

GESTÃO PARTICIPATIVA? GRUPOS OPERATIVOS COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE/ASSISTÊNCIA SOCIAL DE UBERABA

Rafael De Tilio

Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender a dinâmica das atividades laborais e de gestão do trabalho de integrantes de equipes multiprofissionais de saúde e assistência social de Uberaba para ressignificar e requalificar suas habilidades técnico-interventivas. Foram realizados 10 encontros (grupos operativos), participando oito profissionais. Entre os temas debatidos, destacaram-se: humanização do atendimento, necessidade de horizontalização das relações entre gestores/profissionais/usuários, e a formação continuada. O principal resultado foi a formulação de novas estratégias de enfrentamento (principalmente reuniões mais frequentes nos serviços de atendimento), pretendendo estreitar o diálogo entre profissionais/gestores/usuários, visando maior autonomia e co-responsabilidade no ambiente de trabalho, processo que apresenta muitas dificuldades e ainda está em construção.

Palavras-chave: gestão, equipes, saúde, assistência social, grupos operativos

COLLABORATIVE MANAGEMENT? OPERATIVE GROUPS WITH HEALTH/SOCIAL ASSISTANCE PROFESSIONALS IN UBERABA

ABSTRACT

The aim of this study was to understand the dynamics of labour and management activities conducted by multidisciplinary team workers of health and social care in Uberaba/Brazil in order to reframe and upgrade their technical and interventional skills. Ten meetings in groups operating mode, with eight participants, were held. Among topics discussed, the highlights were: humanization of care, the need of flattening the relationship between managers/professionals/users and ongoing training. The main result was the formulation of new coping strategies (especially more frequent meetings in the help services) intended to strengthen the dialogue between professionals and managers, thus seeking greater autonomy and responsibility in the workplace, a process that faces many difficulties and is still under development.

Keywords: management, labour teams, health, social assistance, operative groups

GESTIÓN PARTICIPATIVA? GRUPOS OPERATIVOS CON PROFESIONALES DE LA SALUD/ASISTENCIA SOCIAL EN UBERABA

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue comprender la dinámica de las actividades laborales y la gestión del trabajo de miembros de equipos multidisciplinares de atención sanitaria y social de Uberaba/Brasil a replantear y mejorar sus habilidades técnicas-intervencionista. Fueron realizadas 10 reuniones de grupos, con participación de ocho profesionales. Entre los temas tratados, se destacaron: humanización de la atención, la necesidad de aplanamiento de la relación entre los directivos/profesionales/usuarios, y formación continua. El principal resultado fue la formulación de nuevas estrategias de afrontamiento (reuniones más frecuentes en los servicios de ayuda) con intención de fortalecer el diálogo entre los profesionales y directivos que buscan mayor autonomía y responsabilidad en el trabajo.

Palabras clave: equipos de gestión, equipos de trabajo, salud, asistencia social, grupos operativos

FORMAÇÃO PROFISSIONAL CONTINUADA E ENFRENTAMENTO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS

Na atualidade, muito se discute a importância da família e dos serviços e instituições sociais públicos de amparo aos indivíduos, grupos e comunidades em situação de risco ou vulnerabilidade psicossocial como elementos indispensáveis para a manutenção e efetivação dos direitos (Odália, 2004). Trata-se da rede de proteção social especial dos direitos individuais e coletivos. Nesse sentido, são de suma importância as representações e práticas dos diversos profissionais da rede pública de saúde e de assistência social que estão diretamente envolvidos com a gestão e com a prestação de serviços destinados às populações em situações de risco ou de vulnerabilidade psicossocial.

Para Arruda (2002), é essencial compreender quais são as representações sociais (definidas como o conjunto de representações mentais que são construídas e partilhadas por um agrupamento de indivíduos) que sustentam as práticas dos diversos atores e profissionais envolvidos diretamente no enfrentamento da desigualdade, da vulnerabilidade e de situações de risco psicossocial.

