumentar as trocas e os compartilhamentos sem gerar constrangimentos.

A reaproximação não poderia ocorrer apenas entre a SaSi e as equipes de PSF. Além disso, a coordenação de PSF também precisava estreitar relações. Em meio aos conflitos de funções, sinalizei à coordenação que a SaSi poderia servir-lhe de instrumento de gestão e que a experiência dos técnicos dali poderiam auxiliá-lo nas decisões. Inclusive, porque a ideia inicial do coordenador de colocar dois gestores intermediários para auxiliá-lo não estava

gerando os resultados esperados, já que faziam atividades operacionais e de manutenção (por exemplo, transportar planilhas quando a internet não funciona, providenciar conserto de bebedouros, etc.) ao invés de cumprir a função estratégica de dar suporte às equipes.

Inicialmente, essa reaproximação entre SaSi e coordenação de PSF não ocorreu, mas duas situações subseqüentes ajudaram a concretizá-la:

- a oportunidade de reunião com o Secretário Municipal de Saúde para apresentação dos resultados parciais da presente pesquisa de doutorado, informando sobre uma realidade até então desconhecida por ele. Isso o levou a se reunir com o coordenador de PSF, pedindo-lhe reaproximação da SaSi e promovendo reaproximação da SaSi com as equipes de PSF.
- o reconhecimento pessoal da coordenação de PSF a respeito das contribuições dos dados mapeados pela SaSi e do que poderia ser feito diante de uma situação de risco, conforme evidenciado no depoimento a seguir: “Eu mesmo fui percebendo que aquelas informações [mapeadas na SaSi] poderiam me auxiliar. Além disso, eu pedia opinião e conversava com os técnicos em saúde sobre o como melhorar”.

A efetividade do serviço de saúde também era afetada pela implementação do sistema de metas municipais. Considerando a reclamação dos ACSs em relação ao cumprimento dessas metas, associada à perda da qualidade do serviço prestado, agindo no sentido contrário aos princípios do SUS, acompanhei as atividades dos mesmos *in loco*. Constatei que essa reclamação se referia à falta de acompanhamento de algumas famílias pelo fato de que os residentes não apresentavam patologias e necessidade de assistência. Como podiam descumprir duas das 19 metas municipais, eles priorizavam outras metas que não aquela de visitas, por ser difícil localizar todos os moradores em suas residências e por terem seu trabalho atravessado e impedido por tarefas periféricas ou que não eram de sua responsabilidade, como a entrega de encaminhamentos aos usuários para realização de consultas na atenção secundária ou para a realização de exames.

As famílias com a cobertura de PSF já são numeradas em uma planilha por ACS de 1 a 170, número máximo de famílias que um agente deve acompanhar, segundo o MS. Para monitorar qual família era ou não visitada em um mês, os agentes preenchiam uma ficha criada por um técnico em saúde da SaSi quando ainda era enfermeira de um dos PSF. Em um formulário impresso (planilha simples elaborada no *Excel*), preenchido manualmente, os agentes registravam a data da visita no mês por família. As linhas que ficavam sem preenchimento corresponderiam às famílias não visitadas, por três possíveis motivos: 1) porque nenhum dos moradores foi encontrado em sua residência durante a visita do ACS, não tendo sido localizado (nl) 2) porque o próprio agente não visitou (nv) a residência por motivos variados, como por questão de tempo ou por priorização de outras atividades; 3) porque a família mudou, estando a residência vaga.

Essa planilha era utilizada pelos membros da equipe de PSF quando a enfermeira novata assumiu o cargo. Mas, ao longo do tempo, eles deixaram de utilizá-la quando a equipe que trabalha com a coordenação do PSF passou a não enviar o impresso para essa UAP por falta de papéis para xerox e impressão.

Sugeri que a ideia inicial da planilha de acompanhamento das famílias fosse retomada e que fosse aperfeiçoada como um instrumento de trabalho (Figura 4). Além das colunas onde consta o número da família e a data de visita, ampliamos a planilha com outras colunas:

- Coluna “situação”. O ACS deveria sinalizar se a família foi ou não visitada naquele mês.
- Coluna “outros”. Registrar e quantificar quantas vezes ele precisou retornar àquela residência e por quais razões, já que alguns profissionais alegavam voltar e que isso lhes tomava um tempo que poderia ser destinado à visita de outra família. A ampliação dessa coluna permitiu identificar motivos diversos: levar encaminhamento para algum paciente para consultar na atenção secundária com um especialista; avaliar o cartão de vacina e de pesagem de uma criança que não estava na residência; pegar assinatura de um morador para comprovação da

visita, quando se esquece de fazê-lo. Quando as consultas ou exames são agendados pelo especialista, esse encaminhamento é repassado às UAP, cabendo aos ACS entregá-lo aos usuários, sejam eles de sua microárea de PSF ou de uma microárea de ACS ausente. As assinaturas de moradores durante as visitas são uma exigência do MS e, em caso de esquecer de preencher a planilha de produção de visita, os ACS precisam retornar às residências. Essa assinatura é o que comprova que o agente visitou determinada família. Nessa planilha fica registrado o que foi feito e qual assunto foi abordado. Para atualizar a informação, cabe a cada agente monitorar como estão os usuários acompanhados pelo PSF.

- Coluna “condições de saúde”. O ACS deveria marcar as patologias encontradas por família. O objetivo era verificar se o tempo do ACS estava sendo destinado especialmente às famílias com patologias em detrimento das outras.

*

Ficha de controle de visitas ACS _____ Mês: _____	
Número da família	Data
1	
2	

**

Planilha de acompanhamento de visitas ACS _____ Mês: _____								
Número da família	Data	Situação	Outros	Condições de saúde				
				HA	Dia	Ges	Cr	Outros

Figura 4

Planilhas de controle de visitas

Fonte: * Planilha de visitas elaborada por um técnico da SaSi

** Planilha de visitas reelaborada para esta pesquisa

A aplicação das metas municipais levava algumas famílias a ficarem sem ser visitadas por até seis meses. O paradoxo das metas planejadas e a sua real aplicação contribuíam para reduzir a qualidade da prevenção e promoção da saúde da população. Os atores envolvidos questionavam, por consequência, os itens das metas e os seus percentuais. Tais percentuais não refletiam as reais prioridades de atenção à saúde. Por saberem que não alcançariam a meta de visitas domiciliares, eles focavam sua energia para o alcance dos demais indicadores. Na prática, as visitas passavam a focalizar e acompanhar os hipertensos, diabéticos, crianças, gestantes. Com isso, outras famílias até então saudáveis não eram visitadas. O trabalho de iniciar pelas famílias faltantes no mês subsequente não era mais feito. Os ACSs começavam o mês seguinte visitando sempre as mesmas famílias, as já adoecidas, diminuindo as visitas àqueles que estavam saudáveis desde a implantação do sistema de metas.

A Tabela 3 consolida os dados sobre o número de visitas por ACS. Mostra que a adoção do sistema de metas a partir de 2011 não implicou um aumento do percentual dessas visitas e indica que a média de visitas é de 74,5% . Essa proporção é inferior à que é esperada pelo SUS, mas é compatível com o sistema de metas adotado pelo município, que estabelecia que cada ACS deveria cumprir 17 metas.

Tabela 3
Média de visitas por ACS entre 2011 e 2013

ACS	2011*	2012**	2013	Média geral
1	71,85%	71,41%	71,66%	71,64%
2	90,34%	83,3%	87,18%	86,94%
3	73,27%	75,55%	- (desvio de função)	74,41%
4	62,58%	62,08%	78,5%	67,72%
5	73,93%	74,65%	83,04%	77,21%
6	69,79%	68,21%	59,77%	65,92%
7	85,76%	83,73%	74,1%	81,2%
8	74,89%	68,34%	78,22%	73,82%
9	82,79%	64,03%	68,15%	71,66%

Média anual	76,13%	72,37%	75,08%	74,5%
-------------	--------	--------	--------	-------

*2011: ano de implementação do sistema de metas.

**2012: período eleitoral e nova gestão de PSF.

O resultado do mapeamento de famílias visitadas ao menos uma vez por mês possibilitou aos profissionais, gestores e a mim chegar à conclusão de que, em uma das unidades de saúde, menos de 50% das famílias estavam sendo visitadas pelo menos uma vez por mês.

Os ACSs ainda alegavam trabalhar em “zigue zague”, ou seja, não seguiam a sequência dos números, mas iam a várias ruas em um mesmo dia para localizar os hipertensos, diabéticos, gestantes, usuários que fazem parte da meta municipal. Os ACS alegavam trabalhar antes da implementação das metas em “linha”, seguindo a sequência numérica das casas de uma rua do início ao fim, mas mudaram a forma de realizar o trabalho. Com isso, os mesmos usuários eram visitados todos os meses, e os que não apresentavam patologias ou necessidades de assistência não eram visitados.

Essa situação mostrou o efeito perverso do sistema de metas em relação ao alcance dos princípios do SUS, em especial do PSF, no que tange à promoção e à prevenção da saúde. Ademais, outros profissionais da equipe ainda alegavam considerar injusto o recebimento de premiação apenas pelos ACSs, pois o alcance de muitas dessas metas dependia da atuação de outros profissionais. Um exemplo é o próprio exame de PCCU, realizado pelo enfermeiro nas UAPs.

Todas essas situações, que caracterizaram o primeiro momento de mudanças, os resultados das análises e das intervenções das quais participei, levaram à eclosão do segundo momento, o qual será apresentado a seguir.

6.3 Segundo Momento de Mudanças

Outras mudanças continuaram a ocorrer entre 2013 e 2015, levando a um novo cenário. Apresentarei essas mudanças e, em seguida, o modo como os atores locais compreenderam e interpretaram os acontecimentos, proporcionando o início do processo de retomada das relações de cooperação/confiança entre os profissionais dos diferentes níveis de atuação. Esse cenário compreende um segundo momento de acontecimentos (Figura 5).

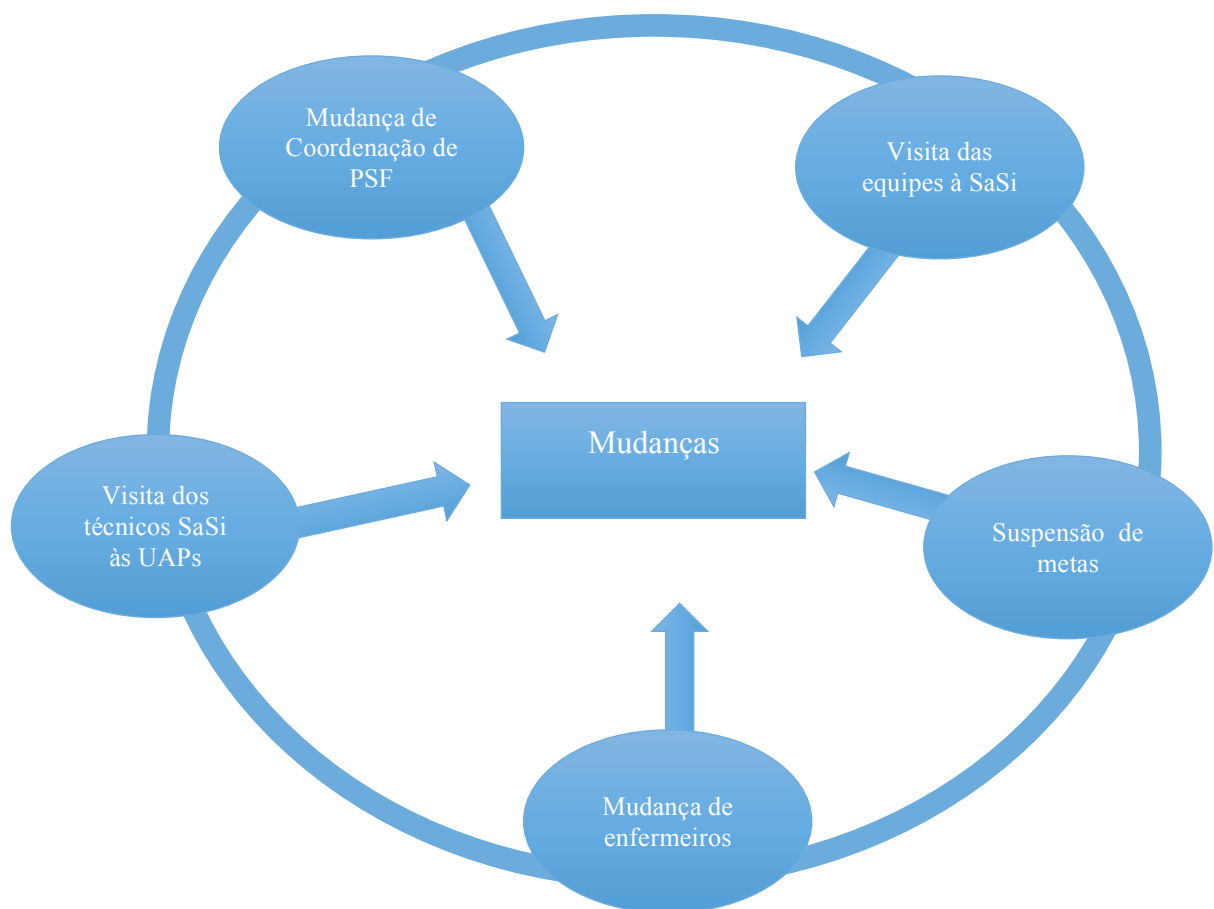


Figura 5
Segundo momento de mudanças

Cada mudança diagnosticada no município será explicada a seguir. Advirto para a necessidade de atentar-se aos fatos como um todo, e não a cada um individualmente, já que a retomada das relações entre os profissionais ocorreu em conjunto.

6.3.1 Mudança de coordenação do Programa de Saúde da Família

Um dos profissionais que assumiram a função de enfermeiro das UAPs após aprovação no concurso público em 2009 foi convidado para ser o novo coordenador de PSF em 2012, já que o anterior foi transferido para o setor de compras. Ele foi indicado por gestores e pelo próprio ex-coordenador de PSF para ficar em seu lugar, já que o via como um potencial gestor, evidenciado por seu perfil de iniciativa, como quando conversou com o referido coordenador sobre sua insatisfação acerca, por exemplo, da função da Sala de Situação e da postura dos técnicos. Ademais, sua visão política se aliava à do Prefeito do município e tinha uma adequada formação acadêmica – formação em uma universidade com foco no PSF. Por sua vez, o ex-coordenador seria transferido de setor por dois motivos: 1) crime eleitoral já apurado judicialmente e 2) lentidão dos antigos profissionais do setor para concluir, com êxito, o processo de compras de materiais utilizados pelos profissionais da saúde. O novo coordenador expressou, assim que assumiu sua nova função: “Eu cheguei aqui e não sabia por onde começar. Me colocaram aqui nessa sala ao lado da Sala de Situação e eu pensei que aqueles dados mapeados poderiam me ajudar” (coordenador). Posto isso, fortaleci a intervenção sobre os potenciais da SaSi e dos profissionais que ali trabalhavam para auxiliar o gestor não apenas no mapeamento dos dados, mas na busca por soluções dos eventuais problemas. No início, esses profissionais tinham que lidar uns com os outros sem de fato aceitar e reconhecer as potenciais contribuições oriundas das relações entre eles. O tempo auxiliou a aproximação, quando eles tinham que se relacionar por diferentes motivos, como a apresentação dos resultados das equipes de PSF para o coordenador e aproveitavam para

conversar sobre o assunto. Sugestões e diálogos marcavam o início da retomada do estreitamento das relações entre os profissionais e da gestão participativa, pois podiam expressar suas opiniões sobre as situações de saúde. Ao mesmo tempo, os membros da SaSi também passaram a reconhecer a importância da aproximação, já que o gerenciamento estratégico de saúde só faz sentido se os resultados da avaliação e do monitoramento tiverem uma finalidade.

O coordenador percebeu que a atualização dos dados e envio das planilhas a tempo para mapeamento e a fidedignidade das informações eram o que, de fato, permitia que aquele fosse um instrumento real de gestão. Essa percepção contribuiu para que esse coordenador refletisse sobre a necessidade de não só restabelecer as relações com as equipes, correspondendo às recomendações apresentadas, mas também de a sala de situação fazer sentido para ele a partir de então. Se os profissionais da base compreendessem a utilidade das informações e a real finalidade do gerenciamento, poderiam contribuir mais efetivamente com o processo, já que uma função depende da outra para a execução com qualidade do trabalho. Além disso, esse restabelecimento das relações entre equipes e técnicos poderia ajudá-las a gerenciar melhor a saúde pública, não só por sua pouca experiência sobre as ações a serem tomadas, como também pela possibilidade de agilizar a resolução de alguns problemas, uma vez que os técnicos da SaSi seriam profissionais intermediários entre os dois níveis de atuação – coordenação e equipe de PSF.

O outro fato que levou ao restabelecimento das relações entre os profissionais foi o resultado dos *feedbacks* que eu dei ao Secretário de Saúde (já comentado), que, em reunião conjunta com o coordenador, havia afirmado que essa reaproximação entre todos os trabalhadores era necessária ao bom funcionamento do sistema.

6.3.2 Visita das equipes do Programa de Saúde da Família à Sala de Situação

Em meados do ano de 2014, gestores de saúde e técnicos da SaSi pensaram em como promover uma reaproximação entre os profissionais da SaSi e as equipes de PSF, quando decidiram levar as equipes de PSF à sala de situação. Isso porque alguns ACSs não sabiam onde a sala de situação se localizava, quem eram os técnicos para os quais enviavam informações por “*email*” e de quem recebiam *feedbacks* de produção, e por sempre haver novatos nas equipes (já mencionado).

Pensamos em trazê-las aqui para conhecerem o espaço, para verem como esses dados poderiam ajudá-las localmente, para ver quem era que ficava cobrando do outro lado...eles tinham que saber que nós só acompanhávamos os dados, que não fomos nós quem criamos as metas municipais, que nem sabíamos disso e nem fomos consultados (técnico da SaSi fala sobre as metas municipais).

Como visto, as visitas foram organizadas por área, por equipe de PSF já que as equipes eram grandes, o espaço físico da SaSi pequeno e os profissionais terem se queixado, em um momento anterior, da exposição de suas informações às outras UAPs. Cada equipe de saúde teve dia e horário previamente agendado para ir à SaSi, quando técnicos e gestores esclareciam o que faziam, de onde e como surgiram as metas, como foram calculadas, a importância em cumpri-las para alcançar o real propósito da saúde: a prevenção e promoção da saúde. Na oportunidade, as equipes conheceram não só o espaço físico, mas o trabalho que os técnicos faziam, possibilitando esclarecer algumas dúvidas dos profissionais dos PSF, dando início ao processo de restabelecimento das relações entre técnicos da SaSi e equipes de saúde da família. Um técnico da SaSi comenta sobre a visita realizada pelas equipes à SaSi “Foi bom. Eles conheceram o espaço, viram que não fomos nós que estabelecemos as metas, entenderam como foram calculados os indicadores e qual a relação com a prevenção e

promoção de saúde”. Outro enfermeiro novato também se manifestou:

Eu sempre entendi o propósito da SaSi, inclusive acho interessante o trabalho, mas alguns enfermeiros e ACS de outras UAPs não entendem. Acham que eles [técnicos da SaSi] só cobram os resultados e os veem como algo negativo. Acho que foi bom [visitar a Sasi] para eles entenderem melhor.

6.3.3 Mudança de enfermeiros

Seis enfermeiros anteriormente aprovados e empossados em 2010 – os mesmos que já se conheciam antes de serem aprovados no concurso por terem cursado a graduação na mesma instituição de Ensino Superior – pediram exoneração. Com isso, outros seis novos profissionais assumiram o cargo. Essa situação propiciou nova mudança, conforme depoimento a seguir:

O grupo de enfermeiro que tinha mais problema com a SaSi foi todo embora. Agora não tem mais problema. Também fizemos a recepção dos novatos de agora de forma diferente: chamamos um por um e dissemos como o trabalho funciona, apresentamos o envio de dados para a SaSi como uma de suas responsabilidades. Não está tendo mais problema (diz um técnico da SaSi na presença do coordenador de PSF, que concorda com seu ponto de vista).

6.3.4 Visitas dos técnicos da Sala de Situação às Unidades de Atenção Primária

Além da primeira tentativa de reaproximação e esclarecimento dos papéis dos técnicos da SaSi e de suas funções, da mudança de percepção sobre a importância dos dados mapeados pelos técnicos da SaSi, a coordenação do PSF definiu, juntamente com o Secretário de Saúde, que os membros da SaSi retornariam às visitas às UAPs no início de 2015, a fim de trabalhar os dados mapeados juntamente com as equipes locais. O interesse pela reaproximação entre

os profissionais também ocorria frente a visibilidade que a sala de situação em saúde tinha por servir de modelo de gestão para profissionais de outros municípios.

Antes disso, com receio de retaliação, os atuais técnicos da SaSi definiram, em conjunto com a coordenação do PSF, que o gestor conversaria com os enfermeiros sobre a retomada das reuniões nas unidades, esclarecendo que a visita era um apoio às equipes locais, e não uma fiscalização do seu trabalho, como tinha sido antes do concurso público. Essas visitas poderiam ser uma oportunidade de troca e de compartilhamento de experiências, otimizando os resultados, levando ao alcance do propósito do SUS, como ocorria anteriormente no município.

Todo mundo comenta que aqui era diferente antes da chegada dos novatos, que tudo dava certo. Dava mesmo, as coisas funcionavam melhor. Agora eu posso ver. Foi daí que eu pensei em voltar com as visitas às unidades, até porque eu sozinho não estava dando conta... não foi só porque o secretário municipal de saúde pediu (comentário feito pelo coordenador de PSF).

Em uma reunião em dezembro de 2014 entre coordenação, gerência de PSF e enfermeiros, gestores de saúde definiram a agenda de visita dos técnicos em saúde em conjunto, a fim de organizar dia e horário previamente para não perturbar a rotina de trabalho da unidade, já que cada uma tem um funcionamento peculiar, com horários e datas diferentes de ofertas de serviços de atendimento, prevenção, promoção e tratamento da saúde. Adverti sobre a importância de demonstrarem apoio às equipes, esclarecer novamente a origem e o porquê das metas – municipais e estaduais. Reforcei ainda que a contribuição da SaSi deveria ser real (como na melhora das condições de trabalho) para a retomada das relações interpessoais e profissionais, sobretudo na relação de confiança.

Posto isso, também ficou estabelecido que, à medida que se fizesse o levantamento dos problemas, gestores em saúde (técnicos, gerência e coordenação) já iriam se reunir com as

peças que ajudariam na resolução desses problemas. A hipótese era que ajudar as equipes das unidades nos pontos sinalizados por elas como problemáticos levaria os técnicos da SaSi a serem realmente vistos como suporte e apoio. Entretanto, a não resolubilidade poderia fazer com que as equipes locais não tivessem respeito e confiança.

Eu falei, oh: eu só vou lá se a coordenação agendar a visita e se houver respaldo ao que for solicitado. Porque não adianta nada a gente ir lá, prometer ajudar em algo e não poder fazer nada. Como é que a gente fica? E a confiança? (técnico da SaSi).

No final de janeiro de 2015, houve o retorno das visitas dos técnicos às unidades de saúde para que acompanhassem as equipes de forma mais próxima, compreendendo suas dificuldades quanto ao preenchimento dos dados, sua forma de análise posterior ao *feedback* enviado pelos técnicos da SaSi, apoiando-as na resolução dos problemas enfrentados no dia a dia. Na oportunidade do contato com as equipes dos PSF, esses técnicos da SaSi ficaram incumbidos de prestar esclarecimento sobre o cálculo das metas estaduais e sobre o preenchimento das planilhas; auxiliar na interpretação do *feedback* e na construção de ações coordenadas de intervenção (utilização como ferramenta de gestão).