Além da importância evidente das intervenções realizadas diretamente com populações vitimadas, em situação de risco ou vulnerável, é imperativo que ações de capacitação e de formação continuada também sejam formuladas e executadas junto aos profissionais que as atende, pretendendo a melhora de qualidade, assertividade e efetividade dos serviços ofertados.

Por isso Siqueira, Abaid e Dell'Aglio (2012) destacam as necessidades tanto de

prestar atendimento imediato aos vitimados quanto capacitar as equipes multiprofissionais que prestam serviço aos indivíduos e grupos socialmente fragilizados ou vitimados, para que estejam cada vez mais aptos e receptivos a trabalharem com as demandas dessas populações e suas particularidades, havendo inclusive necessidade de investimentos (financeiros, infraestruturais, de recursos humanos e de conhecimentos) junto aos profissionais que atuam no acolhimento institucional e na prestação de serviços psicossociais, pois

(...) as crenças negativa em relação às famílias e vítimas, observadas em muitos dos profissionais que atuam nessa área, também devem ser foco de discussão e capacitação para as equipes, de forma que as famílias e indivíduos possam ser valorizados e ajudados nesse processo (Siqueira et al., 2012, p. 186).

Além disso, como discutem Ramos e Teodoro (2012), o oferecimento de subsídios calcados nas reais necessidades desses profissionais pretende qualificar a rede de atendimento e as formas de prevenção da(s) violência(s) e da desigualdade social, entendidas como um fenômeno histórico e contextualmente produzido. Assim, considera-se que o papel desempenhado pela equipe multiprofissional de atendimento é essencial devido à

(...) necessidade de integrar o conhecimento de forma global e interdisciplinar [...] que se respeitam e estejam cientes da importância de todos para trabalharem integralmente com efetividade desde o momento da denúncia dos casos e o acompanhamento social, psicológico e jurídico das vítimas (Ramos & Teodoro, 2012, p. 249).

Ademais, esses profissionais devem estar preparados técnica, psicológica e afetivamente para o contato tanto com as populações em situação de vulnerabilidade e risco psicossocial quanto com os já vitimados, pois os aspectos emocionais e as representações sociais prévias desses profissionais podem interferir negativamente no desempenho de suas funções (relativas ao diagnóstico, tratamento e encaminhamento dos casos).

Há também que se destacar que quando uma (provável ou real) vítima não recebe credibilidade dos profissionais ao relatar que sofreu qualquer tipo de violência ou exclusão ou que esteja em qualquer situação de risco ou vulnerabilidade psicossocial, ela pode acabar duplamente vitimada. Daí a necessidade de considerar as ações de capacitação contínua destes profissionais inseridas em suas rotinas de trabalho como táticas para melhor prevenir, enfrentar e prestar atendimento aos demandantes (Bannwart & Brino, 2012), permitindo a reflexão e o questionamento dos preconceitos, estereótipos e discriminações destes profissionais, possibilitando modificações em suas concepções e ações.

Diante do exposto, mostra-se a importância de ações de capacitação como a que será relatada neste estudo. O projeto de extensão *Estratégias de enfrentamento da violência e da desigualdade social: Grupos operativos e capacitação de profissionais*

da rede de saúde e assistência social de Uberaba, realizado no primeiro semestre de 2013 na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), permitiu que as representações e práticas dos profissionais de equipes multiprofissionais da saúde e assistência social diretamente envolvidas com populações em risco ou vulnerabilidade psicossocial, fossem compreendidas e modificadas para aprimoramento de suas funções (atendimento e gestão do trabalho).

Como estes profissionais são responsáveis por referir, atender e acompanhar populações em situações de risco e vulnerabilidade psicossocial, foi igualmente importante conhecer as principais representações e ações concernentes à prestação dos serviços, atendimentos e intervenções destes junto às populações em situação de risco e vulnerabilidade psicossocial, pretendendo melhor desenvolver e melhor qualificar suas habilidades de referir, tratar e prevenir tais casos. O intuito, portanto, era o de estimular a reflexão desses profissionais acerca das suas representações e ações quando prestam atendimentos e serviços aos demandantes para efetivar a qualidade e humanização no atendimento e na gestão do trabalho.