6.3.4.1 Esclarecimento sobre cálculo e origem das metas estaduais. Os técnicos e os gestores de saúde já haviam comentado sobre a origem das metas estaduais e municipais e sobre seu cálculo quando as equipes de PSF realizaram a visita à SaSi. Para falar sobre as metas estaduais acompanhadas pela SaSi, como do exame de PCCU e de vacinas pentavalentes, os técnicos preferiram iniciar a reunião reexplicando a essas equipes que essas metas foram estipuladas pelo Estado e que todos precisavam cumpri-las, já que era uma definição que estava para além das decisões da gestão municipal. Inclusive, cada indicador e seus valores tinham suas devidas motivações, como a diminuição da chance de

desenvolvimento de um câncer do colo do útero, caso a mulher fizesse o exame de prevenção pelo menos uma vez a cada três anos – para realizar esse exame a cada triênio, a mulher deve fazê-lo inicialmente por dois anos consecutivos e, em caso de resultados negativos em relação à patologia, poderá fazê-lo uma vez a cada três anos. A lógica da meta do governo é que: se uma mulher pode realizar o exame a cada triênio, quer dizer que a cada ciclo completo de três anos, todas as mulheres o terão realizado (o governo já considera que 10% podem ser virgens ou apresentar alguma dificuldade que as impeça de fazê-lo). Assim, um terço do total de usuárias de uma área de PSF deve realizar o exame por ano, ou seja, nos próximos 12 meses. Ao dividirem esse um terço de usuárias por 12 meses, os ACSs terão a meta mensal de PCCU a ser realizada. Esse resultado mensal deverá ser dividido pelo total de ACS do PSF, chegando-se à meta individual por mês por agente de saúde.

6.3.4.2 Esclarecimento sobre o preenchimento das planilhas. Alguns agentes, ao passarem os dados a serem enviados à SaSi da planilha manual para a planilha informatizada, encontraram dificuldades ao preencher tais dados. Em uma planilha de *Excel*, cada agente ou quem sabia trabalhar com computador deveria atualizar seus dados de produção em sua pasta mensalmente. Alguns ACS queixavam-se do *feedback* enviado pela SaSi às equipes após consolidação, e isso lhes causava sentimento de injustiça e revolta por não concordarem com tal retorno. Em uma unidade, por exemplo, cada agente digitava sua produção em sua pasta que ficava no mesmo arquivo do *Excel*, mas não a salvava antes de mudar para outra pasta, quando outro ACS ia atualizar seus dados. No mês subsequente, ao receber o *feedback* dos técnicos de que a planilha de determinado ACS não havia mudado de um mês para o outro, o profissional não compreendia o porquê. No dia de visita do técnico à UAP, os ACS comentaram sobre o assunto: “Eu não tenho esse número de crianças e de mulheres” e, quando o técnico pediu para ver como faziam para atualizar seus dados, detectou o problema.

“Eu te xingava demais, xxxx”, brincavam os agentes com um dos técnicos em saúde após ajudá-los a compreender a causa do equívoco. Uma parte dos problemas cessou nesse momento, mas outros ACS ainda discordavam do *feedback*. Alegavam salvar suas planilhas após digitarem seus dados antes de outro colega mudar de pasta, mas que, mesmo assim, o computador “comia as crianças”, quando, por exemplo, atualizavam dados sobre vacinação. Essa situação ainda está sendo verificada pelos técnicos em saúde, mas eles já combinaram de levar o *notebook* para a UAP na próxima visita da SaSi à equipe para confrontar os dados da planilha manual com a digitada. Entretanto, há agentes que não têm problemas com a atualização e envio de dados.

No que se refere à organização e ao lançamento de dados nas planilhas a serem enviadas à SaSi, cada equipe agia de uma maneira: em algumas unidades, todos os ACS sabiam usar o computador, por isso cada um era responsável pelo lançamento de seus dados na planilha; em outras, os agentes que sabiam usar a ferramenta ajudavam os que não sabiam. Nas unidades em que mais de duas pessoas dominavam o uso do computador, caso uma se ausentasse por férias, folga ou licença médica, o outro colega poderia auxiliar a equipe de forma a que os dados sempre fossem atualizados e enviados à SaSi. Desse modo, havia unidade em que apenas um agente era responsável pela digitação dos dados, não sendo enviadas as informações em sua ausência.

O dia de atualização também diferia por unidade e, às vezes, até por agente de saúde. Em dessas UAPs, os agentes atualizavam os dados apenas no dia 30 de cada mês, dia oficial de fechamento de produção e de envio de informações para a SaSi ou outro setor. Em outra unidade, as atualizações eram feitas todas às quintas-feiras à tarde, pois, caso o sistema falhasse em algum momento, a maior parte dos dados estaria digitada.

O preenchimento e envio dos dados em tempo hábil contribuía para a fidedignidade do mapeamento da situação da saúde municipal. A aproximação das equipes de PSF auxiliava

no esclarecimento da importância desse mapeamento, pois a informação duvidosa e atrasada contribuiria muito pouco ou em nada com os propósitos da prática de gerenciamento da saúde.

6.3.4.3 *Auxílio na interpretação do feedback e na construção de ações coordenadas de intervenção (utilização como ferramenta de gestão).* Como mencionado, receber o *feedback* da SaSi era um prazer para os enfermeiros que alcançavam as metas. Como os dados negativos de outras unidades também eram compartilhados, cada UAP tinha condições de comparar os resultados entre equipes. Isso levava algumas delas a se sentirem satisfeitas e motivadas com sua produtividade. Era gratificante e importante saber que todas as unidades estavam “andando no mesmo rumo” (enfermeiro).

Os profissionais de cada UAP utilizavam, contudo, o *feedback* enviado pelos técnicos da SaSi de forma singular. Em uma das UAPs, o enfermeiro “nunca havia mostrado o consolidado recebido da SaSi para a equipe”, conforme depoimento de alguns ACS. Em outra, o profissional compartilhava as informações e discutia com os ACS o que estava acontecendo em cada microárea, as dificuldades enfrentadas por eles, direcionando o trabalho a fim de melhorá-lo. Por exemplo, focando prioritariamente na “busca ativa” de mulheres – expressão utilizada no âmbito da saúde para se referir à busca de alguma pessoa em especial – que não faziam o exame de PCCU há mais de três anos, estando dentro ou fora da faixa etária estipulada como meta pelo governo. Pelo fato de o objetivo da atenção primária ser de prevenção e promoção à saúde, o mero cumprimento quantitativo dos números não era o suficiente para prevenir o adoecimento. Focar na busca de mulheres fora da faixa etária também era fundamental. Por isso, os técnicos da SaSi alertavam, portanto, as equipes sobre como analisar as informações, pois a saúde da população estava acima do cumprimento de metas.

O objetivo dos técnicos da SaSi era que os ACS entendessem o *feedback* e se reorganizassem a cada mês para a realização de ações coordenadas que ajudassem a população. Se uma agente de saúde, por exemplo, tinha um alto percentual (acima de 90%) de mulheres que realizaram o exame preventivo pelo menos uma vez nos últimos três anos, então o foco não deveria ser atrair as mesmas mulheres de sua microárea, já que havia mulheres acompanhadas por outros ACS que não o realizavam há mais de três anos.

Algumas unidades funcionavam por sistemas de cotas, ou seja, cada ACS tinha um número de vagas para a realização de exame. Quando uma ACS estava com um alto percentual de mulheres com o exame em dia, suas vagas eram usadas para a repetição do exame em menos de três anos, enquanto, em outras áreas, com percentual mais baixo de cobertura, as mulheres ficavam cada vez mais sem realizá-lo. Em uma determinada situação, uma ACS tinha menos de 100 mulheres e outra mais de 140. A primeira estava com uma cobertura acima de 96%, enquanto a outra estava com menos de 60%. A sugestão dos técnicos da SaSi à equipe foi priorizar as mulheres da microárea da colega com baixa cobertura, concedendo-lhe vagas e auxiliando-a na convocação e no convencimento dessas usuárias sobre a importância do exame. Além disso, as equipes deviam extrapolar a realização de exames preventivos feitos nas mulheres consideradas dentro da faixa de risco apontada pelo Estado, já que sabem de casos de mulheres abaixo de 25 anos e acima de 64 anos com problemas ginecológicos.

Outro alerta dos técnicos da SaSi teve como objetivo fazer com que atentassem os agentes de saúde para a coluna das mulheres que haviam realizado o exame no ano de 2011. No ano de 2015, essa coluna foi excluída, pois os últimos três anos correspondiam a 2014, 2013 e 2012. Isso quer dizer que as usuárias que realizaram o exame em 2011 teriam que refazê-lo em 2015, podendo as vagas para PCCU ser destinadas também a elas. O alerta foi também de planejamento e antecipação quanto aos exames das mulheres que estavam com o

PCCU em dia. Em 2016, a coluna do ano de 2012 também seria excluída, e os agentes também poderiam se antecipar e alertar as mulheres para refazê-lo.

Os técnicos também intervinham quando a UAP precisava do apoio de outro setor ou grupo de profissionais. Em todas as unidades, há mulheres que se recusam a realizar o exame por motivos variados: crer que um ferro grande será introduzido em sua vagina e que poderá cortá-la; medo dos esposos e namorados quanto ao exame e à exposição de sua mulher; etc. Em algumas unidades, esse percentual chega a mais de 20%, ainda que os profissionais das unidades tenham tentado enfatizar, várias vezes, às usuárias que nunca o fizeram ou que já o fizeram há muito tempo (por exemplo, há mais de 13 anos), sobre a importância do exame, como ele é feito e os riscos de não o fazer. A sugestão foi de convidar a ginecologista do SUS para realização da coleta nas unidades por ser muito conhecida e respeitada no município e pelos históricos mostrarem que ela conseguia atrair mulheres em situação de recusa, não só para participar de reuniões que esclarecessem as dúvidas e fantasias, como para a sua realização de fato. “Se o agente de saúde já foi à residência de uma usuária chamá-la para realizar o exame de prevenção, mas ela nunca veio, seria melhor chamar outro profissional para realizar nova visita, com outro discurso, para ajudar a convencer” (ACS). Embora ainda seja uma tentativa, essa pode ser uma ação bem-sucedida.

No caso das vacinas das crianças, em especial da pentavalente (cinco doses de vacina aplicadas em meses diferentes), os técnicos em saúde orientaram os profissionais a trabalharem em equipe, ou seja, com outros profissionais da unidade. O técnico de enfermagem é o responsável pela aplicação de vacinas e é ele quem pode contribuir, por exemplo, com a priorização de vacinas, quando uma criança não está com as suas em dia. Como a pentavalente acarreta o recebimento de premiação financeira para ao município por doação do Estado, caso os indicadores quantitativos sejam cumpridos, no caso da criança estar com alguma vacina atrasada, o técnico pode alterar a ordem das vacinas para que o

município receba a premiação. O “aprazamento” – adiamento – pode ser da vacina contra meningite, já que está atrasada, mas, ao tomá-la, a próxima vacina teria que ser administrada daí a algum tempo, pois existem espaços de tempo entre as administrações. No caso de a vacina da meningite já estar atrasada, o melhor seria não aplicar as vacinas na ordem previamente esperada, mas alterar essa ordem para que haja o recebimento da premiação, já que os riscos à saúde já existiriam naturalmente em função do atraso. Outra contribuição seria a de registrar a data de comparecimento da criança à unidade de saúde para tomar a vacina. Em uma das unidades, os ACS tinham uma planilha manual com o nome das crianças que deveriam ser vacinadas naquele mês, os nomes das crianças seguidos dos dias de sua teórica administração. Embora o técnico tivesse um livro de protocolo de vacina, muitas vezes os agentes não recorriam a ele para saber quem a tomou. Alguns chegavam a ir à residência novamente para saber se a vacina havia sido tomada. Se essa mesma ficha com nomes e datas fosse disponibilizada aos ACS, poderia ajudá-los.

Em caso de dificuldade para realização da coleta, por falta de profissional ou de material, por exemplo, as equipes deveriam justificar o porquê dos resultados. Isso possibilitaria aos técnicos da SaSi justificarem os resultados para a gestão, caso quisesse compreender os fatos para além dos números, como o que estava acontecendo em cada UAP. Algumas unidades não haviam enviado os dados por problemas na internet, como ocorreu nos meses de dezembro de 2014 e janeiro de 2015. ACS e enfermeiros foram pessoalmente à SaSi para entregar os dados, salvos em um *pen drive*, outros pediram ajuda à gerência da unidade para salvar os dados e entregá-los, mas houve unidade que não os enviou.

A aproximação entre técnicos da SaSi e equipes de PSF possibilitou também ajudá-los naquilo que fosse necessário e estivesse ao seu alcance. Em uma das unidades, a falta de condições de trabalho, como a falta de espéculo – equipamento utilizado para manter as paredes vaginais afastadas para visualização do colo uterino ao longo do exame do PCCU –,

fez com que a equipe da SaSi juntamente com a gerência de PSF pudessem ir até o centro de distribuição da prefeitura para pegar material, já que os enfermeiros não poderiam retirá-lo a não ser que tivessem previamente a requisição.

Há um limite, contudo, da atuação da SaSi quando se precisa resolver problemas como falta de material inexistente no almoxarifado. Em um dos casos, a equipe de profissionais se queixou da inadequação da mesa dos ACS que estava quebrada e da falta de fita métrica ou régua específica para medir as crianças do bairro, pois estavam usando uma fita alternativa, mas inadequada. Nesse caso, apenas os gestores poderiam solicitar a compra de materiais, sendo que o processo completo de licitação, cotação de preço, compra e entrega levaria em torno de 90 dias. Sabendo disso, a coordenação de PSF, juntamente com os trabalhadores do almoxarifado, poderiam fazer um acompanhamento mais adequado dos materiais em estoque e o que seria necessário comprar, levando-se em conta o prazo total para a sua entrega. De toda forma, a aproximação entre os técnicos e as unidades lhes permitiu saber o que faltava para a boa execução de seu trabalho, o que havia ou não em estoque para poder solucionar o problema. Até dezembro de 2014, a trabalhadora do almoxarifado entregava os itens pedidos a qualquer pessoa, inclusive para um elemento qualquer da comunidade. Alguns itens estavam em estoque, mas faltavam nas unidades e, ao ter um maior controle, seria possível organizá-lo.

6.3.5 Suspensão do sistema de premiação por resultado e metas municipais de produtividade. No PSF, o sistema de premiação por resultado e metas de produtividade não foi bem-sucedido, culminando em sua suspensão, especialmente por dois motivos: 1) resultado desta pesquisa de acompanhamento de visitas e 2) mudança do salário dos ACS decretada pela Presidente da República no final do ano de 2014. O reajuste salarial ultrapassava 30%, e o município não tinha mais como arcar com a remuneração fixa e com a

variável, levando à suspensão do modelo de remuneração vigente desde 2010.

Antes de sua extinção, alguns ACSs diziam que o sistema de remuneração por produtividade deveria acabar, pois tinham que “correr muito” a fim de cumprir as metas estabelecidas, substituindo a busca pela qualidade do serviço pelo mero cumprimento quantitativo das metas. Entretanto, outros profissionais, como enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, passaram a reivindicar a falta da premiação para as demais categorias, já que faziam parte do sistema para o alcance dessas metas. A decisão da Presidente da República, contudo, foi taxativa para finalizar as discussões sobre esse sistema de metas e remuneração.

6.4 Compreensão e Reinterpretação dos Fatos pelos Profissionais do Programa de Saúde da Família

Mais uma vez, ao mesmo tempo que os fatos aconteciam, os atores envolvidos os interpretavam e mobilizavam suas emoções. Em outras palavras, os fatos evocavam emoções e reinterpretações, que, por sua vez contribuíam para a configuração dos próprios fatos, que levaram ao restabelecimento da cooperação entre trabalhadores do PSF, coordenação e técnicos da SaSi. Observamos:

- 1) sentimento de importância e utilidade do trabalho do outro como objeto de seu próprio trabalho;
- 2) ponderação das diferentes formas de vida, histórias e *backgrounds* que acompanham cada trabalhador;
- 3) reinterpretação de uma prática local, reconhecendo suas contribuições exitosas para o serviço de saúde como um todo;
- 4) reconhecimento do profissional como um membro de uma CoP.

Esse momento de mudanças é caracterizado pela reconstrução das relações de cooperação/confiança entre profissionais a partir da percepção da importância e contribuição das funções frente a um novo olhar interpretativo para além das informações, gerando uma melhora dos resultados qualitativos e quantitativos de saúde, acarretando o recebimento de recursos financeiros do Estado pelo alcance de metas.

Embora o novo coordenador de PSF tenha assumido o cargo no final de 2012, as mudanças vieram a acontecer ao longo dos anos seguintes, culminando no início do restabelecimento da relação de cooperação/confiança entre técnicos da SaSi e coordenação de PSF.

Logo que assumiu sua nova função, a nova gestão do PSF já começou a perceber a importância dos dados mapeados pelos técnicos da SaSi como ferramenta de gestão norteadora do seu trabalho, já que a sala de situação lhe dava um “retrato da ponta”, da condição de saúde, dos resultados a fim de, pelo menos, começar a pensar as ações a serem desenvolvidas de maneira mais assertiva.

A SaSi foi “pintada como fiscalizadora” no início das atividades dos novos enfermeiros, influenciando negativamente a percepção sobre sua função. Antes de 2009, o grupo antigo de enfermeiros via a SaSi como “um suporte, como um olho, um diagnóstico da situação de saúde do município, uma referência sobre como os trabalhadores poderiam trabalhar, vendo os problemas e suas possíveis soluções, levando-se em consideração a realidade local de cada UAP” (ex-enfermeiro). Antes da existência da SaSi, as equipes locais pensavam na maneira de se resolver seus problemas, mas precisavam da ajuda da gestão para estruturar melhor as ações, como para ter alimentação dos enfermeiros em um dia de mutirão. Os próprios profissionais pensavam como melhorar o serviço, por exemplo, no caso de pré-natal das gestantes, que era realizado inicialmente em um único local até que se percebesse que a demanda aumentava e que a qualidade do serviço não se mantinha positiva em função

da quantidade de pessoas, exigindo sua descentralização para os PSF. Foi então que implementaram o pré-natal nas UAPs, quando os antigos enfermeiros tiveram que passar por treinamento. Na oportunidade, foram à policlínica para serem treinados pela ginecologista do município que atendia ao SUS.

Com a substituição de profissionais, o conceito de SaSi foi passado de forma negativa aos novatos e as vivências e experiências deles com o PSF em outras cidades/estados eram diferentes.

Eu vim de XXX, do estado XXX. Lá você trabalhava até 12h, atendia o que tinha, ia embora sem ter que prestar conta de nada no final do mês...ah, manda qualquer [dado] aí [no final do mês]. Não tinha monitoramento, não tinha aquele choque de ver o meu trabalho como estava sendo feito. E aqui veio aquela questão: será que estão me monitorando? (enfermeiro).

“Não houve reflexão sobre as reais contribuições das funções”, mas a SaSi teve sua importância e utilidade reconhecidas a partir do momento em que se percebeu que era possível ver resultados por ACS, por enfermeiro, por UAP, saber quem fazia ou não o que lhe cabia, quem enviava ou não as informações adequadas nas datas previamente combinadas.

Ao se mapear os dados da atenção primária do município, de uma área específica de PSF ou de uma microárea de um agente de saúde, era possível definir o que priorizar, evitando-se equívocos:

“Mutirão para realizações de exames preventivos do câncer do colo do útero quando as pessoas estavam morrendo por câncer de pulmão naquela área. Era possível detectar em que área estava ocorrendo um problema, pensar como agir, criando ações de acordo com o problema, como reuniões com fumantes” (coordenador).

Essa mudança de percepção sobre a utilidade da sala veio acompanhada da mudança de comportamento tanto do coordenador de PSF quanto dos técnicos da SaSi. “Reconheço

que eu fui imaturo” (coordenador). Essa imaturidade o levou a adotar atitudes diferentes das esperadas, gerando conflitos com os técnicos em saúde. Atualmente, ele age diferentemente, pois tenta “não absorver as críticas como pessoais” e aprendeu a pedir desculpas, já que não só os dados são ferramenta de gestão, mas também a equipe da SaSi o ajuda a pensar as soluções para as diversas situações enfrentadas pelo município.

Outra mudança de comportamento foi a dos próprios técnicos da SaSi, que antes repassavam as informações diretamente para o Secretário Municipal de Saúde, profissional mais próximo à SaSi, já que ele as valorizava por usufruir dos dados mapeados sobre a situação de saúde do município. Não havia respeito pela hierarquia, pois a coordenação de PSF e o Diretor de Vigilância em saúde eram os respectivos responsáveis pela SaSi, e não mais esse secretário.

A coordenação sabia que as equipes de PSF faziam a assistência, mas na “hora de informar os dados de saúde para os seus gestores não conseguiam” por não saber ao certo o número de gestantes. O secretário, que já tinha posse das informações, chamava o coordenador de PSF, indagando sobre um problema, quando muitas vezes “pegava a gente de surpresa”. Técnicos em saúde, em conversa prévia com o Secretário de Saúde, já tinham, além de detectado algum problema, sugerido ações de melhoria “tomadas como verdade” para solucionar o problema. Entretanto, depois de pedir que tivesse acesso à informação antes mesmo do Secretário, as informações mapeadas atualmente passaram a ser entregues à coordenação de PSF em uma via impressa e digital, e os resultados, passaram a ser discutidos primeiramente com a equipe da SaSi, para, posteriormente, serem discutidos com o outro gestor.

Ao perceber a riqueza dos dados, o coordenador de PSF definiu que as informações não poderiam permanecer só com ele e com a SaSi por não ter como retransmitir essa informações e trabalhá-las com as equipes locais por serem, a partir de 2015, 14 UAPs. Seria

necessário ter alguém para representá-lo e estar nas unidades discutindo os resultados com os profissionais. Inicialmente, contrataram dois ex-enfermeiros para fazer esse papel. Entretanto, a gerência acabou assumindo uma função de “*office boy*”, pois tinha que resolver problemas operacionais da UAP, como o de buscar materiais no almoxarifado da prefeitura quando faltava algo nas unidades. Entretanto, esse cargo de gerente de unidade só existiu em função da ruptura nas relações entre coordenação de PSF e técnicos da SaSi – que fazia esse papel anteriormente – e ainda assim, não funcionou inicialmente como se pretendia, pois não cumpriu com o propósito de acompanhar os indicadores, auxiliando as equipes locais no que fosse necessário. Diante desse cenário, o coordenador pensou que tinham que “ir para a ponta ajudar a acontecer”, que os dados “tinham que ser compartilhados”.

Futuramente, a gestão de PSF deseja chegar ao PSF e ver cada equipe trabalhando seus próprios dados, independentemente de enviar as planilhas da área para a SaSi e de receber o *feedback* de produção. Até que aprendam e consigam fazer a gestão estratégica local das informações, qualquer profissional da SaSi deve estar apto para ir às UAPs para ajudá-los.

A mudança de enfermeiros também contribuiu com o início do processo de restabelecimento das relações entre profissionais da SaSi e dos PSF. Os pedidos de exoneração do cargo decorreram de diversos fatores, sendo alguns deles o treinamento introdutório e a capacitação para a realização do teste do pezinho realizada no ano de 2010, conforme visto anteriormente, gerando o sentimento de subestimação da competência dos profissionais para atuar nas UAPs. Outro fator foi o sentimento de falta de apoio da gestão – comumente exemplificada pela impossibilidade de tratar assuntos gerais da unidade com os gestores, mesmo que por telefone –, a falta de material para realizar suas atividades cotidianas, levando-os a utilizarem o próprio veículo para buscar algo para a unidade. O até então quadro incompleto de ACS levava os enfermeiros/gestores das unidades a se sentirem desautorizados pela cobrança do cumprimento de algumas de suas tarefas, como a realização

de visitas mensais a mais de 95% das famílias cadastradas na microárea do agente de saúde. O profissional que seria responsável pelo acompanhamento de 150 famílias em média passou a acompanhar mais que o dobro, ainda que de uma forma não sistemática, em função da saída também de agentes. Esse quadro insuficiente de pessoal foi motivado por diversos fatores, como mudança de cidade e realocação do pessoal em outra função, gerando sobrecarga para os profissionais e inviabilizando o alcance do objetivo geral da atenção primária: prevenção e promoção da saúde da população. Por ora, estavam “apagando incêndios” (ACS), atendendo a usuários que já apresentavam alguma patologia, como hipertensão e diabetes, não trabalhando com a prevenção para o “evitamento” do adoecimento dos outros usuários. A população local que cada PSF deve atender também estava dobrada em algumas das UAPs, chegando a 6.000 pessoas. Não que os ACS tivessem e ainda tenham que visitar regularmente as famílias não cadastradas, mas precisavam levar encaminhamento para consulta com especialistas ou para exames às residências, já que essa tarefa foi atribuída informalmente a eles. Por não serem famílias cadastradas, muitas vezes esses agentes de saúde tinham dificuldades para localizar e chegar às casas, atrasando seu serviço. Também precisam separar os prontuários de atendimento nas unidades de saúde dos pacientes de sua microárea antes de saírem para visitas, em especial quando as consultas eram agendadas com antecedência.

Também, como já foi mencionado, no ano de 2011, gestores de saúde do município elaboraram uma lista de metas que deveriam ser cumpridas mensalmente pelos agentes de saúde, culminando no recebimento de uma premiação financeira caso alcançadas. Enfermeiros e os demais agentes, contudo, não participaram da definição dos itens, de seus valores e alguns sequer sabiam quem os havia estipulado e definido e a partir de qual critério. A informação que tinham era apenas que não sofreriam penalização financeira em caso de descumprimento de dois itens, informação esta passada pelo então coordenador do PSF para os profissionais das equipes de saúde.

Enquanto uns reivindicavam o direito do aumento salarial, e não a premiação pelas metas alcançadas, outros questionavam os critérios adotados pela gestão para definição dos recursos materiais comprados para as unidades de atenção primária. Enquanto faltavam aparelhos para a aferição de pressão, fitas e equipamentos para medição da taxa de glicose, luvas para realização de exames de prevenção do câncer do colo do útero (PCCU), vacinas para crianças e ampolas para disponibilizar para a população em caso de uso constante de insulina, gestores municipais compravam televisões grandes e de última geração, equipamentos de datashow, computadores para colocar nas unidades de saúde. O único equipamento que, no entanto, apresentava utilidade naquele momento era o computador, haja vista a necessidade constante de os profissionais das equipes de saúde digitarem dados nos programas informatizados. Nas unidades, a disponibilidade de apenas uma máquina para ser compartilhada por até 10 agentes de saúde gerava e ainda gera problemas, inviabilizando o lançamento e a atualização de informações nos diversos sistemas do governo a tempo. Televisões e principalmente datashows não apresentavam a mesma utilidade. Alguns profissionais alegavam que os equipamentos não passavam de materiais utilizados para “parecer para a população que os políticos estavam investindo muito em saúde”.

Vendo as dificuldades vivenciadas, profissionais locais se sentiram decepcionados pela não participação na escolha dos recursos a serem comprados para suas unidades, principalmente porque o objetivo principal da atenção primária não estava sendo cumprido, como, por exemplo, a não realização do exame preventivo do câncer do colo do útero pela inexistência de luvas nas unidades.

Alguns ACS sentiam-se igualmente insatisfeitos, pois, embora seu foco de trabalho fosse a prevenção e promoção à saúde, os próprios profissionais tinham sua saúde exposta a riscos. O trabalho ao ar livre, no calor de quase 40° graus, inclusive no inverno, era agravado, pois não recebiam protetores solares para a realização de visitas domiciliares. Embora pareça

paradoxal, quem trabalha com a saúde de terceiros não tem a prevenção da própria saúde, que pode culminar em um câncer de pele, por exemplo, a médio ou longo prazo.

Em 2012, período eleitoral, os gestores em saúde tinham como foco as propagandas políticas, e não a saúde. Falar bem do serviço de saúde pública do município para a população era uma das ações. Esse discurso deveria ser o mesmo dos profissionais das unidades, que deveriam “elogiar a gestão de até então para parecer que estava investindo em sua melhoria, como se tudo estivesse bom e adequado” (enfermeiro). Nada deveria transparecer para a população, apenas as coisas positivas.

A falta de atrativos acadêmicos e recreativos no município também desmotivavam outros profissionais que haviam ido trabalhar no município. A impossibilidade de fazer cursos de aperfeiçoamento, de especialização e mestrado, bem como a falta de entretenimento na cidade e de outros atrativos levavam-nos à reflexão sobre a continuidade do trabalho naquele local, quando alguns decidiram estudar e tentar novo concurso público. Todas essas situações levaram a saída de seis enfermeiros, que, por coincidência, eram os que se conheciam e que tinham a maior antipatia pelos membros da SaSi. Com isso, seis novos enfermeiros assumiram a função.

Esses enfermeiros já não viam a SaSi como um local de cobrança, pois o monitoramento de dados foi-lhes apresentado como uma de suas tarefas. Acompanhar, atualizar, enviar dados para a SaSi e receber o *feedback* eram apresentados como responsabilidades rotineiras do enfermeiro, assim como realizar o exame de prevenção do câncer de colo de útero, fazer a classificação de risco dos usuários ao chegarem nas unidades de saúde, etc. Entretanto, apesar dessa atividade rotineira ser realizada pelas equipes de PSF, os técnicos da SaSi ainda eram vistos por alguns profissionais como pessoas que exigiam o envio de planilhas, o alcance de metas, sem muitas vezes saber o que estava acontecendo nas unidades.

As visitas às UAPs possibilitaram aos técnicos em saúde compreender o que acontecia nas unidades, minimizando o sentimento de injustiça das equipes de PSF, em especial dos ACS, diante dos *feedbacks* enviados e dos resultados cobrados pelos gestores que não conheciam a realidade local enfrentada pela equipe. “A sala é boa, ajuda a gente, mas está cobrando muito da gente...falta material, falta régua para medir as crianças e se o dado vai errado, cobra da gente. Fazem três meses que a gente não está medindo, mas eles estão cobrando... Mas lá [na sala de situação] num quer nem saber”. Essa aproximação também pode ajudar a desmistificar que é a sala de situação o local de criação e cobrança de metas.

Essas visitas dos técnicos da SaSi às equipes de PSF geraram, portanto, a possibilidade de uma maior aproximação entre os profissionais, dando início ao restabelecimento das relações entre eles, já que reconheceram que: 1) os técnicos levaram sugestões sobre o que fazer para melhorar o serviço de saúde pública, como sugerir quais as usuárias que ACSs deveriam buscar, por quê buscar, pensando na melhora qualitativa da saúde da população, como no caso das buscas por mulheres que estavam há mais de três anos sem realizar o exame preventivo, sem que se caracterizassem como “recusa”. Isso possibilitou, inclusive, uma melhora no trabalho em equipe, já que as ACSs perceberam que a força-tarefa poderia auxiliar uma colega que estava com uma baixa taxa de cobertura em sua microárea; 2) a aproximação entre técnicos e equipes de PSF também possibilitaria uma melhora dos resultados quantitativos ao direcionar a prioridade das vacinas para receber o recurso financeiro repassado pelo Estado ao município; 3) o contato face a face esclareceu equívocos de preenchimento, auxiliando na compreensão sobre como digitar e salvar os dados; 4) os técnicos em saúde orientavam como os ACSs poderiam antecipar o trabalho futuro, colocando um plano em prática, como ao atentar-se para a mudança de ano, pois todas as mulheres que realizaram o exame preventivo em 2011 teriam que realizá-lo novamente no ano de 2015; 5) essa aproximação entre os profissionais ainda possibilitava a evolução do formato da planilha

de monitoramento de dados, como no caso do acréscimo da coluna de anos para as usuárias que fazem o exame particular. Até então não constava o ano de sua realização, mas esse dado poderia facilitar as buscas, pois as mulheres que o realizaram em 2011 teriam que refazê-lo em 2015, já que é necessário repeti-lo uma vez a cada três anos; 6) os técnicos da SaSi esclareciam sobre a possibilidade da planilha ser usada inclusive para acompanhar usuárias fora da faixa etária estipulada pelo Estado, já que mulheres abaixo de 25 anos e acima de 64 anos também precisam fazer o acompanhamento; 7) os técnicos em saúde puderam conhecer de perto as peculiaridades locais, como, no caso de uma UAP com muitas “recusas” para a realização do exame preventivo, cuja crença inicial era que só mulheres mais velhas recusavam os exames, mas descobriu-se, no contato com ACS, que existiam adolescentes e mulheres jovens na mesma situação, sendo geralmente as filhas dessas idosas; 8) os membros da SaSi acompanhavam as ações locais, como a oferta de horários alternativos ao habitual horário de funcionamento das unidades de saúde, possibilitando o compartilhamento das boas práticas com outras equipes, como a realização de exames de prevenção que teve 60% de comparecimento de mulheres agendadas a partir das 18 horas; 9) esses técnicos da Sasi buscavam ajuda de recursos externos, como de apoio de outros setores a fim de alcançar melhores resultados qualitativos e quantitativos, como no caso de pedir auxílio à ginecologista do SUS do município, para trabalhar especialmente com as mulheres que se recusavam a realizar o exame preventivo há mais de três anos, sendo que algumas nunca o haviam feito ao longo de suas vidas; 10) os técnicos ainda apoiavam melhores condições de trabalho, como ao saber e conseguir resolver algumas necessidades locais, como espúculos para a realização do PCCU.

7 – Discussão dos Resultados

A reflexão sobre as situações, os fatos e os sentimentos supracitados está subdividida em três partes intituladas: “Influências dos Aspectos Psicossociológicos sobre as Relações de Cooperação Profissional e as Práticas do Gerenciamento Estratégico em Saúde”, “Construção da Relação de Confiança e sua Contribuição para as Práticas em Saúde”, “Condições Necessárias para o Bom Funcionamento da Prática do Gerenciamento Estratégico em Saúde”. Essa última apresenta um subtópico de discussão: “Sistema de metas, ações locais e avaliação dos resultados”. Este capítulo visa responder aos objetivos específicos desta tese, embora eles não estejam dispostos na mesma sequência em que foram apresentados anteriormente, conforme será visto a seguir.

7.1 Influências dos Aspectos Psicossociológicos sobre as Relações de Cooperação Profissional e as Práticas do Gerenciamento Estratégico em Saúde

O tópico “Influências dos Aspectos Psicossociológicos sobre as Relações de Cooperação Profissional e as Práticas do Gerenciamento Estratégico em Saúde” visa responder ao objetivo específico: identificar as influências de aspectos psicossociológicos sobre as relações de cooperação profissional e as práticas do gerenciamento estratégico em saúde.

Na parte dos “Resultados”, apresentei eventos que têm um caráter psicossociológico. Fenômenos psicossociológicos estão entre o indivíduo e a sociedade (Leitão, 1986). Os eventos identificados abarcam elementos institucionais, organizacionais, experiências e ações profissionais. Um exemplo desses eventos é o concurso público.

Esse concurso é legítimo pela sua constitucionalidade e pela trajetória histórica do serviço público brasileiro na adoção do concurso diante de uma legislação que o ampare. A

legitimação não era plena – uma vez que havia medidas municipais que valorizavam a contratação de profissionais por outros meios, o que deu lugar a atitudes em nível da experiência subjetiva de rejeição ao concurso pelos veteranos. A necessidade de realização de contratação de profissionais por meio de concurso público já tinha sido evidenciada na literatura (por exemplo, por Dimenstein & Santos, 2005; Paim, 2013) e questionada como uma falta de cuidado do governo com a sua responsabilidade ao não adotar tal prática. No município em questão, esse concurso foi pouco valorizado pelos profissionais da SaSi – que não eram concursados, o que é inconstitucional. Os veteranos alegavam que esse concurso privilegiava os conhecimentos técnicos em detrimento da experiência prática, levando-os a se sentirem prejudicados: os enfermeiros antigos das UAPs tiveram que deixar seus cargos e, por consequência, o trabalho coletivo daquele município perdeu a memória dos conhecimentos e das práticas tácitas pactuadas socialmente ao longo da experiência. Além da desvalorização de tal concurso pelos profissionais veteranos da SaSi, os gestores municipais de saúde priorizavam outros interesses e atividades eleitorais, não relacionados diretamente às responsabilidades com o PSF. A assistência, a integração, a socialização e o cuidado com os novatos não se apresentavam como prioridade do município, apesar de terem ocorrido tentativas pontuais, já assinaladas no Capítulo dos Resultados, como os eventos do treinamento introdutório e do teste do pezinho. Esses treinamentos foram realizados sem o cumprimento dos objetivos de cuidado – por exemplo, convocando enfermeiros que apresentavam bom desempenho no procedimento realizado nos recém-nascidos – e expressaram o distanciamento e indiferença entre os gestores e técnicos da sala de situação e os enfermeiros, como também descrito nos Resultados.

Dessa forma, o evento do concurso público abarca elementos subjetivos (como atitudes de rejeição ao concurso por parte dos veteranos); organizacionais (por exemplo, o estabelecimento de prioridades pelos gestores da saúde), institucionais (o concurso como uma

instituição nacional em processo de legitimação) e interpessoais (a concretização e a expressão nas ações interpessoais dos atores). A literatura consultada já havia sinalizado que os sujeitos produzem sentido e agem frente à multiplicidade de dimensões da vida, construindo-se naquele contexto sócio-histórico, enquanto transformam esse mesmo contexto e realizam remanejamentos psíquicos (Carreteiro & Barros, 2011). Os fenômenos psicossociológicos são multifacetados e dinâmicos (Lhuilier, 2014).

Todos os eventos, tanto do primeiro momento quanto do segundo momento de mudança, têm o mesmo caráter psicossociológico, conforme acabei de analisar no caso do concurso público. Por essas razões, importa explorar as influências dos eventos sobre as relações de cooperação profissional e sobre as práticas de gerenciamento em saúde em cada momento da mudança (2011 a 2013 e 2013 a 2015).

A cooperação ou a sua desconstrução, bem como as práticas de gestão em saúde, está presente em todos os eventos, seja no primeiro, seja no segundo momento de mudança, descritos no capítulo de Resultados.

Os eventos, com todos os aspectos que os tornam psicossociológicos, se constituem em forças instituintes favoráveis e desfavoráveis à manutenção da SaSi, conforme Figura 6. Recordo que, segundo Lhuilier (2014), as instituições são dinâmicas e se constroem e se desconstroem dependendo do equilíbrio dessas forças, podendo manter-se intactas, transformar-se/atualizar-se ou ser destituídas. No primeiro momento, sobressaem-se as forças desinstituintes, mas as instituintes existem concomitantemente (por exemplo, são mantidos os marcos legais do SUS e a valorização dos princípios do sistema). Isso contribuiu para explicar por que a SaSi não se extinguiu completamente mesmo diante da prevalência das forças desinstituintes. Como mencionado no Capítulo de Resultados, alguns dos fatores se referem ao interesse dos gestores em manter a sala por lhes dar um norte no trabalho, ainda que os dados não estivessem completamente atualizados. De toda forma, cabia aos profissionais das

UAPs encaminhar sua produção mensal para a SaSi até por ser esse encaminhamento uma das metas municipais estipuladas pelos gestores, podendo o não cumprimento dessa ordem acarretar prejuízo financeiro ao profissional. Outra força instituinte era o reconhecimento de que a prática do município, no que se refere ao gerenciamento em saúde, era bem-sucedida, dando visibilidade ao município ao ser visitado por profissionais e autoridades da saúde.

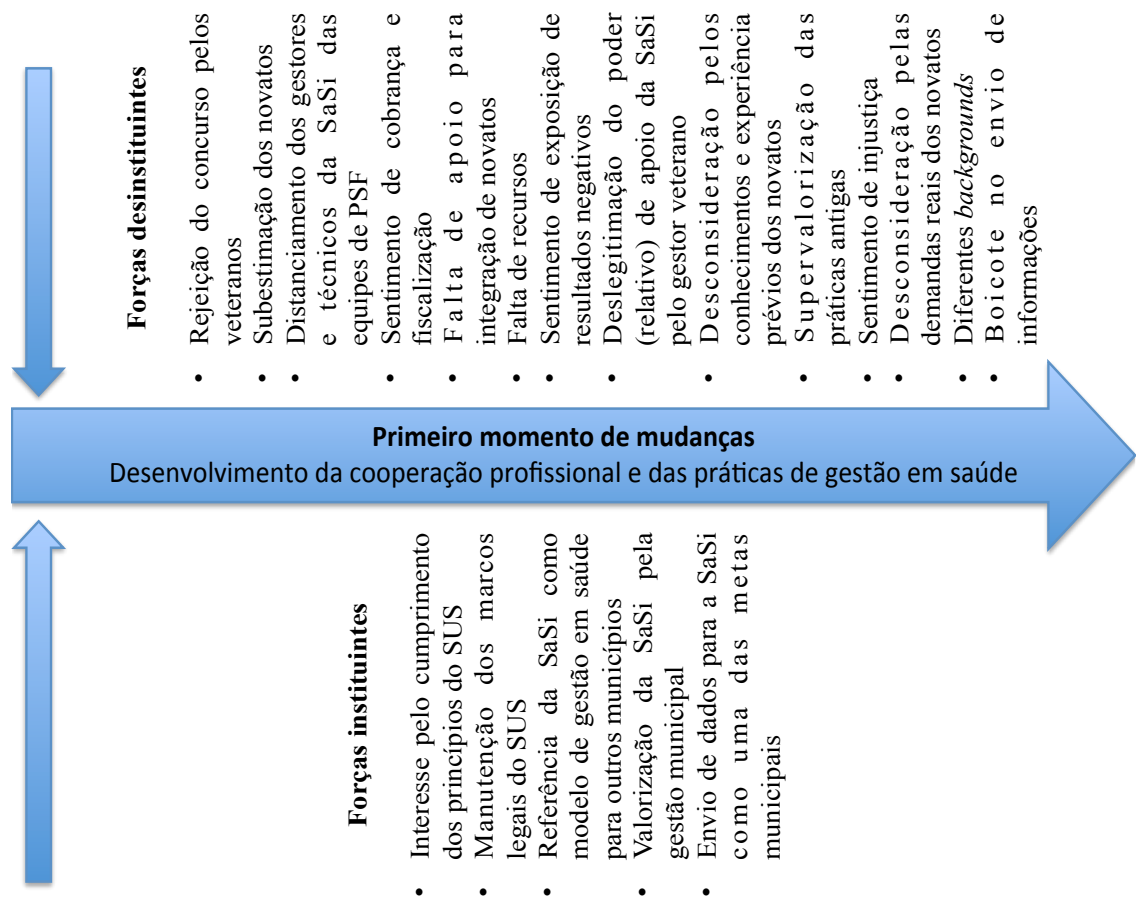


Figura 6
Forças desinstituintes e instituintes do primeiro momento de mudanças

Tal qual uma CoP, uma instituição, ainda que informalmente estabelecida, também é marcada por uma mescla de poder e dependência, prazer e dor, êxito e fracasso, aliança e oposição, resistência e conformismo, confiança e receio (Wenger, 2001).

Os eventos desinstituintes presentes no primeiro momento se traduziram em ações – por exemplo, convocação todos os enfermeiros para o treinamento do teste do pezinho, o

comentário feito pelo gestor veterano aos novatos para não aceitarem cobranças da SaSi –, que geraram ruptura das relações de cooperação entre os profissionais nos termos definidos por Wenger (2001). Este autor, entre outras declarações, afirmou que o compromisso mútuo era definido não só pela densidade das relações entre as pessoas afiliadas, o trabalho conjunto, as conversas, como também pelo compartilhamento de informações, das sugestões em busca de respostas aos problemas, das contribuições complementares de competências e dos conhecimentos dos demais, sendo que essas competências e esses conhecimentos se superpunham em certa medida. Por consequência, o enfraquecimento da cooperação e do compromisso mútuo entre profissionais contribuiu para a descontinuidade da prática do gerenciamento da saúde. A ruptura e a descontinuidade, portanto, relativizaram as relações e as práticas de gerenciamento da SaSi, ocasionadas, principalmente, pelo choque de experiências. Essa descontinuidade, embora reconhecidamente inerente à instituição e à CoP, corrobora a ideia de que a instituição não pode ser vista apenas como um sistema de regras, normas e obrigações, que determinam o que e como algo deve ser feito, pois o próprio processo de definição desse sistema é uma produção humana, e não algo que se impõe aos trabalhadores (Lhuilier, 2014). Assim, as diferentes experiências subjetivas vividas pelos profissionais e suas ações se constituem como forças desinstituintes importantes. A relação estabelecida entre os profissionais da SaSi e as equipes de veteranos de PSF de 2007 até o início de 2011, composta pela cooperação profissional e interpessoal e pelas práticas daquele momento sócio-histórico, começou a ser relativizada a partir dos eventos que se apresentaram.

A literatura já havia elucidado que uma prática não deve ser seguida irrefletidamente pelos participantes (Lhuilier, 2014; Taylor, 2000). Portanto, a prática do município não podia ser seguida indiscriminada e irrefletidamente por novatos entre 2011 e 2013, em vista de que, entre 2007 e 2011, essa prática não tinha acontecido de maneira irrefletida, conforme discutido anteriormente. Frente ao novo cenário composto por profissionais com diferentes

histórias de vida, formações e experiências com a vivência e gestão do PSF, também essa prática não poderia ocorrer sem reflexão. Esse momento demonstra, igualmente, a dinâmica à qual a instituição está sujeita, quando o monopólio do reconhecimento, da legitimidade, da demanda à repetição, da institucionalização (ainda que informal) e da naturalização de uma prática é contestado (Guirado, 2009).

Os aspectos psicossociológicos supracitados desencadeados de situações específicas evidenciaram não serem apenas os aspectos sociotécnicos (Wisner, 1994) responsáveis por influenciar o bom andamento de uma prática. O caso que se analisa no doutorado ilustra, inicialmente, diferenças de interesses e de valores, os quais são atravessados também por diferentes experiências e expectativas dos profissionais dos PSFs e dos da SaSi.

Práticas que eram legitimadas pela antiga CoP – como os treinamentos ministrados aos profissionais do PSF pelos da SaSi – foram interpretadas de forma diferente pelos enfermeiros novatos, os quais atribuíram outro significado, levando a um choque de horizontes, e não a uma fusão de pontos de vista (Piore et al., 1994). Como foi dito, as experiências vivenciadas pelos novatos eram diferentes daquelas do referido município. Por exemplo, um dos profissionais cumpria com suas obrigações diárias e retornava para sua casa, independentemente do horário de funcionamento da UAP. Além disso, prestava conta ao MS de sua produtividade, mas tal órgão não lhe dava retorno, não lhe fazia questionamentos, fossem de cobrança ou de apoio, nem interferia em seu trabalho. Essa situação me leva a dizer que não se pode referir a uma instituição como um corpo estranho e com vida própria, independentemente dos instituintes, já que são eles que a fazem, naturalizando e legitimando esse fazer (Guirado, 2009), exceto quando alienados. O agir pressupõe um pano de fundo – *background* –, que leve o sujeito a atribuir sentido a algo que o convoque em dada prática social. Esse *background* é a condição anterior à capacidade de interpretação das ações e das situações. Entretanto, um objeto tem um sentido contextualizado, e só seus participantes de

uma forma de vida são capazes de atribuir correto sentido a ele (Piore et al., 1994). O sentido é parte da situação e não pode ser entendido independentemente do compartilhamento de experiências mútuas e das práticas interpretativas. A comunicação entre pessoas é complexa e pode gerar prejuízos nas relações entre os membros de uma instituição e nos resultados ou proporcionar cooperação no trabalho. Compreender o que leva ao mal-entendido, ou seja, à má-comunicação ou à falha pragmática, possibilita corrigir tal situação (Berwig, Godoi & Ribeiro, 2008). Essas afirmativas ajudam a explicar o que ocorreu no município mineiro, quando pessoas, com diferentes culturas e *backgrounds*, gerando efeitos diferentes dos pretendidos. As diferentes práticas, vivências e experiências os levaram a um choque cultural, culminando em conflito entre os atores sociais. Outros elementos ainda foram razões de mal-entendidos, como o conhecimento não compartilhado e ofensas, ainda que involuntárias.

Piore et al. (1994) já haviam alertado para os cuidados ao se sair da esfera de vida compartilhada, por oferecer risco à naturalização de seu funcionamento. Isso se justifica, pois quem não participou da constituição da prática de gerenciamento estratégico em saúde – os enfermeiros novatos – não a reconhece como “óbvia” em função das diferentes visões de mundo, acordadas e construídas por outros profissionais em outro momento. Corroboro as visões dos neoinstitucionalistas, que veem as instituições como algo que não determina ações e preferências humanas. Não houve limites às ações dos enfermeiros novatos – que reivindicaram o papel dos técnicos da SaSi de cobranças e fiscalizações pelo cumprimento das metas – frente a constrangimentos e a restrições determinados pelas práticas informalmente instituídas no município.