O objetivo deste estudo foi compreender a dinâmica das atividades laborais e de gestão do trabalho de integrantes de equipes multiprofissionais de serviços públicos de saúde e assistência social de Uberaba para ressignificar e requalificar suas habilidades técnico-interventivas.

MÉTODO

Foram realizados 10 encontros grupais (grupos operativos) com profissionais da saúde e da assistência social de serviços públicos da cidade de Uberaba/MG que lidam com populações em risco ou em situação de vulnerabilidade psicossocial.

PARTICIPANTES

Foram convidados a participar dessa ação todos os profissionais de serviços públicos de atendimento à saúde e assistência social do município de Uberaba/MG vinculados à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SEDS) e à Delegacia de Orientação e Proteção à Família.

Especificamente são os seguintes: Centro de Referência de Assistência à Mulher Vítima de Violência Doméstica (quatro profissionais); Projeto Consultório de Rua, ação especializada da Secretaria Municipal de Saúde em consonância com a SEDS (dois profissionais); Conselho Tutelar I e II (sete profissionais) vinculados à SEDS; Delegacia de Defesa da Mulher, do Idoso e da Criança, vinculado à Delegacia de Orientação e Proteção à Família (seis profissionais). Esses serviços, componentes da rede de proteção social especial, são alguns dos dispositivos municipais de proteção especial aos cidadãos, ou seja, são destinados àqueles (crianças, mulheres, idosos e usuários de álcool e drogas moradores de rua) que tiveram seus direitos individuais ou sociais violados, que procuram, por meio destes serviços, reparações e reinserções familiares e comunitárias, e que contam com a prestação de serviços por parte de profissionais

especializados (principalmente psicólogos e assistentes sociais).

Portanto, os encontros dos grupos operativos com profissionais convidados poderiam ser compostos por 20 integrantes (19 convidados mais o coordenador das atividades), mas por razões expostas adiante, apenas oito convidados participaram efetivamente de todos os encontros.

PROCEDIMENTOS DE COLETA E DE ANÁLISE DOS DADOS

Os profissionais dos serviços de atendimento à saúde e assistência social vinculados à SEDS de Uberaba/MG foram, via carta-convite, convidados a participar de uma primeira reunião para explicitar os objetivos das intervenções. Todos os membros dessas equipes, independente de suas formações profissionais e tempo de atuação, foram convidados a participar, visto que integram a rede municipal de proteção social especial. Também se decidiu que o grupo seria do tipo aberto, ou seja, a qualquer momento os participantes poderiam deixar de frequentá-lo ou novos participantes poderiam ser incluídos.

No primeiro encontro (reunião) realizou-se o levantamento dos temas de discussão pautados nas demandas e necessidades relatados por estes profissionais, ou seja, os temas a serem abordados nos encontros foram decididos mediante interesses e proposições e após negociações entre os participantes – a saber: humanização dos atendimentos, horizontalização das relações entre gestores/profissionais/usuários, formação continuada. Definiu-se que seria realizado um total de 10 encontros quinzenais (incluindo a primeira reunião), às quintas-feiras durante os meses de janeiro a julho de 2013, e cada encontro teria aproximadamente duas horas de duração. O último encontro serviria para resumir o trabalho realizado ao longo dos encontros e destacar os principais pontos discutidos e as construções realizadas pelos participantes durante o processo, mediante os objetivos propostos.

O coordenador dos grupos operativos posicionou-se como observador-participante dos encontros, sendo que as falas dos participantes não foram gravadas, apenas registrando de maneira não-exaustiva em notas de campo as temáticas de discussão escolhidas pelos participantes. Neste sentido, os dados das intervenções foram organizados em torno do sequenciamento dos encontros que refletiam temas específicos (análise de conteúdo temática *a priori*), a saber: humanização do atendimento (do segundo ao quarto encontro), gestão do serviço e horizontalização das relações de poder (quinto ao sétimo encontro), e formação profissional continuada (oitavo e nono encontro).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para as atividades dos grupos operativos foi utilizada uma das salas da Casa dos Conselhos de Políticas Públicas de Uberaba, que possuía espaço físico adequado com cadeiras e mesas disponíveis para as atividades. A utilização desse espaço contou com a anuência e autorização da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SEDS) de

Uberaba.