Por isso, as ações executadas pelos membros da SaSi, relacionadas ao treinamento introdutório e ao teste do pezinho, soaram como uma afronta aos enfermeiros e como uma subestimação de suas capacidades técnicas. Não buscar por informações prévias sobre esses novatos indicou uma desconsideração por suas experiências e supervalorização das práticas

antigas dos veteranos. Os procedimentos técnicos em saúde, porém, são comuns no que se refere ao exercício profissional da enfermagem, ao contrário das diferentes formas de gerir os resultados (Lhuilier, 2014) da saúde pública entre municípios. As particularidades dos usuários do serviço público também variam entre municípios e até entre os bairros de um mesmo município. Levanto a hipótese de que se tivesse havido um cuidado em socializar esses novatos frente as especificidades locais, os resultados poderiam ter sido diferentes. A maestria dos veteranos no que tange aos conhecimentos locais poderia ter contribuído para tornar os enfermeiros novatos participantes plenos da prática da saúde naquele município. O aprendizado técnico, o estabelecimento de relações de confiança, o acesso à comunidade e à prática, a legitimidade adquiridos pelo membro em potencial o levam a ser um participante pleno (Lave, 2011).

Posso concluir que a desconsideração pelos diferentes *backgrounds* (Searle, 1997; Taylor, 2000), a supervalorização do conhecimento e da experiência dos profissionais da SaSi com as práticas de PSF e de sua gestão – ainda mais valorizados pelos profissionais veteranos por serem nascidos e residentes do município – e a falta de procedimentos adequados para agregar novatos àquela forma de vida, conferiram aos técnicos da SaSi a conotação de profissionais que subestimavam as capacidades dos novatos. Esse cenário inicia a quebra da preponderância do reconhecimento, da legitimidade e da naturalização das relações de cooperação profissionais e interpessoais e das práticas adotadas no município até então (Guirado, 2009).

Conflito e oposição frente aos diferentes *backgrounds* e interpretações redundaram na sensação de exposição, cobrança e fiscalização dos resultados de produção das equipes de PSF, quando “só cobravam, mas não ajudavam” e ademais no desinteresse, desvalorização, falta de reconhecimento e de legitimidade das práticas locais, encerrando o ciclo tácito de repetição de ritos e práticas de gestão. Esse conflito e oposição geraram não só a

interdependência pouco ou nada colaborativa entre as equipes da SaSi e dos PSF, no momento em que uns deixam de cooperar com os outros, por exemplo, não enviando as informações de produtividade de forma adequada e na data preestabelecida, como também a contradição interna evidenciada pela substituição de prioridades dos gestores diante do período eleitoral e pelas conversas informais entre um gestor veterano com os novatos aconselhando-os a não aceitarem constantes cobranças e exposição de seus resultados, aumentando, ainda mais, os desacordos. Esses conflitos e oposição são resultantes da capacidade dos instituintes de questionar, negociar, agir, modificar o contexto – enfraquecendo o poder informal dos técnicos da SaSi – e da necessidade de reinvenção. Essa necessidade de reagir e reinventar confirma o argumento de que a dialética entre instituinte, instituído e institucionalização deve ser vista como uma realidade inacabada, como um projeto em construção, que comporta poder, contradições internas do sistema, singularidades de resistência e produção de novos sentidos, já que, na borda do espaço instituído, sobrevive o instituinte através de seu germe transformador e de sua potência energética (Pereira, 2007; Peres, 2008).

Essa compreensão da realidade vai ao encontro do ponto de vista de autores (como Guirado, 2009; Wenger, 2001) que sinalizaram o caráter dinâmico da instituição, que se reedita ou se reinventa frente às situações contraditórias que emergem com o passar do tempo. Compreendo que o seu dismantelamento ou a sua destruição também é possível. Assim, Piore et al. (1994) defenderam a ideia de que uma prática poderia não durar se não tivesse o envolvimento de algumas pessoas, caso essa prática não estivesse institucionalizada (por exemplo, CoP SaSi e antigos enfermeiros).

Os impactos da ruptura das interações cooperativas entre os profissionais frente aos eventos e sentimentos dos novatos corroboram o argumento de Peres (2008): ele questionou a ideia de que as características comportamentais e as institucionais, vistas separadamente

separado, fossem suficientes para explicar ações individuais, coletivas e políticas. Esta pesquisa tratou os eventos psicossociológicos, articulando elementos de diversos níveis de análise, que foram favoráveis tanto ao rompimento quanto à retomada (a ser discutida posteriormente) das relações de cooperação interpessoais e profissionais entre atores de diferentes funções, (des)favorecendo a continuidade das práticas de gerenciamento em saúde.

Como mencionado, houve uma deterioração das dimensões de uma CoP no que tange ao compromisso mútuo, que consiste na densidades das relações entre as pessoas afiliadas, no trabalho conjunto, nas conversas e no compartilhamento de informações atualizadas e enviadas a tempo para consolidação, nas sugestões em busca de respostas aos problemas enfrentados pelas equipes de PSF. Wenger (2011) defendeu ser sutil e delicado o que pode faltar para que uma CoP funcione com coesão: pode ser tanto a falta de um elemento concreto – ausência de informação – quanto a falta de um ambiente de simpatia criado pelos comentários e trocas entre os participantes. Ambos os elementos foram evidenciados, seja pela planilha não compartilhada adequadamente, seja pelo comentário do gestor veterano com os novatos, deslegitimando e desempoderando os técnicos da SaSi, cujas capacidades foram questionadas pelos novatos, já que não tinham sido aprovados no concurso público. Esse ambiente de animosidade foi, portanto, um elemento presente na relação entre equipes do PSF e SaSi frente aos fatos já mencionados. Essa situação gerou impactos, como a pausa de repetição de ritos (Guirado, 2009), quando as pessoas começaram a não mais trabalhar juntas, a não se falar constantemente, a não trocar informações, não havendo mais uma interdependência colaborativa (Therét, 2001) de competência entre os membros da SaSi e dos PSF.

Sentidos e ações estão em movimento e em processo de constituição, como a própria prática da SaSi. O caráter incipiente e inovador de gerenciamento estratégico em saúde daquele município demonstrou que a prática deixa de cumprir com seu propósito diante da

reação dos enfermeiros novatos em um primeiro momento. Concordo com a ideia de Guirado (2009) de que o que está formal ou informalmente instituído também pode sofrer rachaduras e rupturas ou pode ser, pelo menos, reeditado ou reinventado. Para ele, a libertação da palavra social dos grupos é necessária quando os atores precisam romper com algo, fazendo uma revolução. Entretanto, reflito para além da discussão sobre instituições, pois considero haver controvérsias na definição da SaSi, enquanto uma prática instituída, pelo menos formalmente. Digo isso, pois, o que estava naturalizado até o início de 2011, já que os atores veteranos seguiam aquela prática sem questioná-la, foi colocado em xeque diante dos novos acontecimentos e sentimentos. De toda forma, ao se reconhecer que uma instituição pode sofrer rachaduras, acredito que a questão de discussão não deve ser sobre o seu caráter instituído, mas sobre a possibilidade de passar por reajustes e redefinições, o que é reconhecido como inerente à característica de uma instituição.

Ao invés de os gestores veteranos terem contribuído com esse processo de ruptura, poderiam ter tido papéis importantes para a sua consecução, caso tivessem agido de outra maneira, como acompanhando a chegada dos novatos. Por isso, posso elucidar a existência do instituinte através de seu germe transformador e de sua potência energética (Guirado, 2009; Pereira, 2007; Peres, 2008).

A compreensão do funcionamento de uma instituição deve estar ligada à análise das relações de poder, ao desequilíbrio de poder e ao declínio hegemônico, e não às suas regras. Ao mesmo tempo, existe a capacidade de resiliência de algumas instituições, mesmo após o enfraquecimento do poder de seus criadores (Borges, 2004). No contexto da gestão municipal de saúde, houve uma ruptura das relações de cooperação entre os profissionais por não haver interesse inicial dos participantes em sua consecução, pois não fazia sentido para eles. Esse desinteresse era tanto dos enfermeiros novatos como dos próprios técnicos da SaSi, que não viam mais razão para a consecução da prática frente ao envio tardio, incompleto e inadequado

de informações para o mapeamento da situação de saúde do município. De toda forma, apesar de tais relações e de certa perda de sentido da prática de gerenciamento da saúde, tal prática não foi extinta do município em função das forças instituintes que agiam ao mesmo tempo das desinstituintes.

Relembro que os eventos, com todos os aspectos que os tornam psicossociológicos, se constituem em forças instituintes favoráveis e desfavoráveis à manutenção das relações de cooperação profissional e da prática da SaSi – dado que as instituições são dinâmicas, se constroem e se desconstroem dependendo do equilíbrio dessas forças (Lhuilier, 2014). Se, no primeiro momento de mudanças, prevaleceram as forças desinstituintes, no segundo, sobressaíram as instituintes (por exemplo, diálogo, troca de experiência, interesse mútuo), ainda que as desinstituintes também existissem nesse momento (por exemplo, desconsideração pela hierarquia). A prevalência das forças instituintes (Figura 7) contribuiu para explicar por que essas relações de cooperação e essa prática da SaSi foram, aos poucos e gradativamente, retomadas ou constituídas no sentido de uma CoP. O compromisso mútuo e o empreendimento compartilhado podem ser identificados em tal momento. Eles aparecem, conforme Wenger (2001), na densidade das relações entre as pessoas afiliadas, no trabalho conjunto, nas conversas e no compartilhamento de informações, nas sugestões em busca de respostas aos problemas, nas contribuições complementares de competências e conhecimentos dos demais. Também aparecem nas responsabilidades coletivas destinadas à realização das atividades, buscando melhorar o desempenho e resultado a partir da busca pelas respostas interconectadas.

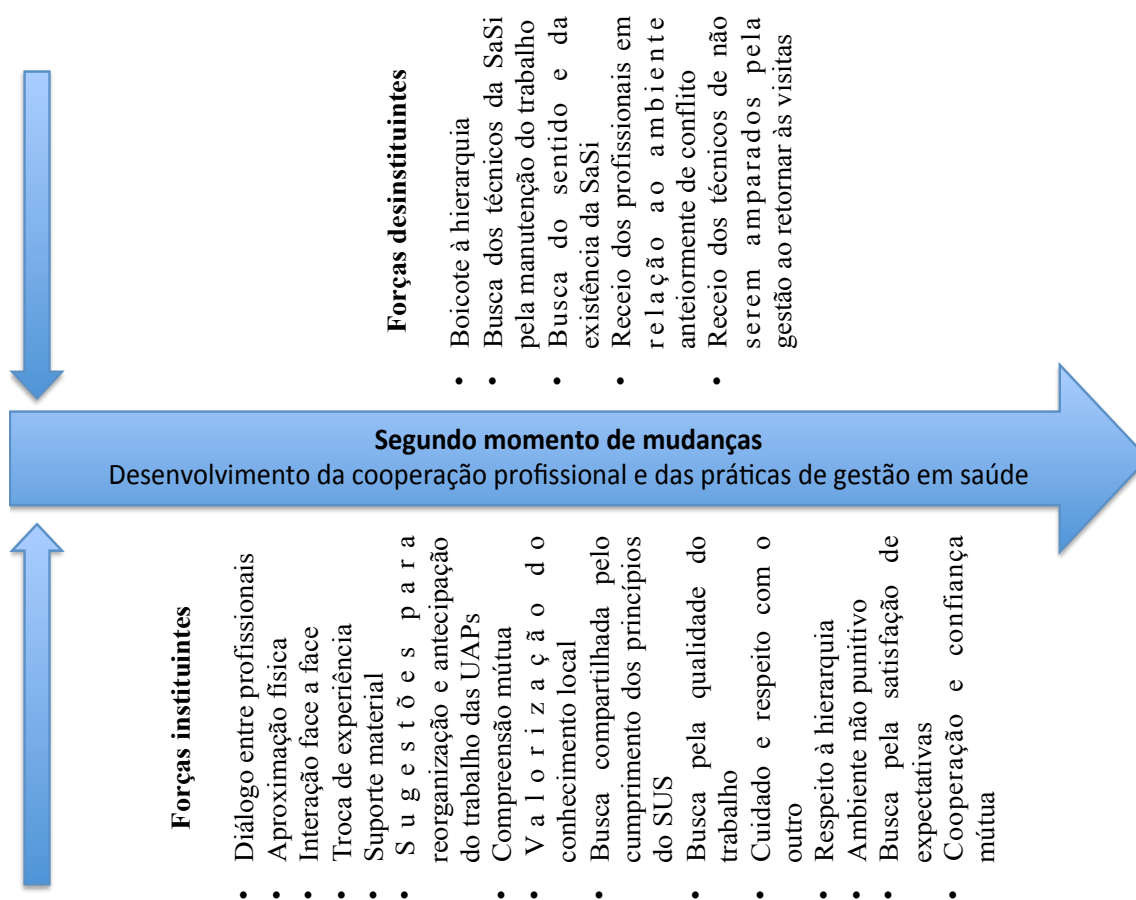


Figura 7
Forças instituintes e desinstituintes do segundo momento de mudanças

A retomada das relações de cooperação profissional e das práticas de gerenciamento em saúde é possível pela existência de uma demanda social – por exemplo, atrelada ao trabalho do novo coordenador de PSF –, que dá início ao processo de reaproximação entre os diferentes atores. A busca pela criação de uma resposta a uma demanda social de certo momento da modernidade faz desaparecer a relatividade de uma prática (Levy, 1997/2001; Guirado, 2009). Também faz desaparecer essa relatividade, a valorização, a repetição e a legitimação dessa mesma prática, reforçando a ideia de que uma instituição é sempre “trabalhada pelo instituinte” (Lhuillier, 2014, p. 15). O interesse desse coordenador pelo trabalho da SaSi, como um possível objeto do seu trabalho, conforme Theureau (1992), levava-o a reconhecer e a valorizar a contribuição de tal prática, reiniciando o processo de legitimação. A literatura já havia apontado que só haveria possibilidade de declínio de uma

instituição se ela não representasse o interesse dos membros envolvidos, e o que se percebe, no segundo momento, é justamente o inverso (Gilpin, 1981 citado por Borges, 2004).

A interação e o diálogo criaram espaços de aprendizagem e de compartilhamento entre as pessoas, quando o coordenador de PSF e os técnicos da SaSi interagiram para analisar as situações e tomar decisões. Também quando esses mesmos técnicos aproveitaram as reuniões com as equipes de PSF para sugerir a elas uma melhor forma de realizar o trabalho, seja do ponto de vista quantitativo, como pela redistribuição de cotas de atendimento, seja do ponto de vista qualitativo, ao sugerir que outras mulheres fora da faixa etária exigida pelo estado fizessem exames preventivos. Para Piore et al. (1994) e Wenger (2001), o diálogo estabelecido com o outro permite a fusão de horizontes e o compartilhamento de formas de vida para compreender a visão de mundo do outro. As funções de um profissional não se misturam com as do outro, mas se complementam a ponto de gerar aprendizagem e transformar a realidade. O estímulo à conversa entre diferentes comunidades é reconhecidamente um mecanismo para engajar tais comunidades em uma interação contínua. O entendimento do mundo do outro abre possibilidades para a criação de uma relação de cooperação, de comunicação e de interação entre pessoas (Piore et al., 1994).

O compartilhamento do sentido da prática de gerenciamento entre os participantes do município possibilitou alcançar melhores resultados a partir da pilotagem das ações e da busca pela qualidade do trabalho, conforme Lorino (1997). A ideia de gerenciamento estratégico está relacionada ao ato de pilotar as ações, de saber fazer, especialmente ao saber fazer cada vez melhor para alcançar os objetivos organizacionais. Esse fazer cada vez melhor é um processo contínuo, que acarreta uma aprendizagem também contínua.

O instrumento de gestão – SaSi – só foi compartilhado e naturalizado frente à explicitação das expectativas dos profissionais em seus diferentes níveis e de sua satisfação: apoio, respeito pela hierarquia, cuidado com o outro ao prometer algo e buscar cumpri-lo.

Esse apoio às equipes pode ser verificado frente à extinção do “par castigo-recompensa”, bem como da autocensura, pois identificar e analisar os erros leva à aprendizagem, dado que os erros revelados permitem debates críticos para além da hierarquia e dos tabus (Lorino, 1997). A informação estratégica, quando capaz de apoiar gestores na tomada de decisão diante dos objetivos que emergem no campo da saúde, permite que os atores envolvidos reflitam sobre seu cotidiano, suas práticas e seus resultados. Essa informação estratégica pode se tornar objeto de coanálise e de codecisão de equipes multiprofissionais que trabalham de forma compartilhada e renovam o seu trabalho a partir da aprendizagem gerada.

Posso concluir, portanto, que as influências desses aspectos psicossociológicos sobre a relação de cooperação profissional e sobre a prática do gerenciamento estão relacionadas ao favorecimento da continuidade dessa cooperação, e conseqüentemente, da prática de gestão, levando a um melhor desempenho dos profissionais da saúde frente à interação entre as equipes de diferentes níveis de atuação. Essas influências podem, também, favorecer a descontinuidade das relações de cooperação profissional, pondo em risco as práticas de gerenciamento e a saúde da população, conforme evidenciado nesta tese.

7.2 Construção da Relação de Confiança e sua Contribuição para as Práticas em Saúde

Essa parte do meu estudo “Construção da Relação de Confiança e sua Contribuição para as Práticas em Saúde” tem como propósito responder a outro objetivo específico desta tese: compreender o processo de construção da relação de confiança e qual foi a sua contribuição para a prática do gerenciamento estratégico local em saúde. De certa forma, esse objetivo deve aprofundar a consecução do primeiro no sentido de tratar diretamente de um pressuposto da construção de uma CoP – as relações de confiança – conforme a ênfase da literatura revisada (por exemplo, Wenger, 2001) na importância das relações de confiança.

O modelo da produção dinâmica da confiança (adaptado de Karsenty, 2013) pode

ajudar a compreender o que ocorreu no município no que tange à relação de confiança desenvolvida ou não entre os atores de diferentes níveis de atuação e as práticas de gerenciamento estratégico em saúde. O que observei da construção dessa relação de confiança corresponde melhor à imagem de círculos de interação social que se reforçam, como em uma espiral, que se deslocam dentro do modelo, sem precisar passar por todos os elementos da confiança e por todas as etapas propostas no modelo inicial: no primeiro momento de mudanças, os atores sociais utilizaram recursos externos (como, poder, controle). Mas esses recursos se tornaram inúteis no segundo momento, quando tais atores compartilharam experiências e observaram os atos uns dos outros. Isso quer dizer que um recurso ou elemento pode ser mais utilizado em um momento em função dos eventos e das circunstâncias a ele relacionados. Por exemplo, o poder – um dispositivo de controle (Karsenty, 2013) – pode incitar um novo círculo, mas não é suficiente para a construção da relação de confiança. Diante disso, passo a narrar o processo em círculos de interação social que se reforçam e que aumentam gradativamente o nível da confiança, naturalizando novamente a prática do gerenciamento em saúde.

Treze enfermeiros foram aprovados em concurso público, que ocorreu em todos os municípios mineiros, no final de 2010. Naquela oportunidade, os técnicos em saúde do município mineiro em questão não se mostraram predispostos a confiar nos candidatos aprovados quando estes tomaram posse de seus cargos. O nível inicial de confiança era inexistente ou muito baixo, porque, segundo os profissionais veteranos, esse concurso privilegiado os conhecimentos teóricos, mas não as experiências prévias dos concursados. Os técnicos e gestores não tinham se relacionado com os novatos a ponto de saber sobre suas competências, seu valores com relação à saúde, nunca tinham tido oportunidade de observar seu trabalho – faltavam-lhes recursos diretos de confiança, Karsenty, 2013). Visto que não compartilhavam a mesma forma de vida, os mesmos valores e costumes, esses profissionais

desconheciam e não buscavam por informações sobre os resultados alcançados na vida profissional progressiva dos novatos e o cuidado deles com o outro. Os elementos que poderiam ter aumentado esse nível de confiança, como os recursos intermediários, não fizeram diferença, pois os técnicos e gestores não levaram em consideração, nas primeiras oportunidades de interação, ou desconheciam, não só a formação e o conhecimento de alguns deles, por terem se graduado em uma instituição de ensino superior que foca os estudos no PSF, como também a experiência advinda de estágios curriculares e extracurriculares ao longo dessa formação e experiência em empregos anteriores em alguns casos.

Os técnicos em saúde e os gestores passaram a fazer uso de recursos externos para se assegurarem de que os novatos iriam cumprir com o esperado, satisfazendo suas expectativas quanto ao serviço de saúde. O uso de recursos externos é mais utilizado quando as pessoas não conhecem umas às outras e quando o nível de confiança ainda é baixo (Karsenty, 2013). Esses técnicos, a pedido dos gestores em saúde, iniciaram pelo treinamento introdutório oferecido aos novatos para que fossem direcionados para as UAPs, de acordo com o perfil da população e do próprio enfermeiro. O intuito de direcionar as pessoas para determinadas unidades de saúde não teve impacto sobre os novatos, mas a forma como foram tratados é que os levou a se sentirem subestimados. O fato de esses técnicos perguntarem aos novatos sobre suas competências técnicas para realizar o trabalho é que contribuiu para gerar neles um sentimento de subestimação de suas competências. O excesso de controle, quando o profissional é competente, opõe-se à capacidade de reconhecimento, levando o profissional a não se engajar em tais práticas e nas relações profissionais de confiança (Karsenty, 2013).

Os técnicos em saúde continuaram fazendo uso de outros dispositivos externos de controle, aumentando, ainda mais, os sentimentos negativos dos novatos em relação aos veteranos, quando esses técnicos verificaram a inadequação da coleta do teste do pezinho. Em treinamento posterior, os profissionais veteranos deram explicações teóricas e fizeram

simulações da prática a fim de que os novatos se tornassem mais aptos para a realização do procedimento em questão. O problema não estava no treinamento em si, mas na convocação de todos os enfermeiros, mesmo aqueles que não tinham tido problemas quando da realização de tal exame. Isso reforçou e aumentou o sentimento de subestimação de suas competências. Tal atitude dos veteranos reforça ainda mais que, o excesso de controle, quando o profissional é competente, opõe-se à capacidade de reconhecimento, levando-o a não se engajar em tais práticas e nas relações profissionais de confiança (Karsenty, 2013). Isso corrobora que o nível de confiança dos novatos em relação aos técnicos em saúde, profissionais que estão em contato frequente com os enfermeiros, diminui progressivamente em vista dos comportamentos desses técnicos. A prática de treinamento organizado e/ou ministrado pela equipe da SaSi aos profissionais do PSF era comum até 2010, mas as circunstâncias eram diferentes. Por exemplo, todos os enfermeiros tinham sido convocados para participarem do treinamento do exame PCCU, procedimento anteriormente realizado no município apenas em um único local, não sendo uma das atribuições dos enfermeiros do PSF. A partir da descentralização de tal procedimento para as UAPs – a fim de potencializar o número de exames feitos e de facilitar o deslocamento das usuárias até um local mais próximo de suas residências –, os profissionais passaram por um treinamento. Esse exemplo ilustra que os participantes tinham uma demanda por tal treinamento frente ao pequeno ou inexistente costume de realizar tal prática no PSF, o que é diferente do que foi relatado pelos concursados, que já tinham experiência.

Os técnicos em saúde seguem fazendo um uso maior de recursos externos, agravando ainda mais a relação entre os profissionais. Os ACSs enviavam os dados com sua produção mensal todo dia 30 de cada mês para consolidação na SaSi. Os técnicos, por sua vez, enviavam *feedbacks* dos resultados alcançados por cada ACS e por cada UAP para todas as outras unidades de saúde. As equipes de PSF se sentiam não somente expostas diante de

resultados negativos, mas também cobradas e fiscalizadas pelo alcance de metas, pois os profissionais sinalizavam seus resultados aquém do esperado, sem que nada fosse feito para ajudá-las. Os comportamentos dos veteranos, traduzidos em recursos externos na busca de confiança, eram cada vez mais questionados, contribuindo, gradativamente, para diminuir o nível de confiança entre as pessoas. As diferenças entre as formas de vida de veteranos e novatos e os diferentes sentidos atribuídos às práticas de gerenciamento em saúde levavam os novatos a se sentirem cada vez mais cobrados, fiscalizados e subestimados, sem que, de fato, reconhecessem alguma utilidade daquele trabalho. As equipes de PSF passaram, então, a boicotar o envio e compartilhamento de informações corretas na data previamente solicitada pelos técnicos e gestores em saúde, especialmente diante do comentário informal feito pelo gestor veterano do município, que desqualificou os técnicos não aprovados no concurso público. A inconstitucionalidade da continuidade na SaSi, a sua “incompetência” por não terem sido aprovados no concurso, o desempoderamento de tais técnicos por esse gestor veterano aumentavam e reforçavam a complicação daquele cenário. Isso mostra que recursos externos e intermediários podem agir na contramão do reforço da relação de confiança. O poder desse veterano e a não aprovação dos técnicos em um concurso deslegitimavam atores que, entre 2007 e 2011, davam apoio às ações dos PSFs.

O ápice dos conflitos da relação entre os profissionais ocorre quando os novatos vão até o então coordenador do PSF – cujas prioridades eram eleitorais e não as do PSF – para dizer que não queriam mais se relacionar com os profissionais da SaSi.

Essa situação demonstrou que a desinstitucionalização ocorre tendo em vista sistemas contraditórios de regras, frente à capacidade de os instituintes questionarem, negociarem, agirem para modificá-las (Guirado, 2009; Lhuilier, 2014). Ocorre, igualmente, pela contradição interna, pela destituição ou pelo enfraquecimento do poder, dadas as diversas singularidades e produção de diferentes sentidos (Piore et al., 1994; Searle, 1997; Taylor,

2000). Conflito e oposição, escassez de algo e necessidade de reinvenção, interdependência não colaborativa, o desinteresse, a desvalorização e a falta de reconhecimento e de legitimidade dos elementos previamente mencionados pelos novatos frente à prática de gerenciamento em saúde instituída também contribuem para a descontinuidade de uma forma de vida (Guirado, 2009). Diante disso, o que estava naturalizado passa a ser questionado pelos enfermeiros, pois essa naturalização decorre da própria participação e incorporação de práticas pactuadas e construídas socialmente, porém, em outro contexto (Winch, 1975 citado por Ribeiro, 2007). Ao sair dessa esfera de vida compartilhada, a naturalização desaparece juntamente com a participação e quem não tomou parte na sua institucionalização não reconhece tal prática em função das diferentes visões de mundo, experiências prévias, vivências, histórias de vida. A naturalização não é, portanto, um processo mecânico (estático), mas orgânico (dinâmico) (Piore et al., 1994). Isso quer dizer que as expectativas das pessoas em relação umas às outras também se alteram frente aos diferentes contextos social e histórico.

Esse cenário que envolve confiança e prática de gestão começou a mudar com a eclosão de novos fatos e sentimentos, correspondendo ao segundo momento de mudanças (2013 a 2015). Esse momento ilustra que os recursos externos e intermediários da confiança cedem espaço aos recursos diretos, às expectativas em relação ao outro ou a algo e aos comportamentos observáveis à medida que as pessoas interagem, se conhecem e se relacionam, favorecendo e reforçando o aumento do nível da confiança entre os participantes de uma forma de vida que passa a ser constituída a partir de então. Quer dizer que, se os atores utilizaram recursos externos no primeiro momento, esses recursos se tornaram inúteis a partir do segundo, quando os técnicos da SaSi e os profissionais do PSF – equipes e coordenador – compartilharam experiências e tiveram a oportunidade de observar os atos uns dos outros. Essa situação mostra a dinamicidade interna ao próprio modelo de produção de

confiança, que não segue uma sequência prévia de etapas predefinidas. No segundo momento de mudanças, os círculos de interação social, que se reforçam em uma espiral, se deslocam dentro do modelo, sem precisar passar por todos os elementos da confiança, assim como também não precisou passar no primeiro momento.

Esses círculos de interação social propiciaram aos atores sociais se conhecer e reconhecer os recursos diretos da confiança, levando-os a criar expectativas de engajamento, que poderiam ser satisfeitas a partir da observação dos comportamentos adotados pelo outro. A princípio, as expectativas dos atores locais foram explicitadas, pois o nível de confiança ainda estava em processo de ascensão. Caso as pessoas já se conhecessem o suficiente e já tivessem um nível elevado de confiança uns nos outros, essas expectativas poderiam ser implícitas (Karsenty, 2013). Entretanto, como os profissionais da saúde ainda estavam se conhecendo, e o processo de confiança ainda estava crescendo e aumentando ao longo do tempo e a partir das evidências, as expectativas ainda estavam sendo explicitadas. Recursos externos e intermediários, contudo, deixaram de ser prioritários nesse momento.

O segundo momento de mudança é marcado pela explicitação de expectativas do novo coordenador de PSF das equipes de PSF em relação aos técnicos e dos técnicos em relação aos gestores. As condutas observáveis permitiram aos atores sociais, não só verificar que suas expectativas estavam sendo satisfeitas, como, também, ter acesso aos recursos diretos da confiança, como o compartilhamento de valores, cuidado com o outro, etc.

O novo coordenador do PSF foi o primeiro a explicitar suas expectativas em relação aos técnicos da SaSi assim que assumiu o cargo. Embora experiente com a prática de enfermagem, faltavam a ele competências gerenciais. Não sabia por onde começar o seu trabalho nem como fazê-lo. Foi aí que ele pensou que as informações consolidadas poderiam auxiliá-lo a tomar decisões, ainda que as planilhas de produção dos ACSs, mapeadas pelos técnicos, não estivessem devidamente atualizadas em função dos boicotes no envio e

preenchimento dos dados. Esse coordenador, contudo, reconhecia que os técnicos da SaSi tinham um recurso direto que lhe faltava, como informação e competência gerencial, favorecendo, mesmo que minimamente, o nível de confiança, em função de seu caráter incipiente. Autores (por exemplo, Lorenz, 1988) já haviam sinalizado algumas condições necessárias ao estabelecimento da relação de confiança, como a vulnerabilidade e a ignorância de um indivíduo em relação ao outro, situação evidenciada no caso.

O coordenador de PSF aproximou-se dos técnicos em saúde, principalmente, por querer ter acesso ao mapeamento referente ao PSF que ficava na SaSi, pois tal programa estava sob sua responsabilidade. Pelo mapeamento, por exemplo, ele detectava um maior índice de câncer de pulmão, quando a ação que os profissionais do PSF estavam desenvolvendo estava relacionada ao câncer de colo de útero. A sala de situação lhe dava, então, um “retrato da ponta”, ou seja, da condição de saúde da população, dos resultados alcançados e das situações a serem melhoradas. A percepção da conexão entre a possibilidade de alcance de objetivos como coordenador de PSF e a escolha de um instrumento que o amparasse foi o que lhe permitiu ter um entendimento da funcionalidade do uso daquele instrumento, que se torna para ele uma extensão naturalizada.

A emergência de um sentido fez com que esse coordenador percebesse que a SaSi poderia, de fato, contribuir para o seu trabalho. Explicitar sua expectativa de recorrer ao mapeamento e ser atendido, favoreceu o aumento do nível de sua confiança em relação aos técnicos de saúde, dando início à sua valorização na prática do gerenciamento da saúde. Ao recorrer à SaSi para analisar o mapa da saúde do município, o coordenador aproveitou a oportunidade para interagir com os técnicos, trocando sugestões sobre o que fazer. Essa a interação face a face, possibilidade de troca de experiências e de sugestões entre os profissionais propiciaram que eles se conhecessem, o que levou o coordenador a reconhecer as competências dos técnicos da SaSi – um dos recursos diretos da confiança (Karsenty,

2013) –, aumentando o nível de confiança. A interação proveitosa com os técnicos e o julgamento de utilidade do trabalho da SaSi, permitiam-lhe avaliar a contribuição técnica e social da sala de gerenciamento para melhorar, além de seu trabalho, a saúde da população como um todo.

Esse momento é atravessado, contudo, por uma situação que levou a uma possível degradação da confiança – evidenciando a dinamicidade interna ao próprio modelo de produção dessa confiança, que ora é reforçada ora é degradada em função dos comportamento adotados, satisfazendo ou não às expectativas dos envolvidos (Karsenty, 2013). Um dos recursos diretos da confiança deixa a desejar. Isso ocorreu, pois os técnicos da SaSi levavam as informações mapeadas de saúde primeiramente para o Secretário Municipal de Saúde, sugerindo ações para melhorar uma situação, ações essas “tomadas como verdades”. O Secretário, fazendo uso de um recurso direto da confiança, o de competência dos técnicos, criou uma expectativa de que tais ações gerariam melhores resultados. Embora pudesse contribuir ainda mais para gerar confiança entre técnicos e Secretário, tal fato reduzia o nível de confiança entre técnicos e coordenador do PSF, que era cobrado por situações de que ainda nem havia tomado conhecimento, “quando era pego de surpresa”, sentindo-se prejudicado. Esse coordenador do PSF queria compreender o porquê de os técnicos agirem desconsiderando a hierarquia, detectando que o intuito real não era o de prejudicá-lo, mas o de manter evidente a utilidade da SaSi – ou seja, o trabalho dos técnicos. O Secretário de Saúde utilizava as informações da SaSi como ferramenta estratégica de gestão, sendo que tal instrumento era uma extensão naturalizada do gestor, já que o seu uso fazia sentido possibilitando-lhe compreender a situação de saúde global do município para tomar decisões, por exemplo de abertura de novas UAPs. Essa situação de busca por compreensão de sentido mostra como dialogar auxilia as pessoas a compreenderem os diferentes mundos e a interpretarem uma situação, o que as leva a adotar certo comportamento (Karsenty, 2013;

Piore et al., 1994). Por isso, as dificuldades de integração entre participantes de diferentes comunidades ou de diferentes funções não deveriam ser vistas apenas como um conflito político, mas como um choque de visões de mundo, com diferentes formas de entendimento e interpretação (Piore et al., 1994) ou de *backgrounds* (Taylor, 2000). A solução para esse choque está, pois, no compartilhamento de experiências em um novo contexto comum, permitindo a fusão de horizontes a fim de se ter uma nova vida compartilhada.

Na ausência de outros recursos diretos, como confiabilidade na equipe da SaSi, levou o coordenador a renegociar expectativas, explicitando verbalmente que gostaria de ter acesso à informação antes que fosse passada ao Secretário, esclarecendo que tal tarefa lhe cabia. Embora não tenha feito uso de um recurso material, como de um documento que lhe assegurasse formalmente os limites de atuação dos profissionais da SaSi, esse acordo verbal cumpriu com seu objetivo. Ao não utilizar um recurso material, o coordenador manifestou uma predisposição em confiar, correndo certo risco frente à incerteza do comportamento dos técnicos. Em uma relação de confiança, pressupõe-se que uma parte irá cumprir com o prometido à outra parte, atendendo às suas expectativas, sem haver comportamento oportunístico em busca dos seu próprios interesses (Tacconi et al., 2011).

Os técnicos da SaSi tiveram comportamentos condizentes aos esperados pelo coordenador tomando cuidado no atender às suas expectativas, entregando-lhe uma via impressa e outra digitalizada das informações mapeadas. Tais profissionais passaram não só a apresentar as informações, como também a discutir com ele o que fazer. A partir de então, o coordenador era quem conversava com o Secretário sobre as situações de saúde do município. As expectativas atendidas reforçavam a relação de confiança do coordenador com a equipe da SaSi, tornando essa relação mais amistosa. Ao mesmo tempo, os membros da SaSi também passaram a reconhecer a importância dessa aproximação por atender ao propósito de existência de uma sala de situação: utilizar o consolidado de informações para melhoria da

saúde nesse caso. Essa situação demonstra que os círculos de interação social se reforçavam gradativamente, não havendo uma sequência única de etapas a serem seguidas e não sendo necessário passar por todos os elementos do modelo da confiança. Destaco, sobretudo, que o interesse, o reconhecimento e a valorização do coordenador de PSF pelo trabalho da SaSi deram início ao processo da construção da relação de confiança e, conseqüentemente, à retomada da cooperação entre os profissionais e do trabalho coletivo. Os outros fatos que favoreceram esse processo serão apresentados a seguir, já que é o montante da interação social que leva ao restabelecimento também das práticas de gestão em saúde.

Técnicos e coordenador perceberam que compartilhavam valores, que tinham as mesmas preocupações e os mesmos cuidados com a saúde, ainda que suas experiências e funções fossem diferentes. Por exemplo, a atualização dos dados e o envio das planilhas a tempo para a SaSi para a fidedignidade das informações era o que permitia que aquele fosse um instrumento real de gestão. Os resultados do trabalho da SaSi, ou seja, o mapeamento da saúde, eram o objeto de trabalho do coordenador em saúde. Essa interdependência colaborativa – outra dimensão de uma CoP, também denominada como trabalho interconectado e como empreendimento conjunto (Wenger, 2001), por referir-se às responsabilidades individuais e coletivas destinadas à realização das atividades, buscando melhorar seu desempenho e resultado – contribuiu para que tal gestor traduzisse em comportamento observável algo que os técnicos da SaSi tinham como expectativa, por várias vezes explicitada ao Secretário de Saúde, inclusive por meio de documento formalmente elaborado. O coordenador queria que os técnicos se reaproximassem das equipes de saúde para que elas compreendessem não só a importância da atualização dos dados, mas também de sua utilização para melhorar a saúde da população. Outra expectativa do coordenador de PSF em relação ao restabelecimento das relações entre equipes e técnicos era que a experiência prévia dos técnicos viesse ajudá-lo a gerenciar melhor a saúde pública e a agilizar

a resolução de alguns problemas – uma vez que os técnicos da SaSi seriam profissionais intermediários entre os dois níveis de atuação.

Estabelecer uma relação de confiança entre as pessoas não era uma tarefa fácil, já que elas tinham histórias de vida muito diferentes e objetivos e personalidades distintos, conforme já sinalizado na literatura (Valentim & Kruehl, 2006).

Se a relação de confiança é apresentada como um fenômeno psicológico que os indivíduos desenvolvem ao longo de suas experiências sociais e de socialização, existindo uma expectativa em relação à ação do outro (p. ex., Garfinkel, 1967 citado por Lima, Machado & Castro, 2002), posso dizer que algumas condições foram indispensáveis ao início de sua construção: as interações desenvolvidas face à necessidade de contar com o outro frente à sua situação de fragilidade, as trocas e o compartilhamento de experiências, o tempo, a explicitação de expectativas de ambas as partes e o seu cumprimento por meio de comportamentos observáveis. Sato (2003) sinalizou que a confiança e a cooperação estão intimamente relacionadas, embora não sejam pré-condição de existência uma da outra, mas são facilitadas quando as pessoas compartilham crenças, valores, cultura. Entretanto, como evidenciei anteriormente, esse compartilhamento de crenças, valores, cultura não ocorria inicialmente no município em função dos diferentes *background*, mas começaram a ser compartilhados na medida em que a utilidade da relação se tornou reconhecida pelos membros da CoP.

Esse cenário levou a um novo momento de compartilhamento de formas de vida, que proporcionou a constituição de uma nova CoP e a participação nessa comunidade. Esse processo ocorreu aos poucos e favoreceu o processo de construção da relação de confiança e o restabelecimento das relações entre SaSi e coordenação de PSF. Lave (2011) afirmou que os participantes desenvolvem o conhecimento de uma forma de vida ao construí-lo socialmente, especialmente diante dessa oportunidade de compartilhamento. Nesse momento, a prática de

gerenciamento em saúde vai se reconstruindo socialmente (ou se construindo frente ao novo momento de interação social) com a participação das pessoas que faziam parte daquele novo contexto. A participação da e na prática levou a um aprendizado coletivo das práticas específicas dessa comunidade (Wenger, 2001).

Essa aprendizagem ocorria também frente aos espaços abertos de diálogo que permitiam aos profissionais, tanto os da SaSi quanto o da coordenação de PSF, reavaliar o nível de confiança a partir da satisfação de suas expectativas. A empiria apresentou situações de possíveis reforços e de degradações do nível de confiança, sendo que ela prevaleceu nesse segundo momento. Coordenador e técnicos da SaSi interagiam face a face, quando percebiam que compartilhavam valores comuns. Confiabilidade e segurança em relação à ação do outro, sinceridade, franqueza, honestidade, cuidado eram alguns desses valores (Karsenty, 2013). Esse processo inicial da confiança é marcado por negociações explícitas de expectativas, preocupação com o outro, busca por cumprir com as performances esperadas, diálogo aberto e transparente. A necessidade maior de explicitação das expectativas decorreu do baixo nível inicial de confiança entre as pessoas (Karsenty, 2013).

As interações sociais e as relações de confiança profissional continuavam sendo tecidas. O tempo apresentou-se como um elemento que atravessou esse processo dinâmico da confiança, conforme já evidenciado por Sato (2003) e em pesquisa anterior (Almeida, 2011), quando demonstramos como relações de confiança são construídas ao longo do tempo, através de oportunidades que as pessoas têm de conviver, compartilhar informações, cooperar, ajudar e ser cúmplices umas das outras.

Para proporcionar maior proximidade entre as equipes de PSF e SaSi e para esclarecer mal-entendidos sobre o papel da SaSi, gestores em saúde organizaram visitas das equipes de PSF à sala de situação no ano de 2014. Os técnicos e gestores tinham como expectativa reconhecer a utilidade da trabalho da SaSi e ajudar uns aos outros a fim de criar estratégias

ágeis de saúde adequadas a cada contexto. Esses gestores e técnicos tiveram o cuidado de organizar os encontros por equipe de PSF, uma vez que esses profissionais já haviam se queixado de exposição dada a divulgação de resultados negativos, conforme relatei anteriormente. Data e horário foram previamente acordados com cada equipe e um documento reforçou tal acordo de visita. Telefonemas foram dados como mais um lembrete. O objetivo do documento e do telefonema era apenas reforçar o convite e evitar a ausência dos profissionais na reunião tida pelo gestor e pelos técnicos como importante naquele momento.

As equipes compareceram, uma a uma, conforme o combinado, cumprindo com as expectativas iniciais dos profissionais. Na oportunidade, os técnicos mostraram o espaço físico da SaSi, os mapas afixados nas paredes e como os consolidados eram feitos, analisados e utilizados para a tomada de decisão, por exemplo, sobre o “evitamento” de mutirões de PCCU, já que a quantidade e a qualidade dos exames não atendiam às expectativas, gerando custos e dia de folga para os profissionais dos PSF em dia de rotina.

Os objetivos propostos inicialmente e a expectativa de esclarecimento da função da SaSi foram cumpridos com a reunião, conforme depoimento de um enfermeiro: “Acho que foi bom [visitar a Sasi] para eles [os enfermeiros que acham que os técnicos em saúde só cobram resultados e os veem como algo negativo] entenderem melhor”. Uma avaliação formal também foi realizada por equipe, que dizia que aquele momento havia proporcionado maior esclarecimento sobre a utilidade das informações para a melhoria da saúde pública.

A visita dos profissionais de PSF à SaSi gerou, de forma geral, alguns resultados alinhados à expectativa, como o cuidado e a tentativa das equipes em enviar sua produção mensal conforme previamente acordado (datas previamente acordadas, como o dia 30 de todo mês, servem como um dispositivo de controle a fim de aumentar as chances de os atores cumprirem com o combinado – Karsenty, 2013). Entretanto, por mais que elas se esforçassem no envio dos dados nas datas combinadas, alguns fatores externos atravessavam sua atividade,

impedindo-as de cumprir com tal acordo. Por exemplo, a falta de internet para envio de dados, o número de computadores disponíveis em relação ao número de profissionais que precisavam utilizá-los para preenchimento dos dados a serem enviados não só para à SaSi, como à outros lugares, como o MS. A não satisfação das expectativas levava profissionais a se desdobrar o quanto fosse possível para entregar as planilhas de produção na SaSi, como no caso dos gerentes de saúde que iam às unidades de saúde e gravavam, em um *pen drive*, tais informações, levando-o em seu próprio carro para os técnicos. O não cumprimento do prazo não culminava, contudo, em penalização, mas também não contribuía com objetivo principal da sala de situação. Outros fatores que não ajudavam no mapeamento fidedigno das situações de saúde eram o desconhecimento a respeito da utilização do computador e do programa de *Excel* para atualizar as planilhas informatizadas.

Além da reaproximação entre coordenador do PSF e a SaSi, o outro evento que contribuiu veementemente com o aumento do nível de confiança entre os profissionais foi o retorno da visita dos membros da SaSi às unidades de saúde em 2015. Mais uma vez, o intervalo entre os fatos evidencia a lenta progressão da construção da confiança. Ainda em 2014, o Secretário de Saúde se reuniu com o coordenador de PSF e explicitou suas expectativas de retomada dessas visitas às UAPs, a fim de proporcionar maior interação entre os profissionais e melhorar os resultados de saúde. O cargo de Secretário conferia-lhe poder, que funciona como uma força constituinte em direção à institucionalização. O poder sobrepõe-se aos processos de subjetivação (Pereira, 2007; Peres, 2008), impondo-lhes seus modelos por representarem o interesse do secretário em retomar as práticas anteriores, que contribuía para um melhor resultado qualitativo e quantitativo de saúde.

O secretário e o coordenador tinham a expectativa que a reaproximação das equipes de PSF e SaSi acontecesse. De acordo com o coordenador, seria difícil acompanhar não mais 13, mas 14 UAPs dando a devida atenção às necessidades específicas de cada equipe de saúde. A

expectativa do coordenador era de contar com tais profissionais, que serviriam de apoio e cumpririam a função de intermediar e levar para discussão apenas as demandas que não pudessem ser solucionadas entre equipes de PSF e SaSi, otimizando seu tempo e os resultados de saúde.

Embora competentes e capazes de auxiliar as equipes locais (recurso direto reconhecido pelos gestores em saúde em função dos históricos sobre sua atuação, favorecendo o nível de confiança – Karsenty, 2013), os técnicos da SaSi temiam retaliação por tal reaproximação, já que os profissionais da base ficaram reativos por muito tempo à relação de cooperação. Porém, retomar as visitas às unidades também era uma das expectativas dos próprios técnicos em saúde, embora eles não a manifestassem até então, pois, além da visita ser uma de suas atividades até 2010, também contribuía com a experiência exitosa do município, conferindo-lhes um reconhecimento relativo ao bom trabalho da CoP (julgamento de utilidade e beleza – Dejours, 2005).

O cuidado e a preocupação com o outro, a sinceridade, franqueza e honestidade dos membros da SaSi reapareceram nessa situação. Inicialmente, e mais uma vez, os profissionais mudaram seu comportamento ao solicitar à coordenação de PSF que intermediasse o agendamento prévio da reunião com as equipes de acordo com sua disponibilidade, a fim de não perturbar o funcionamento rotineiro da unidade. Em tal oportunidade, ainda esperavam que o coordenador explicitasse às equipes locais que a visita tinha como objetivo apoiá-las, e não fiscalizar o seu trabalho (expectativas explicitadas dos objetivos da relação de cooperação entre os profissionais – Karsenty, 2013). Sabiam, também, que era atribuição de tal gestor enquanto coordenador de PSF, e não dos técnicos, informar sobre a visita às unidades de saúde e sobre o seu propósito. O comportamento observável dos técnicos de respeito à hierarquia continuava contribuindo com a produção de confiança entre eles e o coordenador,

por respeitar os limites e a função de cada profissional – alimentando o nível de confiança a partir de um recurso direto, apenas evidenciado na interação (Karsenty, 2013).

Explicar aos profissionais da base as motivações, os propósitos e objetivos esperados com esse encontro (expectativa negociada entre coordenação de PSF e suas equipes) parecia aos técnicos, além de indicado, um recurso facilitador para a reaproximação entre as diferentes funções. Além disso, houve outra mudança de comportamento dos técnicos ao se preocuparem em atender às expectativas especialmente das equipes com a retomada dessas visitas. A hipótese desses técnicos era que ajudar os profissionais das unidades nos pontos sinalizados por eles como problemáticos levaria a equipe da SaSi a ser vista realmente como suporte e apoio. Entretanto, a não resolutividade poderia fazer com que as equipes locais não tivessem respeito e confiança: “Eu só vou lá, se houver respaldo ao que for solicitado. Porque não adianta nada a gente ir lá, prometer ajudar em algo e não poder fazer nada. ...E a confiança?”. A negociação das expectativas entre membros da SaSi e gestores em saúde visou dar aos técnicos autonomia e poder (limitado) suficientes para ajudar as equipes de PSF (dispositivo de controle e expectativas negociadas, conforme Karsenty, 2013). Esse poder, contudo, não seria utilizado para penalizar equipes, mas para tomar as providências que estivessem ao seu alcance, como: recorrer aos recursos materiais faltantes nas UAPs, mas disponíveis no almoxarifado da prefeitura; realizar acordos com outros profissionais ou setores para irem às UAPs, quando necessário (como no caso da ginecologista do SUS).