Escolheu-se trabalhar a partir e com grupos operativos pelo fato dele ser uma estratégia metodológica participava que, para Soares e Ferreira (2007), garante: a participação ativa dos interessados, o envolvimento dos participantes e a otimização do trabalho a ser realizado pelo grupo. Um grupo operativo pode ser definido como um processo ao mesmo tempo dinâmico (pois interativo), reflexivo (pois recai sobre o próprio processo grupal e sobre as representações e ações dos seus participantes) e democrático (pois os temas e as atividades trabalhadas são decididos pelos integrantes do grupo). Como o grupo operativo funciona a partir e em torno de uma tarefa delimitada e preestabelecida decidida pelos participantes (no caso, a discussão sobre uma temática específica), é importante que cada integrante compreenda seu papel no encontro e no grupo (Soares & Ferreira, 2007) a fim de que a tarefa de cada encontro seja concretizada e concluída.

Como as metodologias participativas em Psicologia destacam a importância dos participantes do grupo operativo na escolha e definição dos temas a serem debatidos e suas estratégias de abordagem (respeitando, portanto, os princípios de autonomia e responsabilidade dessa metodologia), o primeiro encontro foi reservado para conhecer tanto os participantes do grupo quanto seus interesses e necessidades, momento essencial para a realização do levantamento dos temas de interesse e discussão a serem trabalhados nos encontros subsequentes.

Primeiro será realizada uma breve descrição do grupo de participantes e posteriormente será descrito o relato da experiência, detalhando os temas e ações ocorridos em cada encontro. Apesar de, após convite inicial via carta-convite para participação em um primeiro encontro (reunião que serviria para melhor precisar os objetivos da ação, sanar eventuais dúvidas) que contou com a presença de todos os convidados, a partir do segundo até o décimo encontro apenas oito profissionais participaram. Os demais, apesar de novamente convidados via contato telefônico a participar, ou não responderam ao novo convite ou responderam, porém sem comparecer aos encontros.

Os profissionais que compõem os serviços convidados e os que participaram regularmente de todos os encontros são os especificados na Tabela 1.

Tabela 1.

Integrantes das Equipes Multiprofissionais de Saúde/Assistência Social Convidados e Participantes dos Grupos Operativos

Serviço	Profissionais integrantes da equipe	Especialidade	Participação nos encontros dos grupos operativos
Centro de Referência de Assistência à	1	Psicologia	Sim
Mulher Vítima de	2	Psicologia	Sim
Violência Doméstica	3	Psicologia	Sim
	4	Psicologia	Sim
Projeto Consultório De Rua	1	Psicologia	Sim
	2	Assistência social	Sim
Conselho Tutelar I e II	1	Assistência social	Sim

	2	Fisioterapeuta	Não
	3	Assistência social	Não
	4	Pedagogia	Não
	5	Pedagogia	Não
	6	Assistência social	Não
	7	Assistência social	Não
Delegacia de Defesa da	1	Direito	Sim
Mulher, do Idoso e da	2	Direito	Não
Criança	3	Direito	Não
	4	Direito	Não
	5	Direito	Não
	6	Direito	Não

Todos os profissionais do Centro de Referência de Assistência à Mulher Vítima de Violência Doméstica e do Projeto Consultório de Rua participaram dos encontros; dos sete integrantes da equipe do Conselho Tutelar I e II e dos seis integrantes da Delegacia de Defesa da Mulher, do Idoso e da Criança, apenas um integrante de cada equipe participou dos encontros.