As equipes do PSF também tinham expectativas implícitas com relação às visitas dos técnicos às UAPs a fim de ajudá-las nos pontos problemáticos, pois os técnicos “só cobravam, mas não ajudavam”. A falta de materiais para desenvolver seu trabalho com êxito (fita métrica específica para medir as crianças na consulta de puericultura, mesas e computadores para realizarem suas atividades) e uma melhor forma de alcançar os indicadores de saúde eram algumas delas.

Nas reuniões, os técnicos em saúde esclareceram, mais uma vez, as origens das metas municipais e estaduais, tomando o cuidado em deixar claro que não foram eles os definidores de tais indicadores. A intenção era explicitar que a atitude autoritária com relação aos sistemas de metas municipais e de premiação por produtividade não tinha relação com eles. O cuidado e preocupação com o outro serviu como um recurso direto, favorecendo o aumento do nível de confiança. Além disso, queriam esclarecer como preencher suas planilhas, mas antes era preciso compreender como as equipes de PSF faziam esse trabalho. A busca pela compreensão abriu espaço para dialogar e compreender como as equipes de PSF alimentavam suas planilhas e analisavam seus resultados. Foi a partir desse espaço de interação face a face – o que reforça a importância dos círculos de interação social, que se estabelecem gradativamente como em uma espiral – que os técnicos puderam compreender como os ACSs digitavam seus dados de produção mensal, detectando problemas, como o de preenchimento ao mudar de pasta para outra sem gravar anteriormente o que havia sido digitado. O desconhecimento dos ACSs sobre o preenchimento dos dados na planilha de *Excel* e o conhecimento dos técnicos sobre a perda de informações ao mudar de uma pasta para a outra sem antes gravar os dados previamente digitados levou os técnicos a compreenderem que os ACSs faziam mais do que constava na planilha de produção. Da mesma forma, as equipes de PSF compreenderam que não estavam sendo injustiçadas pelo *feedback* com baixos dados de produtividade. “Eu te xingava demais, xxxx”, brincavam os agentes com um dos técnicos em saúde após ajudá-los a compreender a causa do equívoco. O tom de brincadeira durante a reunião indicava o início da quebra das tensões entre os profissionais, ao compreenderem os mal-entendidos e as diferentes visões de mundo, traduzidas em práticas cotidianas, como aquele preenchimento. Conforme apontado na literatura, compreender o que leva ao mal-entendido, ou seja, à má-comunicação ou à falha pragmática, possibilita corrigir tal situação,

favorecendo o aumento do nível de confiança entre profissionais (Berwig, Godoi & Ribeiro, 2008).

O comportamento observável de auxílio dos técnicos às equipes a respeito do preenchimento das planilhas no computador (Karsenty, 2013) favoreciam o sentimento de apoio, aumentando o nível de confiança. Na oportunidade, os técnicos aproveitavam mais uma vez o contato com as equipes para que elas compreendessem a importância do preenchimento adequado dos dados e de seu envio no prazo combinado (explicitação de expectativas – Karsenty, 2013), pois a informação duvidosa e atrasada contribuiria muito pouco ou em nada com os propósitos da prática de gerenciamento da saúde. Ao mesmo tempo, para os ACS, o correto preenchimento favorecia evidenciar a sua real produção mensal. Tal momento também permitia que as equipes de PSF expusessem outras dificuldades para o envio da produção, como a falta temporária de internet. Novamente, fica evidente que os espaços abertos de diálogo permitiram aos profissionais da SaSi e das equipes de PSF reavaliar a confiança a partir de uma reformulação do julgamento prévio de injustiça e excessiva cobrança, por exemplo (Karsenty, 2013).

Além da busca da compreensão de como os ACS preenchiam as planilhas, também os técnicos buscaram compreender como as equipes do PSF utilizavam o *feedback* para elaboração de ações. O contato facilitava aos técnicos compreenderem que nem todas as equipes tinham acesso ao retorno, pois alguns enfermeiros de UAP não o utilizavam para discutir com sua equipe as dificuldades enfrentadas ou até o utilizavam, mas os técnicos em saúde queriam compartilhar a sua forma de fazer, apoiada em sua experiência prévia e exitosa. Naquela oportunidade, esses técnicos demonstravam apenas que existia uma outra forma de utilizar o *feedback* para melhorar o trabalho. Não comparavam resultados entre equipes, não as penalizavam nem as cobravam pelo não alcance das metas. Eles sugeriam apenas outra forma de realizar e reorganizar o trabalho, discutindo, por exemplo, que:

- o mero cumprimento quantitativo dos números das metas não era suficiente para prevenção e promoção da saúde, objetivo principal do PSF. As equipes deviriam extrapolar a realização de exames preventivos feitos nas mulheres consideradas dentro da faixa de risco apontada pelo Estado, já que sabem de casos de mulheres abaixo de 25 anos e acima de 64 anos com problemas ginecológicos.

- quando uma ACS estava com um alto percentual de mulheres com o exame em dia, as vagas de sua cota diária de PCCU deveriam ser compartilhadas com outro ACS com percentual de cobertura do exame mais baixo. Os colegas poderiam até ajudá-lo na convocação dessas usuárias. “Eu não sabia que eu podia fazer assim, viu xxx, as cotas podem ser destinadas as suas usuárias”.

- em caso de tentativa frustrada de convencimento de uma usuária sobre a importância da realização do exame preventivo, o indicado seria contar com outro profissional para realizar nova abordagem (outro ACS, enfermeiro, médico da UAP ou a ginecologista do SUS, responsável pelo acompanhamento de patologias ginecológicas no município). O conhecimento prévio dos técnicos sobre as ações bem-sucedidas da ginecologista para convencer usuárias “resistentes” servia-lhes de sugestão para melhorar o seu trabalho. Na oportunidade, sentiam-se entusiasmados e confiantes que aquela poderia ser uma forma de auxiliá-los no convencimento e esperavam dos técnicos que intermediassem o contato com a médica para realizar uma ação em especial.

- a antecipação do trabalho, pois usuárias, que iriam completar o terceiro ano sem realizar o PCCU, por exemplo, deveriam ser convocadas ao longo do ano subsequente. A planilha poderia auxiliar os ACS a identificar que aquela que o tinha realizado em 2012 teria que refazê-lo em 2015 e que aquela que o havia realizado em 2013, em 2016. O trabalho dos ACSs seria planejado antecipadamente e as usuárias, convocadas desde o início do ano. A planilha poderia servir-lhes de instrumento de gestão do próprio trabalho. Essa situação

contribuía ainda mais para a atribuição de novo sentido à planilha, já que os agentes de saúde não se sentiam mais injustiçados e cobrados pelo mero cumprimento de metas, sem que fossem ajudados. O repertório compartilhado (Wenger, 2001) adquiria novo sentido (Piore et al.; 1994) a partir da interação entre profissionais, passando a julgá-lo como uma ferramenta de apoio para a realização do próprio trabalho.

A competência dos profissionais – técnicos da SaSi – (Karsenty et al, 2013; Lima et al., 2002; Santos, 1990), sua preocupação e cuidado com o outro, a identificação e o compartilhamento de valores no que se refere à saúde da população (recursos diretos da confiança, Karsenty, 2013) e os comportamentos observáveis levaram as equipes de PSF a aumentar o nível de confiança nos técnicos da SaSi, favorecendo a satisfação das expectativas do coordenador de PSF, do Secretário de Saúde e dos próprios técnicos em saúde e também o nível de confiança de todos os integrantes da CoP. A planilha, enquanto dispositivo de controle, e os valores das metas também eram reinterpretados, pois as equipes de PSF viam que tal instrumento não servia para punição, mas sim para nortear o trabalho, a fim de alcançar os objetivos do SUS/PSF de prevenção e promoção à saúde, sentido último da meta. As sugestões que lhes foram apresentadas, por exemplo, de contar com a médica para auxiliar no convencimento de determinadas usuárias geravam nelas expectativas que podem seguir favorecendo futuramente com o aumento do nível de confiança, já que tal sugestão ainda não tinha sido posta em prática, embora os técnicos de saúde tenham procurado por ela para expor os problemas, solicitando ajuda nas UAPs. De antemão, essa sugestão já se apresentava como algo positivo, já que sugere indica preocupação com o outro (Karsenty, 2013). Outras expectativas de apoio – quanto aos materiais faltantes na UAP, como os espelhos – traduzem-se em comportamento observáveis que favorecem o nível da confiança (Karsenty, 2013).

Essas situações sugerem a continuidade da formação da CoP entre profissionais dos

diferentes níveis de atuação, agora agregando as equipes de saúde. Trabalho conjunto, conversas e compartilhamento de informações, sugestões em busca de respostas aos problemas, contribuições complementares de competências e conhecimentos dos demais atores (os quais se superpõem em certa medida), busca pela melhora do desempenho e resultado, recursos compartilhados (Wenger, 2001), fusão de horizontes (Piore et al; 2013) foram identificados no caso.

Afirmo, mais uma vez, que as evidências mostraram que o processo de construção da relação de confiança e de cooperação entre atores sociais e que a(re)construção de uma CoP ocorreram com o tempo e de forma gradual, como previamente mencionado. A aprendizagem gerada em função da interação entre os atores, os espaços criados de diálogo (Piore et al; 1994); o ambiente não punitivo, mas de apoio aos trabalhadores (Wenger, 2001); as condições de vulnerabilidade e de ignorância (Bradach & Eccles, 1989 citado por Lima et al., 2002); o uso do poder de gestores para a retomada da prática (Pereira, 2007; Peres, 2008); o julgamento de utilidade e de beleza feitos pelos profissionais (Dejours, 2005); o novo sentido atribuído aos instrumentos (Taylor, 2000); favoreceram o aumento do nível de confiança (Karsenty, 2013) e a formação da CoP (Lave 2011; Wenger, 2001), gerando melhores resultados no trabalho (Gilpin, 1981 citado por Borges, 2004; Lorino, 1997).

Conforme mencionei no início da discussão desse tópico, a construção da relação de confiança corresponde melhor à imagem de círculos de interação social que se reforçam, como em uma espiral, que se deslocam dentro do modelo, sem precisar passar por todos os elementos da confiança e por todas as etapas propostos no modelo inicial. Ou seja, no primeiro momento de mudanças, os atores sociais utilizaram recursos externos (poder, controle), mas esses recursos se tornaram inúteis no segundo momento, quando tais atores dialogaram, interagiram, se conheceram, explicitaram expectativas, compartilharam experiências e observaram os atos e competências uns dos outros. Quer dizer que outros

recursos ou elementos foram mais utilizados em um determinado momento em função dos eventos e das circunstâncias a ele relacionados.

A retomada da relação da confiança favorece a cooperação entre os profissionais dos diferentes níveis de atuação e a prática de gerenciamento em saúde. Todavia, tal prática está em processo de institucionalização por não se apresentar ainda como naturalizada aos seus participantes, embora eles comecem a perceber a sua utilidade e o benefício de sua relação. O próprio processo dinâmico da confiança sugere que ela pode se alterar para mais ou para menos em função das circunstâncias às quais está submetida.

As situações supracitadas propiciam melhores desempenhos e resultados, rumo aos alcances dos objetivos estabelecidos pelo SUS/PSF. A literatura (Valentim & Kruehl, 2006; Zanini, 2005) já havia apontado que as relações perpassadas pela confiança, além de potencializarem a cooperação entre as próprias equipes (como as do PSF e da SaSi) por ocorrer em bases sólidas, também geram reconhecimento e dão legitimidade aos profissionais. Ademais, outros benefícios podem ser alcançados, como satisfação, aceitação e delegação de autoridade, exercício de liderança, redução de conflitos e negociação, atitudes positivas e cooperação, melhor desempenho e maior produtividade, consenso, conforme evidenciado. Apoiados no consenso e na congruência dos objetivos dos agentes, amparados pela sinergia e pela interação física que ocorre pelo contato face a face, os profissionais estabelecem maior cooperação, proporcionando maior produtividade.

Diante de tudo o que foi exposto até aqui, posso afirmar que a confiança se mostra um elemento tácito do pano de fundo elementar para a construção da relação de cooperação entre os membros de uma CoP. Essa confiança pode propiciar a criação e manutenção dos relacionamentos de longo prazo, estabilidade, satisfação, cooperação, facilitando as relações de trabalho, o comprometimento entre as pessoas em interação e as relações sociais de troca.

Essas situações favorecem a existência de uma gestão mais efetiva, reduzindo riscos e aumentando a eficiência organizacional (Tacconi et al., 2011; Sato, 2003).

7.3 Condições Necessárias para o Bom Funcionamento da Prática do Gerenciamento Estratégico em Saúde

Esse tópico “Condições Necessárias para o Bom Funcionamento da Prática do Gerenciamento Estratégico em Saúde” busca responder ao objetivo específico desta tese: explorar as condições necessárias para o bom funcionamento da prática do gerenciamento estratégico em saúde.

O direito à saúde está instituído e amparado pela Constituição Federal. Cumprir os princípios do SUS torna-se uma obrigação, o que leva os profissionais da saúde a se esforçarem para alcançar os compromissos firmados (Cornwall & Shankland, 2013). Essas situações mais macro – a institucionalização e a legalidade –, embora importantes, não asseguraram o bom funcionamento das práticas do gerenciamento em saúde, mas talvez as tenham auxiliado a sobreviver frente às forças desinstituintes, como visto no primeiro momento de mudanças, ainda que essas forças sejam reconhecidamente inerentes à relação instituição, institucionalização e instituinte (Guirado, 2009; Wenger, 2001).

É preciso, também, interesse e implicação em nível organizacional, por exemplo, dos gestores. O apoio da gestão do Secretário Municipal de Saúde e a notoriedade da SaSi como um modelo de gestão da saúde para outros municípios serviram, igualmente, de elementos não só para manter a SaSi funcionando em um período de conflitos, como também para favorecer a retomada das relações de cooperação e o seu bom funcionamento. Além disso, foram elementos contributivos: a melhora da qualidade da gestão municipal evidenciada no segundo momento de mudanças por meio da aproximação entre gestores e técnicos da SaSi; a busca da atenção e do diálogo que ocorreu por meio de troca de sugestões sobre os problemas

da saúde e sobre as expectativas de respeito pela hierarquia, de apoio dos técnicos da SaSi às equipes de PSF para intermediação entre os níveis de atuação; a agilização na resolução de problemas que estivessem ao alcance desses técnicos, ao providenciar materiais em estoque da Prefeitura; os interesses e os esforços conjuntos para melhorar os cuidados, a qualidade e a quantidade da assistência à saúde.

A assistência local e a participação da SaSi no que tange às particularidades vivenciadas por cada PSF também auxiliaram a compreender as dificuldades localmente enfrentadas, tais dificuldades no preenchimento das planilhas computadorizadas e no convencimento de algumas mulheres a realizarem o exame de PCCU e dos responsáveis pelas crianças a levá-las para tomar a vacina em data adequada; as competências e conhecimentos já desenvolvidos ou as suas reais deficiências e limitações, por exemplo, em relação ao procedimento do teste do pezinho por parte de três dos treze enfermeiros, abrindo espaço para uma gestão mais participativa, munida de recursos, suportes e apoios necessários ao bom funcionamento do sistema. Mas o distanciamento, a substituição de prioridades e a falta de qualificação da gestão identificados no primeiro momento de mudanças geraram resultados divergentes aos esperados. O distanciamento, bem como a falta de capacidade e de qualificação gerenciais de gestores municipais já tinham sido tratados na literatura (Ferreira, 2004) como barreiras para uma adequada gestão local. No município mineiro em questão, a falta de qualificação da gestão é traduzida em um não saber o que e o como fazer, ou seja, tomar decisões, orientar, negociar e avaliar processos de produção, resultados e viabilidade de alcance das metas tendo em vista a consecução de objetivos governamentais e a aplicação dos princípios do SUS/PSF. Esse não saber o como fazer advém do despreparo e das incompetências técnicas, comportamentais e gerenciais dos gestores, pois eles são indicados para determinados cargos em função de alianças políticas (Melo et al., 2012). Esse não saber advém também das in experiências com as práticas de gestão, pois o saber relacionado à

técnica da saúde (enfermagem) não corresponde ao saber relacionado a gestão da saúde.

As condições institucionais e organizacionais não foram suficientes para o bom funcionamento da prática municipal. Evidencia-se, a partir do reconhecimento da utilidade de tal prática para os atores diretamente envolvidos (coordenador e equipes do PSF) com a SaSi, que o gerenciamento em saúde começa a ganhar sentido. Este sentido, por sua vez, adveio das interações sociais que ocorreram em nível interpessoal.

A nível interpessoal, a implicação e o diálogo entre os profissionais de diferentes funções, as interações entre eles, o trabalho conjunto, as conversas e o compartilhamento de informações, as sugestões em busca de respostas aos problemas, as contribuições complementares de competências e de conhecimentos dos demais, as responsabilidades interconectadas geraram aprendizado coletivo. Ao aproximar os mundos, técnicos da SaSi, equipes e coordenador de PSF compreenderam o que se passava em outra esfera. O preenchimento inadequado de planilhas e o sistema de distribuição de cotas de exames por ACS são alguns exemplos. Essas relações interpessoais e os engajamentos das pessoas com a prática fizeram com que as pessoas contribuíssem mais umas com as outras, como ao enviar essas planilhas mais bem preenchidas e na data previamente combinada para a consolidação dos dados da saúde, mesmo quando lhes faltava acesso à internet. O julgamento de utilidade, nas palavras de Dejours (2005), de tal atividade para uso nos diferentes níveis de atuação fez com que o coletivo de profissionais reconhecesse a contribuição individual para o bom funcionamento de todo o sistema. Por consequência, as interações entre tais profissionais favoreceram a eficiência, a eficácia e a efetividade do sistema de saúde – por meio da redistribuição das cotas dos procedimentos locais e da força-tarefa dos ACSs, a fim de atrair determinados usuários para a realização dos procedimentos preventivos de saúde. Uma forma mais refletida sobre o trabalho do outro enquanto objeto do próprio trabalho favoreceu a aprendizagem coletiva. Essa reflexão e essa aprendizagem da e na prática (que só acontece

por meio da participação em uma CoP – Wenger, 2001), todavia, só foram possíveis tendo em vista a ruptura das relações de cooperação profissional gerada no primeiro momento. Quando posta em xeque, uma prática pode ser reeditada ou reinventada (Lorino, 1997). O que está em jogo não é a sua reformulação ou inovação, mas o que irá auxiliá-la a alcançar o bom funcionamento. Nesse caso, há tanto uma reedição (reconstrução) como uma reinvenção (construção) da prática, já que o gerenciamento em saúde continuou seguindo suas etapas e formas do como fazer (*PDCA*). Entretanto, as interações e as relações estavam sendo tecidas frente ao novo contexto que se construía.

A identificação e a análise dos erros ou equívocos levavam à aprendizagem – como e por que preencher as planilhas, definição de metas e percentuais, falta de suporte às UAPs, como computador e internet –, pois erros revelados permitem debates críticos para além da hierarquia quando não há sistemas de punição. A integração entre as pessoas deve permitir aos profissionais de diversas funções coordenar-se entre si, independentemente do nível hierárquico. Porém, a conformidade das equipes, a falta de participação e envolvimento podem se traduzir em barreiras para o alcance da excelência (conforme apontado por Dimenstein & Santos 2005). Por isso, por mais que se reconheça o valor do gerenciamento estratégico da saúde para o alcance dos princípios do SUS/PSF, é necessário haver caminhos para a institucionalização da avaliação, sendo uma das formas a ausência de penalizações e de constrangimentos nas instituições de saúde. O amparo às equipes de PSF e a não penalização diante de resultados negativos ficaram evidenciados nos casos do PCCU e da vacinação de crianças. Carvalho et al. (2012) alegaram que, embora a avaliação atualmente apareça como algo extrínseco, a sua legitimação por parte dos atores sociais pode torná-la mais interessante e confiável para aqueles que estão dentro da organização. Ademais, a informação pode ser vista como instrumento democrático, de mobilização e de fortalecimento social, dependendo da forma como os profissionais a utilizam. Cooperação, apoio, convergência de esforços,

canais de comunicação, qualificação da equipe técnica de monitoramento, ferramentas e tecnologias de apoio são meios para institucionalizar a avaliação. Também realizar avaliações com os profissionais que vivenciam os problemas não só valoriza o saber local, aumentando as chances de seus resultados serem utilizados por eles para gerar transformações, como também permite uma intercompreensão entre os atores, conforme evidenciado no caso estudado nesta tese. O uso da avaliação auxilia a tomada de decisão, a prestação de contas, a produção de conhecimentos e de sujeitos, a emancipação, a excelência das pessoas. Por exemplo, definindo as prioridades municipais quando se detecta ocorrer um número maior de casos de câncer de pulmão do que de câncer de colo de útero. As ações devem ser desenvolvidas a fim de que se alcance um público em especial, e não outro.

Outros fatores ainda favorecem o bom funcionamento da prática de gerenciamento em saúde, como a demanda por um instrumento de gestão como suporte ao trabalho do coordenador de PSF; o interesse e o reconhecimento de sua utilidade para antecipar a busca de usuários na realização de exames e para redefinir quais as vacinas eram prioritárias quando alguma delas estava em atraso; a valorização e a legitimação do gerenciamento por parte dos gestores e das equipes de PSF e o processo gradual de naturalização de tal prática, tornando-a não só uma experiência socialmente pactuada, bem como compartilhada tacitamente por seus participantes.

A confiança aparece como elemento central de pano de fundo e essa relação foi construída a partir de círculos de interação social, especialmente através dos contatos face a face entre técnicos da SaSi e profissionais do PSF de diferentes níveis de atuação. O nível de confiança aumentava gradativamente, quando diante do compartilhamento de valores, pela preocupação e pelo cuidado em atender às expectativas do outro – quando os técnicos da SaSi pediram respaldo à gestão para tomar as providências que estivessem ao seu alcance, como anteriormente mencionado. Os comportamentos observáveis e convergentes às expectativas e

aos objetivos do SUS – o convite feito à ginecologista do SUS para promover ações juntamente aos PSFs para convencer mulheres a se submeterem a exames preventivos dentro e fora da faixa etária exigida pelo governo – e a evidência das competências dos profissionais favoreciam as relações de confiança, de cooperação e, finalmente, o desempenho das equipes do município. A confiança e cooperação já haviam sido sinalizadas como elementos essenciais para auxiliar o processo de continuidade ou de retomada das práticas de uma forma de vida (ainda que o caráter heterogêneo e divergente de uma CoP seja reconhecidamente inerente à sua existência – Lave, 2011; Wenger, 2001), favorecendo o bom funcionamento.

Entretanto, os diferentes *backgrounds*, as diferentes histórias e formas de vida, as experiências subjetivas, o sentido atribuído às práticas de gerenciamento podem colocar o bom funcionamento dessa prática em risco. Isso ficou evidenciado quando os profissionais que foram aprovados no concurso alegaram ter tido outra vivência no PSF. Realizavam o seu trabalho e assim que cumpriam a demanda diária de atendimento na UAP retornavam para suas residências, ainda que no meio da jornada de trabalho. Além disso, preenchiam suas planilhas de produtividade e enviavam para o MS, não sendo cobrados nem apoiados pelos resultados enviados. A possibilidade de escuta e de diálogo que ocorre a partir da interação face a face quando os técnicos da SaSi retomam as visitas às UAPs; o compartilhamento e as trocas de experiência e de conhecimento entre os técnicos e equipes de PSF (do apoio da ginecologista para atrair usuárias de todas as faixas etárias para a realização do exame); a compreensão do outro, quando um ACS entendeu os resultados do *feedback* enviado pela SaSi às UAPs, auxiliaram na construção e na fusão de horizontes, conforme apontado por Piore et al. (1994). Esses elementos, que estão entre o nível meso e micro, são primordiais para o bom funcionamento da prática de gerenciamento, uma vez que os instituintes participam a todo momento de sua constituição (Guirado, 2009).

No nível micro, a busca pela melhora dos indicadores e pelo cumprimento dos

princípios da saúde mostrou a arte e os esforços de alguns profissionais de diferentes funções frente às dificuldades, mas essa busca pela excelência do trabalho (Lorino, 1997; Sennett, 2013) e o estilo pessoal/a engenhosidade (Dejours, 2005) de alguns sobressaiu, como no caso das visitas domiciliares.

Todos os aspectos mencionados anteriormente contribuíram para o bom ou mau funcionamento do gerenciamento estratégico em saúde. Todavia, destaco o sistema de metas e de remuneração por produtividade, adotado pela gestão municipal, em nível hierárquico superior à SaSi, como um dos eventos que atravessaram os demais e implicaram dificuldades nas relações de cooperação profissional.

7.3.1 Sistema de metas, ações locais e avaliação dos resultados

Assim como as práticas de gerenciamento não estavam instituídas, também não o estavam as ações dos profissionais dos PSFs. Isso pode ser evidenciado pela forma de atuação das equipes diante da implementação do sistema de metas municipais e da premiação por produtividade. A decisão unilateral de poucos gestores sobre a implementação desse sistema e seu intuito de remunerar adicionalmente os trabalhadores apenas sob o cumprimento de uma certa produtividade, levaram os ACS a fazer de tudo para receber tal premiação. Não que a ideia dos gestores fosse completamente descolada da realidade. Conforme previamente apresentado no capítulo de Resultados, a implementação das metas se fundamentou em alguns motivos: 1) as 19 metas foram baseadas em indicadores e em percentuais já sugeridos pelo MS a serem cumpridos mensalmente pelos municípios brasileiros; 2) a experiência bem-sucedida do sistema de metas já existia no setor de Epidemiologia. A possibilidade de perder duas das 19 metas também não era descabida, pois o cumprimento de 100% era inviável e o seu conhecimento dos gestores sobre as dificuldades já previa que poderiam não ser cumpridas. Por exemplo, em caso de mãe ou responsável não levar uma criança para

vacinação, mesmo que o ACS explicasse sua importância e tivesse lembrado sobre o dia do procedimento. Algumas coisas dependem de esforços de longo prazo para serem eficazes, embora muitos profissionais se esforcem para conseguir realizar seu trabalho de forma adequada, independentemente do sistema de premiação por produtividade.

As equipes de PSF, no entanto, entraram em conflito por não saberem a origem e os cálculos dos percentuais das metas e por se sentirem fiscalizadas e cobradas por seu trabalho, atribuindo, equivocadamente, a responsabilidade aos técnicos da SaSi. Essa atribuição equivocada também não ocorreu em vão, pois uma das 19 metas municipais estava relacionada ao envio de algumas planilhas à sala de situação (como as de vacinação e de exame de PCCU), já que os técnicos dependiam desse instrumento para a realização de seu trabalho. A obrigação de envio de planilhas reforçou a percepção dos ACSs sobre o papel da SaSi de fiscalização, ainda que alguns trabalhadores nem conhecessem os técnicos e a sala de situação inicialmente.

Lorino (1997) alegou que definir um alvo de longo prazo é essencial para dar sentido à ação coletiva. Um objetivo é portador de sentido e é o que dá a direção geral de forma compreensível e mobilizadora às decisões e ações. O gerenciamento estratégico dessas ações auxilia o alcance do objetivo pretendido. Entretanto, para cumprir as metas e alcançar os referidos objetivos municipais, os ACS agiam de forma contrária ao objetivo do SUS/PSF. Essa ação contrária ao objetivo do SUS/PSF se baseava nas atitudes das equipes que não enviavam os dados completos, atualizados e a tempo para a SaSi para a sua consolidação e posterior análise na busca pelo cumprimento quantitativo dos indicadores a cada mês. Sobre informações incompletas, desatualizadas e enviadas com atraso, autores (por exemplo, Ferreira, 2004) já haviam alertado para a necessidade de tomar cuidado para que a prática de gerenciamento não seja um mero ritual de avaliação de dados e tabelas quantitativas, sem contribuir, efetivamente, para a compreensão dos impactos desses resultados para a saúde da

população. Indicadores devem ser entendidos como parte de um sistema de gestão, e não como um objetivo em si. Também não deve apenas ter uma produção regular de dados, mas uma regularidade equivalente de sua análise (Carvalho et al., 2012). Isso poderá reforçar a confiabilidade das informações do setor de saúde, que subsidiará o planejamento e instrumentalizará a sua gestão, facilitando o processo de tomada de decisão (Ferreira, 2004). Entretanto, a regularidade e confiabilidade das informações e a regularidade da análise dos resultados não foram verificadas no primeiro momento da pesquisa, apenas o mero ritual de avaliação de dados e tabelas quantitativas.

A falta de institucionalização de práticas em saúde também pode ser evidenciada pela ausência de padrão para priorização de agendamentos e distribuição de cotas de exames de PCCU nas UAPs e para a administração de vacinas em crianças, quando alguma delas estava atrasada e pelas visitas domiciliares feitas pelos ACS aos usuários. Em relação às visitas, os agentes preferiam trabalhar anteriormente “em linha reta”, visitando as famílias de uma rua em sequência numérica, apresentassem ou não alguma patologia ou necessidade de assistência à saúde. Isso auxiliava alcançar, em última instância, o objetivo do PSF de prevenção e promoção em saúde. No entanto, vários agentes reorganizaram seu trabalho para assegurar o cumprimento das metas municipais e o recebimento de premiação financeira, priorizando visitar as residências de usuários que já apresentavam patologias, trabalhando agora em “zigue zague”. Privilegiar a busca pelos usuários com alguma patologia era relativamente mais fácil por ser em menor número. A meta de pelo menos uma visita por mês a no mínimo 95% das famílias de uma microárea ficava quase sempre a ser cumprida, pois como já foi visto, a média era de 76,8% ao mês.

Essa situação de busca privilegiada por usuários com alguma patologia assemelha-se ao caso discutido por Sennett (2013), quando políticos britânicos estabeleceram medidas de avaliação numérica sobre o bom atendimento médico, tendo como foco avaliar: 1) número de

pacientes atendidos; 2) rapidez do atendimento; 3) eficiência no encaminhamento do paciente ao especialista. Assim como no caso britânico, as buscas equivocadas por padrões institucionais de saúde desconsideraram as habilidades, capacitações e experiências dos profissionais de saúde locais no trato qualitativo com os usuários. Na Grã-Bretanha, esse sistema leva ao tratamento de partes, como fígado, perna, e não do corpo e, no município mineiro, ao tratamento e à busca incessante de parte da população já adoecida.

Como no caso do serviço nacional de saúde britânico, há um paradoxo na orientação de alta exigência de qualidade, já que a mesma orientação da gestão supõe uma redução na quantidade do tratamento ou assistência de doenças menos crônicas, sendo preciso ter doença específica para que haja atendimento. Esse caso alertou para os riscos desse paradoxo, que se põem contra a real qualidade do serviço de saúde, bem como contra a real motivação dos trabalhadores na realização de seu trabalho (Sennett, 2013).

A falha na institucionalização das metas municipais tornou-se contrária ao alcance da proposta do SUS de estimular a adoção de medidas para prevenir e evitar o adoecimento das pessoas, e não o mero tratamento dos doentes (Carvalho, 2013; Dimenstein & Traverso-Yépez, 2005). A visão de que o sistema deveria ser, além de unificado em todo o país, adequado às necessidades dos usuários – cabendo à gestão municipal orientar-se, tomar decisões, agindo de acordo com os problemas diagnosticados localmente (Carvalho, 2013) – apresentou fragilidades em sua operacionalização. Ela não só descumpriu princípios do SUS, como os de universalidade, igualdade e integralidade, como também descumpriu o direito de saúde, bem-estar e felicidade a todos. Também descumpriu o direito de igualdade de acesso às ações e serviços de saúde e a visão integral do ser humano como um todo, o qual passou a ser visto como uma soma de órgãos a serem tratados, tendo os profissionais da saúde passado a não agir na redução do risco de adoecimento da população local (Brasil, MS, 2001, 2008A; Carvalho, 2013; Carvalho, 2013; Guizardi & Cavalcanti, 2010).

As ações de saúde que deveriam ser organizadas de forma regionalizada e ascendente, seguindo os princípios de hierarquização, de saber e de práticas humanas, conforme a necessidade de assistência à saúde dos cidadãos (Carvalho, 2013; Brasil, MS, 2001, 2008A; Guizardi & Cavalcanti, 2010; Carvalho, 2013), deixa de existir temporariamente, já que algumas famílias não são visitadas pelas equipes de PSF por até sete meses.

Em meio ao percalço, alguns poucos ACS ainda privilegiavam o trabalho com qualidade, visando ao cumprimento do objetivo ideológico do PSF, alcançando ou não a meta quantitativa. Em um dos casos, uma ACS visitava mais de 86% das famílias, muitas vezes alcançando a meta quantitativa, ao apoiar-se em uma melhor organização de seu trabalho. Embora não fosse novidade, visitava as casas de uma rua seguindo a sequência numérica.

Sennett (2013) defende que, mesmo diante de algumas situações de trabalho, alguns profissionais da saúde da Grã-Bretanha não perderam a vontade pelo trabalho bem-feito, levando a um debate sobre o valor da habilidade artesanal. Médicos e enfermeiros ainda ouviam as queixas dos pacientes e histórias sobre suas vidas, compondo um todo. É a qualidade artesanal que permite ter um julgamento crítico frente às suposições e hábitos tácitos, e é a experiência que permite que haja um julgamento. O estímulo à autoconsciência leva a um melhor desempenho. Essa busca pelo resultado positivo relaciona-se a dois conceitos, a saber: profissional e artífice, que se refere a trabalhadores que se consideram mais do que meros empregados (p. 275) e que representam a condição humana especial do engajamento e do empenho do trabalhador pela qualidade do trabalho.

Apesar da institucionalização do SUS e do PSF, as práticas *in loco* apresentaram resultados divergentes aos esperados pelo SUS (mas não pelos gestores municipais, já que as equipes alcançavam as metas estipuladas). Paradoxalmente, essa situação indica, talvez a contragosto das equipes de PSF, uma maior necessidade de acompanhamento do sistema de saúde por meio de avaliação de seus resultados (Marques & Mendes, 2002). Se a tivessem

implementado nas UAPs antes de minha chegada ao campo, teriam percebido quão contraditória era essa decisão de implementação de um sistema de metas e premiação por produtividade em relação ao propósito do PSF.

Como alertado por Mourão, Borges-Andrade e Gondim (2013), é necessário criar ferramentas para avaliar a eficiência (meio, processo), eficácia (fim) e efetividade dos benefícios do plano, programa, projetos de ação para se alcançar o planejamento estratégico, nesse caso do SUS/PSF. As ações institucionais e organizacionais que deveriam seguir em direção a um futuro pretendido apresentou falhas e efeitos perversos à saúde pública, pois usuários que não apresentavam inicialmente necessidade de acompanhamento passaram a demandá-lo, ficando atrasados a assistência e o tratamento. Por isso, a decisão tomada pelos ACSs frente à realidade imposta equivocadamente por gestores de saúde sobre os potenciais futuros de produtividade levaram esses ACSs à reorganização de ações incompatíveis ao objetivo do SUS. A avaliação, que verifica o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos e a capacidade dos programas, projetos e atividades em viabilizar o alcance desses objetivos no tempo previsto (Mourão et al., 2013), se justifica ainda mais diante desse cenário, conforme defendido por Carvalho et al. (2012). A informação serve para reduzir a alienação dos trabalhadores ao permitir-lhes refletir sobre seu cotidiano, suas práticas e resultados.

À gestão, cabe monitorar as ações realizadas pelas equipes de saúde, que devem prestar contas periodicamente. Entretanto, Dimenstein e Santos (2005) alertaram que, embora gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde reconheçam a importância da avaliação como instrumento de gestão, alguns desses mesmos profissionais apresentam resistência à prática por interpretá-la muitas vezes como controle, e não como uma oportunidade de melhoria. Alerto que os resultados da pesquisa de doutorado apontam para a mesma direção, apresentando os mesmos desafios para a institucionalização do monitoramento e da avaliação

do SUS, por serem igualmente interpretadas – como controle, conforme apontado por Carvalho et al. (2012). Os autores alegaram que essa atividade não faz parte, em regra, da cultura institucional, sendo pouco ordenada, sistematizada e contributiva com o processo decisório de redesenho de estratégias e de formas de operação do SUS na prática. Os esforços resultam, portanto, em documentos e informações impertinentes, nem sempre seguidos de ações coordenadas. Isso pode ser evidenciado pela pesquisa que identificou que atores locais ora não sabiam interpretar os *feedbacks* recebidos da SaSi, ora esse mesmo *feedback* não era compartilhado pelo enfermeiro da UAP com sua equipe a fim de planejar novas ações de melhoria. Alerto, também, para o fato de que o desconhecimento sobre a interpretação das informações e o seu não compartilhamento com a equipe não eram comuns a todas as UAPs, pois algumas equipes e alguns enfermeiros dialogavam sobre os resultados do mês anterior, criando ações coordenadas em seguida – embora essa não fosse a regra.

Sobre a dificuldade de interpretação dos *feedbacks* enviados pela SaSi às equipes de PSF, Searle (1997) e Theureau (1992) defenderam que toda noção é suscetível a diferentes interpretações, dependendo, então, do *background* para seu esclarecimento. Uma mesma palavra pode ter diferentes interpretações em frases distintas, ainda que o seu significado literal permaneça constante e que as sentenças que contêm essa palavra sejam interpretadas a partir de um *background*. Com isso, para que uma expressão, palavra, ideia ou mesmo um *feedback* de produtividade sejam claros e tenham uma aplicação bem-sucedida, é necessário haver *background* traduzido em capacidades de interpretação a fim de executar exitosamente uma ação pretendida. A capacidade de interpretação é o que dá sentido a algo, e isso influencia as decisões e o curso da ação. Essa interpretação, por sua vez, ocorre a partir do patrimônio de experiências passadas, opiniões, representações, modelos mentais, *background* (Searle, 1997), formação acadêmica, documentação à sua disposição e visita técnica (Theureau, 1992).

O *background* depende, em última instância, da participação em uma forma de vida, entendida como a cultura e o mundo social em que o sujeito está inserido. Esses conceitos contribuem para a compreensão sobre o funcionamento, a continuidade ou descontinuidade de uma CoP frente à diferença entre as formas de vida de seus membros (Ribeiro, 2007). As formas de vida abrangem: o modo de agir compartilhado entre seus membros; padrão social, comportamental e estabelecido; convenções sociais; hábitos, costumes e tradição; valores; práticas e ações; princípios; conceitos; aplicação de uma regra; entendimento compartilhado e mútuo. O acordo tácito e verbal entre os participantes acerca de uma forma de vida define o que é certo ou errado para a comunidade em questão, demonstrando dessa forma, que os modos de agir são atribuídos, pactuados e construídos (Winch, 1975 citado por Ribeiro, 2007). No caso em questão, nota-se que os atores sociais tinham diferentes formas de vida até então, ainda que estejam localizados em um mesmo espaço geográfico.

A prática de avaliação e monitoramento poderia ser valorizada pelas equipes de PSF se ela tivesse sentido de utilidade (Dejours, 2005), já que a elucidação de problemas – inclusive dos que lhes interessavam solucionar, como no caso da extinção do sistema de metas ou pelo menos de sua reformulação – auxilia a levantar hipóteses para avaliar as complexidades e subjetividades que atravessam esse processo, como: interesses, recursos, viabilidade, sustentabilidade, condições políticas e econômicas, técnicas internas e externas à organização para a sua execução das ações (Mourão et al., 2013), racionalidades, experiências, conhecimentos, qualificações (Carvalho, Souza, Shimizu, Senra & Oliveira, 2012). As decisões tomadas pelos gestores e profissionais envolvem esses elementos, ainda que elas devessem se fundamentar exclusivamente nas necessidades prioritárias de saúde, nas vulnerabilidades e nos riscos da população.

Segundo Rossi e Freeman (1989) e Mourão et al. (2013), por meio da avaliação, pode-se: 1) comparar os resultados alcançados antes e depois da implementação de projeto; 2)

incluir a coleta e análise de dados; 3) interpretar os dados do programa ou projeto sob avaliação; 4) comunicar os resultados quando de posse da definição dos participantes envolvidos, a partir de aspectos mais objetivos e claros no que tange aos elementos econômico, humano e social.

Avaliar é atribuir valor e demanda critérios ou indicadores nem sempre claros para averiguar sistemática e continuamente a qualidade e a eficácia da ação, sendo necessário incorporar a visão de mundo daqueles trabalhadores que realizam o serviço e produzem os resultados (Ferreira, 2004) e dos diferentes atores sociais que compõem um coletivo com interesses distintos (Mourão et al., 2013). Entretanto, o resultado da minha pesquisa aponta que nem todos os atores sociais participaram da definição das metas municipais. Ademais, a reflexão sobre os impactos da implementação do sistema de metas e remuneração por produtividade só ocorreu a partir das pesquisas e intervenções realizadas ao longo do doutorado, ainda que a decisão pela suspensão do sistema de metas tenha sido em função de uma decisão externa da Presidente da República de aumentar o salário dos ACSs. Isso inviabilizou ao município arcar com os custos do pagamento do salário, agora aumentado, acrescido da premiação financeira.

Entretanto, gestores em saúde e profissionais do PSF já haviam compreendido as consequências negativas desse sistema para a qualidade do serviço, o que lhes permitiu modificar a forma de organização das visitas, melhorando a qualidade da assistência no que se refere às visitas domiciliares. Antes da extinção do sistema de metas municipais, os ACSs retomaram a forma de organização do trabalho conforme experiência prévia: começavam as visitas no mês seguinte pelas famílias que não haviam sido visitadas no mês anterior, assegurando que todas fossem acompanhadas pelo menos uma vez a cada dois meses.

Lorino (1997) afirma que pilotar a atividade é gerir a mudança ao longo de sua duração. Nesse sentido, o pilotar não está relacionado apenas ao desdobramento da estratégia,

mas também ao retorno da experiência, que é a sua potencialização, já que a leitura e a interpretação dos resultados dessas ações retroalimentam os objetivos estratégicos. As ações passadas podem ser avaliadas no presente a fim de que se compreendam as causas e efeitos do desempenho ao longo do processo, identificando os elementos que geraram maior ou menor rendimento. As causas que demandam a intervenção no presente visam alcançar os resultados esperados no futuro. O diagnóstico foca-se na análise qualitativa e quantitativa de causas e efeitos, na identificação das alavancas (causas) de ação (Lorino, 1997; Theureau, 1992).

Assim como no caso médico britânico, a qualidade artesanal no município mineiro se traduz em tentativa de resolução do problema do usuário, eximindo-o dos tratamentos paliativos. Assegurar a assistência a saúde da população, incluindo a não adocida, era prioridade para alguns profissionais desse município. Mas essa busca do fazer com qualidade foi criticada por outros ACSs, alegando que aqueles que produziam com maior qualidade “queriam mostrar serviço e se destacar”. Diante de um caos instaurado, a busca pelo bem da população e do cumprimento do objetivo central do PSF tornou-se alvo de críticas, levando alguns bons profissionais a se sentirem desanimados com o trabalho. Essa situação abre espaço para uma releitura do que já foi discutido sobre os efeitos da organização social do trabalho sobre a motivação, tendo maior influência sobre o trabalho do que o próprio talento (Sennett, 2013).

Carvalho et al. (2012) defenderam que há gestores e trabalhadores que percebem que o instrumento de gestão é um instrumento de negociação, de fortalecimento de poder e de contribuição para uma situação, ao permitir diálogo, reflexão e compreensão mútua entre diferentes atores. O benefício da produção sistemática de informação está na avaliação situacional e na intervenção oportuna, culminando no alcance dos objetivos de saúde, por exemplo, de acordo com as particularidade de cada UAP. Os beneficiados são gestores, equipes de saúde e população. Carvalho et al., contudo, alertaram para a necessidade de haver

caminhos para a institucionalização da avaliação nas instituições de saúde. Embora atualmente apareça como algo extrínseco, a sua legitimação (aprovação, reconhecimento) pode torná-la mais interessante e confiável para quem está dentro da organização. Ademais, a informação ainda pode ser vista como instrumento democrático, de mobilização e de fortalecimento social. Cooperação, apoio, convergência de esforços, canais de comunicação e diálogo, qualificação da equipe técnica de monitoramento e de avaliação, ferramentas e tecnologias de apoio são meios para institucionalizar para tal atividade. Também, realizar avaliações com os profissionais que vivenciam os problemas valoriza o saber local, aumentando as chances de seus resultados serem utilizados por eles para gerar transformações. O uso da avaliação auxilia a tomada de decisão, prestação de contas, produção de conhecimentos e de sujeitos, emancipação, excelência das pessoas.

Lorino (1997) alertou que, para alcançar o objetivo planejado, uma pessoa externa ao grupo de trabalhadores pode ajudá-los, mas deve limitar-se a dar apoio metodológico e logístico necessário aos atores que têm o papel central nesse processo. Essa relação não pode ser hierárquica, e a pessoa externa não deve ser um “chefe” autoritário, ligado demasiadamente ao poder organizacional. Os técnicos da SaSi, quando tentaram utilizar de um poder não reconhecido pelos profissionais novatos do município na tentativa de gerenciá-los, tiveram problemas. Entretanto, quando passou a ter uma conotação de apoio aos profissionais do PSF, oferecendo-lhes sugestões de ações e norteando o seu trabalho, cuja decisão final cabia aos profissionais locais, a SaSi apresentou uma conotação positiva de suporte, distante de cobranças, fiscalizações e punições frente às metas.

A base informacional completa possibilita cooperação entre as funções diretamente relacionadas ao projeto. Isso só foi possível no momento em que os profissionais do município perceberam, ao interagir, que os técnicos da SaSi podiam ajudar ao coordenador e às equipes de PSF, desde que as informações estivessem devidamente preenchidas e

disponíveis a tempo para elaboração de ações frente às singularidades apresentadas. Elementos como compreensão, comunicação, linguagem comum são necessários para uma análise compartilhada e para o desenvolvimento de ações coordenadas. De forma geral, os sistemas de gestão devem privilegiar soluções coletivas, e não racionalidades individuais. A cooperação entre setores deve ser fluida e contínua, não devendo limitar-se a encontros periódicos e espaçados (Lorino, 1997). Todavia, o como construir esse coletivo apresenta-se como um limite teórico, sendo que o caso empírico ajuda a traçar uma forma de resolver esse limite. As visitas dos técnicos da SaSi às UAPs tiveram esse intuito. Ao utilizarem seus conhecimentos prévios sobre o convencimento de usuárias “resistentes”, conhecimentos esses adquiridos ao longo de sua experiência profissional, os técnicos em saúde geraram possibilidades pertinentes e viáveis para a resolução de um dos problemas localmente vivenciados pelas UAPs. Saber desses problemas, contudo, só foi possível quando os profissionais se encontraram e discutiram sobre as dificuldades que ocorriam em cada PSF. O saber local das equipes de saúde, saber esse também adquirido por tais equipes ao longo de sua experiência, também foi útil para realizar o diagnóstico local. A troca de sugestões diante dos eventos particulares permitia a elas reconhecer a utilidade da construção de um coletivo a fim de solucionar problemas que não podiam ou não conseguiam resolver sozinhas. Conhecimento, competência, experiência, interação, interesse comum para melhoria da saúde da população ajudam a privilegiar ações coletivas no lugar das individuais.

O foco do gerenciamento estratégico não está na mera responsabilização, prestação de contas e no compromisso da pessoa pelo seu desempenho para a obtenção de resultados. Não está também na reprogramação de planos ou na replanificação dos objetivos do projeto, pois nada se pode fazer sem a boa vontade dos atores portadores de conhecimento. Por isso, é necessário desenvolver um sistema de valor que privilegie o contributo para a aprendizagem coletiva, cooperação, capacidade de escuta e de diagnóstico, confiança, tornando-se menos

importante o poder individual, a responsabilização e as performances pessoais, os castigos ou mesmo as recompensas (Lorino, 1997).