Em suma, dos 19 profissionais convidados, oito participaram das ações. Dentre eles destaca-se a prevalência de profissionais psicólogos e assistentes sociais em detrimento dos profissionais das áreas de pedagogia, fisioterapia e direito. Isso poderia ser compreendido em parte conforme Carvalho e Cunha (2009) apontam para a dificuldade (no caso, excetuando a fisioterapeuta do Conselho Tutelar) de profissionais com formações divergentes da área de saúde (como o Direito) compreenderem que neste contexto eles são pertencentes ao campo de atuação da saúde, dificultando ações integrativas.

Além disso, conforme comentado pelos participantes dos encontros, são usuais ausências dos profissionais que compõem a rede de serviços municipais públicos de saúde e assistência social de Uberaba, visto que ações de capacitação ofertadas pela Prefeitura Municipal ou por outras entidades (tais como universidades) não são valorizadas nos planos de carreira e progressões funcionais desses profissionais, desestimulando suas participações – isso a despeito do fato de que no primeiro encontro todos foram unânimes em destacar a importância de ações de capacitação profissional e de formação continuada tal como essa.

Em termos de organização e sequenciamento dos encontros, para melhor contextualizar e apresentar essa experiência, será fornecida uma breve descrição do ocorrido em cada uma das dez sessões dos grupos operativos. O primeiro encontro (reunião) ocorreu com a presença de todos os convidados mais o coordenador das atividades, momento no qual foram rerepresentados os objetivos da proposta visando sanar eventuais dúvidas, bem como combinar os locais e horários dos demais encontros que atendessem às demandas e possibilidades dos convidados. Mais significativo do que isso, é importante destacar a função do primeiro encontro do grupo diante das metodologias participativas: levantar, junto aos convidados, temas de interesse que serão trabalhados nos demais encontros, além de definir como seriam estruturados (as tarefas) os demais encontros.

Muitos temas foram sugeridos e, após debate, foram definidos três temas principais de atenção visto que eles eram pertinentes a todos os profissionais das equipes de serviços: humanização da atenção à saúde e das relações de trabalho, gestão do serviço e horizontalização das relações entre gestores/profissionais e profissionais/usuários para melhor funcionamento da rede de serviço de saúde e assistência social, e necessidade de formação profissional continuada e suas relações com desenvolvimento da carreira.

Apesar das imbricações entre os três temas, decidiu-se ainda no primeiro encontro que os encontros seriam iniciados debatendo-se o primeiro dos temas listados. Assim, o segundo, terceiro e quarto encontros foram dedicados à discussão do tema *humanização do atendimento*, pois ele condensava os embates entre quantidade e qualidade dos atendimentos, e os debates seriam orientados a partir da leitura de dois textos sugeridos pelo coordenador – Brasil (2005) e Brasil (2006), textos que apresentam orientações para o atendimento (humanização, escuta ativa, sigilo e respeito) e estruturação (física, gerencial e operacional, tais como descentralização e territorialização dos atendimentos) dos serviços de atendimento de crianças e mulheres vitimadas – que apesar de específicos de um dos serviços convidados a participar, possuem uma parte geral que importa aos demais serviços e profissionais da área de saúde e assistência social.

Há que se destacar que a partir do segundo encontro apenas oito dos convidados mais o coordenador das atividades do grupo operativo passaram a frequentar regularmente os encontros. Nestes três encontros as discussões orbitaram em torno dos seguintes conteúdos: a importância dos serviços como elementos essenciais na implementação e garantia dos direitos fundamentais dos cidadãos usuários da saúde e da assistência social pública; o papel do Estado e dos seus representantes (no caso, os profissionais e gestores da saúde e da assistência social) na prevenção, combate e atendimento da população em situação de risco ou vulnerabilidade social; a importância da multidisciplinaridade visando à oferta eficaz, eficiente e qualificada do atendimento da equipe e da rede de atendimento em saúde e assistência social; e, a mais significativa: as dificuldades de colocar em prática tais preceitos.

Muitos e recorrentes foram os discursos dos participantes de que a rede especial de atendimento não funciona efetivamente como uma rede integrada na qual informações e atendimentos circulam de forma partilhada, complementar e integrada, mas sim como uma série desconexa de atendimentos, o que prejudica a qualidade do serviço ofertado e a humanização dos atendimentos.