Os resultados de pesquisa sobre avaliação já têm apontado alguns problemas na saúde (Marques & Mendes, 2002; Paiva & Teixeira, 2014; Dimenstein & Traverso-Yépez, 2005; Paim, 2013), como a falta de preparo, de competências técnicas e comportamentais de gestão; condições materiais, estruturais e de equipamento; quantidade e qualidade do preparo dos recursos humanos; qualidade do cuidado dispensado aos usuários. Entretanto, pouco se discutiu sobre o que é necessário para a gestão estratégica em saúde municipal funcionar e o que a impede de alcançar o seu propósito no que tange aos aspectos psicossociológicos sobre relações e práticas instituídas. Dimenstein e Santos (2005) contribuíram a discussão desse problema ao defender que a excelência dos serviços pôde ser verificada ao se focarem as relações interpessoais entre profissionais, entre profissionais e população e na dinâmica organizacional. Embora não seja prioridade para elas em sua discussão, a relação entre a própria equipe, as autoras reconheceram a importância de se estabelecer uma relação mais humanizada, de vínculos afetivos, de confiança, satisfação e empatia entre as próprias equipes, entre as equipes e os gestores e entre as equipes e os usuários.

Posto isso, posso sinalizar o que é necessário para a gestão estratégica em saúde municipal funcionar e o que a impede de alcançar o seu propósito no que tange aos aspectos psicossociológicos sobre relações de cooperação profissional e práticas instituídas. Quanto ao que é necessário para o seu funcionamento, cito, dentre outros aspectos: participação dos atores locais nas decisões, valorização dos saberes e experiências de quem executa o serviço, cooperação, apoio, diálogo, confiança, democracia, reflexão sobre a prática, reconhecimento de utilidade do trabalho de outrem, possibilidade de renegociação, autonomia, relações interpessoais e profissionais. Agindo como força inversa ao bom funcionamento, temos: autocracia, desvalorização dos saberes dos profissionais que operam o serviço, mapeamento

de dados sem finalidade aplicável, falta de diálogo e de legitimidade, desconhecimento sobre a origem e cálculo das metas, como origem e cálculo das metas, fiscalização e cobrança, boicote ao trabalho de terceiros, foco na quantidade e não na qualidade do serviço, decisões equivocadas, controle, falta de contribuição do trabalho do outro.

8. Considerações Finais

A presente tese apresentou como problema de pesquisa: Que condições eram necessárias para que a gestão estratégica do Programa de Saúde da Família funcionasse bem durante certo tempo e o que impediu que esse desenvolvimento continuasse? Mais especificamente, pois essas condições são bastante amplas e diversificadas, que aspectos psicossociológicos teriam influência nesse cenário, quando se pretende manter práticas de gerenciamento estratégico em saúde com novos profissionais?

Diante do problema apresentado, tornou-se objetivo geral deste trabalho

– Identificar as condições psicossociológicas que afetam o funcionamento da gestão estratégica em saúde municipal. Ou seja, compreender, à luz de momentos de bom e mau funcionamento de ações coletivas, como a gestão estratégica em saúde municipal pôde ser construída.

A hipótese norteadora deste trabalho foi que as relações tácitas de cooperação e confiança entre equipes de diferentes níveis estratégicos municipais influenciavam o funcionamento do sistema de saúde. Assim, avalio os resultados encontrados na pesquisa e que corroboraram essa hipótese. Além desses aspectos das relações interpessoais, elenco, ainda, aqueles que influenciaram o funcionamento do sistema de saúde do município mineiro. Aspectos institucionais e organizacionais também exerceram influência, pois tiveram um papel de suporte diante das forças desinstituintes – para explicar por que a prática de gerenciamento em saúde não se desfez completamente diante do cenário de conflito entre os profissionais de diferentes funções. No entanto, os níveis meso e micro, ou seja, as relações interpessoais de cooperação profissional e as experiências subjetivas, tecidas a partir dessas relações que ajudaram a compreender melhor o funcionamento da prática de gerenciamento estratégico em saúde de 2007 a 2015, tornando-se o foco desta pesquisa especialmente do ano

de 2011 em diante.

Os resultados deste estudo permitiram evidenciar dois momentos distintos, que estão subdivididos em primeiro e segundo momentos de mudanças, os quais foram apresentados e analisados à luz do quadro teórico sobre os aspectos tácitos da cooperação. O primeiro compreende o momento de apreensão da ruptura psicossocial instalada; o segundo, da retomada das relações de cooperação entre os membros da sala de situação, a coordenação de Programa de Saúde da Família, as equipes das Unidades de Atenção Primária, culminando em uma melhora qualitativa e quantitativa do trabalho de assistência à saúde da população.

O primeiro momento de mudanças correspondeu aos seguintes acontecimentos: 1) concurso público, levando à substituição de profissionais veteranos por novatos; 2) treinamento introdutório para distribuição de enfermeiros aprovados no concurso por UAPs, de acordo com o perfil profissional e as características de cada PSF; 3) treinamento do teste do pezinho em função da insuficiência ou inadequação das amostras para exame, necessitando repetir o procedimento, demandando capacitação dos profissionais; 4) auditoria da qualidade das condições físicas e materiais das unidades de atenção primária, que consistiu em ações, como: verificação de compatibilidade da sala previamente definida pelo projeto arquitetônico para administração de vacina e confirmação da quantidade de exames realizados, cujas inadequações deveriam ser informadas aos gestores municipais; 5) *feedback* dos resultados esperados pelo governo de Minas Gerais para todas as equipes, e não especificamente para cada equipe; 6) diálogo entre novatos e um gestor veterano do município, que recomendou aos enfermeiros novatos não aceitarem a situação de cobrança pelo alcance de metas e a exposição de sua produção mensal a outras equipes de PSF, pois os técnicos da SaSi não haviam sido aprovados no concurso público, não sendo pessoas aptas a treiná-los e fiscalizá-los; 7) implementação do sistema de metas municipais e da remuneração variável por produtividade, definida por apenas dois gestores municipais e uma conselheira de saúde,

metas essas a serem cumpridas mensal e individualmente por cada agente de saúde, resultando no recebimento de uma premiação financeira também individual de mais um terço de seu salário; 8) eleição municipal e designação do ex-coordenador do PSF para o cargo de Secretário Municipal de Saúde, levando-o a priorizar outras atividades, que não as do programa.

Ao mesmo tempo em que os fatos aconteciam, os atores envolvidos os interpretavam e mobilizavam suas emoções. Em outras palavras, os fatos evocavam emoções e interpretações, que, por sua vez contribuía para a configuração dos próprios fatos, que levaram à subestimação das reais capacidades e competências dos novatos; à exposição, principalmente diante de resultados negativos de produção mensal e à cobrança exacerbada de metas e fiscalização dos resultados do trabalho, quando “nada” era feito para auxiliar as equipes do PSF.

O segundo momento de mudanças correspondeu aos seguintes acontecimentos: 1) mudança de coordenador do Programa de Saúde da Família, inexperiente em gestão, demandando-lhe relacionar com os técnicos em saúde por diferentes motivos (como a apresentação dos resultados das equipes de PSF para o coordenador), quando aproveitavam para conversar sobre diversos assuntos; 2) visita das equipes do Programa de Saúde da Família à Sala de Situação, como tentativa de reaproximação e esclarecimento dos papéis dos técnicos em saúde e de suas funções; 3) pedido de exoneração do cargo de quase 50% dos enfermeiros novatos por motivos variados, como insatisfação com a gestão e com as condições de trabalho e com a falta de oferta de serviços no município (acadêmico, lazer); 4) retorno das visitas dos técnicos da Sala de Situação às Unidades de Atenção Primária a fim de esclarecer o cálculo e a origem das metas estaduais e de elucidar a respeito do preenchimento das planilhas e de interpretar o *feedback* e construir ações coordenadas de intervenção juntamente com as equipes locais; 5) suspensão do sistema de premiação por resultado e

metas municipais de produtividade em função dos maus resultados qualitativos e quantitativos da saúde da população e da mudança do piso salarial dos agentes de saúde decretado pela Presidente da República.

Mais uma vez, ao mesmo tempo em que os fatos aconteciam, os atores envolvidos os interpretavam e mobilizavam suas emoções. Em outras palavras, como já se disse, os fatos evocavam emoções e reinterpretações que, por sua vez, contribuíam para a sua própria configuração e levavam ao restabelecimento da cooperação entre profissionais do PSF, coordenação e técnicos da sala de situação: sentimento de importância e utilidade do trabalho do outro como objeto de seu próprio trabalho; ponderação das diferentes formas de vida, histórias e *backgrounds* que acompanham cada profissional; reinterpretação de uma prática local, reconhecendo suas contribuições exitosas para o serviço de saúde como um todo; reconhecimento do profissional como um membro de uma comunidade de prática.

Diante dos resultados e das discussões prévias, concluo que, para a gestão estratégica em saúde municipal funcionar, é necessário: compartilhamento de formas de vida, construção social da prática e de seus instrumentos, similaridades de *backgrounds*, relação de confiança e de cooperação profissional, valores compartilhados, cuidado com o outro, satisfação de expectativas por meio das performances observáveis, compromisso mútuo, responsabilidades individuais e coletivas compartilhadas, apoio, diálogo, interação social face a face, forças e interesses institucionais e legais e organizacionais, busca por um trabalho bem-feito, aprendizagem compartilhada. Em contrapartida, o que dificulta tal gestão estratégica de alcançar o seu propósito é o inverso, por exemplo: diferentes *backgrounds* e formas de vida, desconsideração pelo conhecimento e pela experiência do outro, insuficiência de competências técnicas e gerenciais, supervalorização das práticas antigas, gestão autoritária, ambientes de interação pouco amistosos e de desconfiança, falta de apoio e de comunicação entre os profissionais, receio. Os aspectos macro, meso e micro tiveram importância para o

funcionamento da gestão estratégica do PSF, sendo que os macro (institucionais e legais) não garantiram por si só o seu funcionamento e a sua continuidade, nem os aspectos dos demais níveis de análise. Aspectos interpessoais e subjetivos, como a relação de confiança, que se desenvolveu por meio de círculos de interação social que se reforçaram e que aumentaram progressivamente e com o tempo, fizeram toda a diferença para o funcionamento da gestão estratégica da saúde do município em questão.

Frente a esse debate, considero que as contribuições desta pesquisa se alicerçam nos conhecimentos produzidos sobre a dinamicidade das interações sociais, que aumentam gradualmente com o tempo, auxiliando o desenvolvimento da confiança e da cooperação como elementos, embora centrais, interpessoais e subjetivos para o funcionamento de práticas sociais.

Além disso, tais contribuições também se deram na prática, inclusive pela escolha do método de pesquisa: a pesquisação. Tal método, a partir de ações aparentemente simples, foi um motor gerador e impulsionar de mudanças locais, favorecendo positivamente o funcionamento de um sistema que antes era tido como bem-sucedido e como referência para outros municípios. Em especial, os espaços de diálogo e de troca, gerados ao longo da pesquisa de doutorado, serviram como recurso para esclarecer mal-entendidos e iniciar a (re)construção das relações de cooperação, impactando, direta e positivamente, na prática da gestão estratégica da saúde em nível municipal.

As dificuldades enfrentadas ao longo do doutorado, já mencionadas no Capítulo sobre Método, apresentaram um desafio não só teórico, como prático para a realização deste trabalho. Por exemplo, a dedicação por mais de dois anos em consultas de literaturas de outros temas (Aprendizagem), colocou um limite real de tempo para pesquisar e aprofundar o entendimento sobre o atual tema pesquisado. A distância do campo de pesquisa, a construção gradual dos resultados a partir da necessidade de reformulação da proposta de doutorado

frente às eventualidades, apresentadas pelo município, também representaram desafios.

Assim, sugiro, a título de pesquisas empíricas futuras, aprofundar os significados subjetivos dos atores envolvidos em situações de conflito ou de desenvolvimento da cooperação a fim de compreender, mais minuciosamente, os aspectos micro que atravessam tais situações.

Referências

- Abrahão, J., Sznelwar, L.; Silvino, A., Sarmet, M. & Pinho, D. (2009). Introdução à ergonomia: da prática a teoria. São Paulo: Blucher.
- Almeida, J. G. C. (2011). Planejamento Emergente em Serviços de Saúde: A Experiência Bem-Sucedida do Gerenciamento Estratégico em Pirapora. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG.
- Bateman, T. S., & Snell, S. A. (2006). Administração: construindo vantagem. São Paulo: Atlas.
- Bernardi, L. A. (2008). Manual de Empreendedorismo e Gestão: Fundamentos, Estratégias e Dinâmicas. São Paulo: Atlas.
- Berwig, C. A., Godoi, E., & Ribeiro, A. (2008). Mal-entendidos linguísticos: a interface entre o poder e a polidez na comunicação organizacional. In: Congresso Brasileiro Científico De Comunicação Organizacional e Relaciones Públicas. Belo Horizonte.
- Borges, B. M. (2004). Uma teoria de instituições em declínio: reavaliando saída, voz e lealdade de Hirschman para as instituições internacionais. *Contexto Internacional*, 26(2), 249-286. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-85292004000200001&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0102-85292004000200001.
- Borges, L. O. (1998). Os pressupostos dos estudos do significado do trabalho na Psicologia Social: no caminho do existencialismo. *Revista Vivência*, 12(2), 87-105.
- Borges, L. O., Guimarães, L. A. M., & Souza, S. (2013). Diagnóstico e promoção da saúde psíquica no trabalho. In L. O. Borges, & L. Mourão (Org.), *O trabalho e as organizações: atuações a partir da Psicologia* (pp. 581-6180). Porto Alegre: Artmed.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 52 p. : il. color – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1487-7. Recuperado de <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/manual_estrutura_ubs.pdf>. Acesso em: 18jun. 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40p. ISBN 85-334-0271-6. Disponível em:

- <<http://www.ccs.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/ingles/publicacoes/pacs01.pdf>>. Acesso em: 18 jun.2008.
- Carretero, T. C. O., & Barros, V. A. (2011). Clínicas do trabalho: contribuições da psicossociologia no Brasil. In P. F. Bendassoli, & L. A. P. Soboll (Orgs.), *Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas.
- Carvalho A.L.B., Souza M.F., Shimizu H.E., Senra I.M.V.B., Oliveira K.C. (2012). A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Cienc Saude Colet.*; 17(4):901-11.
- Carvalho, G. (2013). A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*, 27(78), 7-26. Retrieved October 13, 2015, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&tlng=pt.
- Cornwall, A., & Shankland, A. (2013). Engajamento com cidadãos: lições aprendidas na construção do Sistema Único de Saúde. *Psicologia em Revista*, 19(3), 519-542.
- Coughlan, P., & Coughlan, D. (2002). *Action Research: Action Research for Operations Management*. 220-240.
- Dejours, C. (2005). *O fator humano*. Rio de Janeiro, RJ: Editora da Fundação Getúlio Vargas.
- Deslandes, S.F. (2005). *Trabalho de Campo: construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos*. In. Minayo, M.C.S., Assis, S.G.; Souza, E.R. *Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Dimenstein, M., & Traverso-Yépez, M. (2005). Saúde Pública: antecedentes históricos, campos de serviços e práticas no município de Natal-RN. :In L. O. Borges (Org.), *Os Profissionais de Saúde e seu Trabalho* (pp.47-65). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira, A. S. (2004). Competências gerencias para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 69-76. Retrieved October 13, 2015, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100007&lng=en&tlng=pt.
- Gambetta, Diego. (1988). *Trust : Making and Breaking Cooperative Relations*. New York: Blackwell.
- Giles, T. R. (1989). *História do Existencialismo e da Fenomenologia*. São Paulo: EPU.
- Goulart, I. (s/d). *A Psicossociologia e a Educação*. Manuscrito não publicado (Material de aula).
- Guirado, M. (2009). Psicologia Institucional: O exercício da psicologia como instituição. *Interação em Psicologia*, 13(2),323-333.
- Guizardi, Francini Lube, & Cavalcanti, Felipe de Oliveira. (2010). A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(34), 633-646.

- Epub September 17, 2010. Retrieved January 31, 2016, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300013&lng=en&tlng=pt.
- Karsenty L. (2013). (Coord.) *La confiance au travail. Toulouse, Octarès. Cap. 1.*
- Katz, D., & Kahn, R. (1996). *The Social Psychology of Organizations*. New York: Wiley.
- Lave, J. (2011). *Apprenticeship in critical ethnographic practice. Londres: The University of Chicago Press.*
- Leitão, M. L. (1987). Psicossociologia das organizações. Manuscrito não publicado (Relatório apresentado para concurso de professor Associado da Universidade do Porto. Portugal).
- Levy, A. (2001). *Ciências clínicas e organizações sociais – sentido e crise de sentido* (E. D. Galery, M. E. A. T. Lima, N. M. Franco, trans.) Belo Horizonte: Autêntica; FUMEC. (Originalmente publicado em 1997).
- Lewis, D., & Weigert A. (1985). *Trust as a social reality. Social Forces*, 63 (4), 967-985.
- Lhuillier, D. (2014). Introdução à Psicossociologia do Trabalho. *Cadernos de Psicologia Social e Trabalho*, 17(1), 5-19.
- Lima, S. M. V., Machado, M. S., & Castro, A. M. G. (2002). Confiança: modos de produção e principais determinantes no relacionamento entre equipes de pesquisa parceiras. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 2(1), 93-115. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572002000100005&lng=pt&tlng=pt.
- Locher, M. A. (2004). *Power and Politeness in Action: Disagreements in Oral Communication. Berlin: Mouton de Gruyter.*
- Lorenz, E. H. (1988). *Neither friends nor strangers: informal networks of subcontracting in French Industry. In: Gambetta, Diego. (1988). Trust : Making and Breaking Cooperative Relations. New York: Blackwell.*
- Lorino, P. (1997). Métodos e Práticas da Performance: guia da pilotagem estratégica. Instituto Piaget.
- Luhmann, N. (1996). *Confianza*. Mexico: Anthropos.
- Malinowski, B. (1978) *Os Argonautas do pacífico ocidental*. São Paulo: Abril Cultural.
- Marques, R. M., & Mendes, Á. (2002). A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(Suppl.), S163-S171. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700016&lng=en&tlng=pt.
- Marques, R., & Mendes, Á. (2007). Democracia, saúde pública e universalidade: o difícil caminhar . *Saúde e Sociedade*, 16(3), 35-51 . doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000300005>
- McShane & Von Glinow, 2014 – Comportamento Organizacional: Conhecimento Emergente. Realidade Global

- Melo, C. F.; Alchieri, J. C., & Araújo Neto, J. L. (2012). Sistema Único de Saúde: uma avaliação realizada em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Psico-USF*, 17(1), 63-72. Retrieved March 09, 2016, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712012000100008&lng=en&tlng=pt.
- Mendonça, F.M. (2010). Do Planejamento à Ação: teoria e realidade da atividade gerencial nos serviços de Atenção Primária à Saúde – o caso de *Ribeirão das Neves*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Minas Gerais. Título Mestre em Engenharia de Produção, 115p.
- Mourão, L., Borges-Andrade, J., & Gondim, S. M. G. (2013). Formulação e avaliação de programas e projetos. Em: L. O. Borges & L. Mourão (Orgs.). *O trabalho e as organizações: Atuações a partir da psicologia*. (pp 528-556). Porto Alegre: Artmed.
- Neves, R; Paulon, S; De Sousa Severo, A K; Figueiró, R; Brito De Medeiros Galvão, V A; Dimenstein, M; Bravo, Ó; Nardi, H; (2012). A saúde mental no sistema único de saúde do Brasil: duas realidades em análise. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(356-368). Recovered from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79924881011>
- Gambetta, D. (1988). *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*. New York: Blackwell.
- Oliveira, D. P. R. (2004). Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e prática. São Paulo: Atlas.
- Paim, J. S. (2008). Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA.
- Paim, J. S. (2013). A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10), 1927-1936. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00099513>.
- Paiva, C. H. A., & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 21(1), 15-36. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.
- Pereira, W. C. C. (2007). Movimento Institucionalista: principais abordagens. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* (Online), 1, 6-15. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v7n1/v7n1a02.pdf>.
- Peres, P. S.. Comportamento ou instituições? A evolução histórica do neo-institucionalismo da ciência política. *Revista Brasileira Ciências Sociais*, São Paulo, v. 23,n. 68,Oct. 2008. Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092008000300005&lng=en&nrm=iso>. access on 21 May 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092008000300005>.
- Pinto, J. M., & Gerhardt, T. E. (2013). Práticas avaliativas na gestão da Atenção Básica à Saúde: estudo de caso em Camaquã e Canguçu (RS). *Revista de Administração Pública*, 47(2), 305-326.

- Piore, M. J.; Lester, R. K.; Kofman, F. M. & Malek, K. M. (1994). *The Organization of Product Development*. *Industrial and Corporate Change* 3(2): 405-34.
- Ribeiro, R. (2007). *Knowlegde Transfer – Cardiff University (PhD thesis)*.
- Rossi, P.; Freeman, H. (1989). *Evaluación: Un enfoque sistemático*. New York: Sage.
- Sá Júnior, L. A. (2009). Atos de fala e análise do discurso sócio-interacional. *Linguagem* (São Paulo), v. 6, p. 1-10.
- Santos, S. A. (1990). Negociação de projetos tecnológicos nas instituições de pesquisa. *Revista de Administração*, v. 27, n. 1, pp. 41-60.
- Sato, C. T. (2003). Gestão baseada em relações de confiança. *RAE-eletrônica*, v. 2, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v2n1/v2n1a05.pdf>. Acesso em 10/09/2015.
- Sato, L. & Souza, M. P. R. (2001). Contribuindo para Desvelar a Complexidade do Cotidiano Através da Pesquisa Etnográfica em Psicologia. *Psicologia USP*, 12(2), 29-47. Retrieved December 15, 2015, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642001000200003&lng=en&tlng=pt.
- Searle, J. A (1997). *A Redescoberta da Mente*. Tradução Eduardo Pereira e Ferreira – São Paulo, Martins Fontes.
- Sennett, R. (2013). *O artífice*. 4. ed. Rio de Janeiro: Record.
- Severino, A. J. (2007) *Metodologia do trabalho Científico*. ed. São Paulo: Cortez.
- Silva, P. H. M. (2012). *Conhecimento tácito e tipos de julgamento - definição de conteúdos para treinamento de forneiros de metal*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG.
- Taconi, M. F. F. S., Lopes, F. D., Alloufa, J. M. L., & Leite, A. P. R. (2011). Explorando os Geradores da Confiança nas Compras Interorganizacionais. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 10(3), 37-47.
- Taylor, C. (2000). *Argumentos filosóficos*. Rio de Janeiro: Loyola.
- Theret, B. (2001). As instituições entre as estruturas e as ações. *Lua Nova*, São Paulo, n. 58, p. 225-254.
- Theureau, J. 1992 o curso da ação: método elementar método
- Toledo, R. F. & Jacobi, P. R. (2013). Pesquisa-ação e educação: compartilhando princípios na construção de conhecimentos e no fortalecimento comunitário para o enfrentamento de problemas. *Educação & Sociedade*, 34(122), 155-173. Retrieved December 31, 2015, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302013000100009&lng=en&tlng=pt.
- Valentim, I. V. L. & Krueel, A. J. (2007). A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(3), 777-788. Retrieved September 10, 2015, from

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300028&lng=en&tlng=pt.

10.1590/S1413-81232007000300028.

- Vasconcelos, E. M. (2002). *A estrutura básica de projetos de pesquisa em ciências humanas, sociais, saúde coletiva e saúde mental*. In: _____. *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Wenger, E. (2001). *Comunidades de Práticas: Aprendizaje, Significado, Identidad*. Paidós: Iberica Ediciones S. A.
- Wisner, A. (1994). *A Inteligência no Trabalho: textos selecionados de ergonomia*. Tradução de Roberto Leal Ferreira. São Paulo: Fundacentro.
- Zanini, M. T. F. (2005). Relações de confiança nas empresas da nova economia informacional – uma avaliação dos efeitos da incerteza sobre o comportamento organizacional. *Cadernos Ebape.br*, 3(4), 1-21.
- Zucker, L. G. (1986). *Production of trust: Institutional sources of economic structure, 1840-1920*. In: Staw, B., Cummings, L. L. *Research in Organizational Behavior*. Greenwich: JAI Press, 8, 53 – 111.