Exemplo recorrente dessa desconexão, relatada por um dos participantes, ocorre quando uma mulher procura a Delegacia de Defesa da Mulher para relatar um episódio de vitimação: após a acolhida e procedimentos judiciais necessários, ela é encaminhada ou para o Centro de Referência da Mulher ou para outros dispositivos municipais públicos (portanto, vinculados ao SUS) de saúde e de assistência social a fim de obter atendimentos psicológicos ou benefícios sociais que lhe são de direito.

Nesta etapa reside a desconexão da rede: quando encaminhada para esses serviços, não raro as vítimas necessitam recontar seus episódios de vitimação e, também, não raro, em ambientes e contextos que não lhes preserva a intimidade e sigilo

(a tão citada reavaliação). O correto e ético seria, para Traverso-Yépez e Moraes (2004), garantir que usuários de serviços públicos de saúde e assistência social recebessem todos os atendimentos e benefícios em um único serviço ou que não fossem submetidos à exposição pública em diversos serviços de atendimento, garantindo assim os preceitos de acolhimento, intervenção qualificada e empoderamento que sustentam a humanização do atendimento.

Outro exemplo trazido por um dos participantes do grupo relacionado à atuação dos profissionais é a excessiva carga de trabalho (de atendimentos diários que devem cumprir para atingirem metas) a qual estão submetidos. Conforme destacam Simões, Rodrigues, Tavares e Rodrigues (2007), as contradições entre a quantidade e qualidade de atendimentos ofertados em serviços de saúde são restrições e dificuldades reais enfrentadas pelos profissionais, ainda mais quando se considera que durante muitas décadas a orientação majoritária das políticas públicas de saúde e assistência social destacou a quantidade em detrimento da qualidade dos atendimentos – justamente essa é a lógica combatida pela política nacional de humanização em vigor desde 2004.

Todavia, os participantes dos encontros relataram que ainda sofrem cotidianas pressões por parte dos seus gestores imediatos para cumprir metas quantitativas de atendimentos, levando tanto à rotatividade dos postos de trabalho quanto aos adoecimentos físicos e mentais. Dentre os participantes dos encontros é recorrente o seguinte discurso e preocupação: como ofertarão atendimento humanizado se eles próprios trabalham em condições que não são humanizadas?

É significativo pontuar que três encontros foram dedicados a essa discussão, tamanha a complexidade desse tema e as demandas e dificuldades vivenciadas na prática por esses profissionais. Para tentar minimizar os efeitos dessas dificuldades pertinentes a todos, após muito debate e troca de experiências, os participantes decidiram após propostas e negociações (por exemplo, um participante fazia uma proposta de enfrentamento que poderia ou não ser respaldada pelos demais) pelas seguintes estratégias junto aos seus gestores e usuários dos serviços: produção de relatórios de atividades semanais (e não mensais), a fim de melhor visibilizar a excessiva carga e jornada de trabalho às quais estão submetidos e produzirem, também intencionando maior visibilidade, campanhas de divulgação e folhetos (construídos de maneira coletiva e colaborativa no quarto encontro) nos quais constem todas as atividades que realizam em determinados serviços.

Na parte final do quarto encontro os participantes decidiram que gostariam de abordar outro tema, e decidiram debater no quinto, sexto e sétimo encontros tema correlato ao que vinha sendo discutido, mas sob outra perspectiva: a *gestão do serviço* e a necessidade de maior horizontalização das relações entre gestores/profissionais e profissionais/usuários.

Para tanto, outros dois textos foram sugeridos pelo coordenador das atividades para fundamentar os relatos de experiência dos participantes – os de Pasche, Passos e Hennington (2011) e de Spink e Matta (2010), que versam sobre a atuação dos profissionais mediante a política nacional de humanização no atendimento em saúde (ou seja, a horizontalização das relações de poder travadas entre profissionais e usuários da saúde e, fundamentalmente, entre os profissionais e gestores) e sobre a necessidade de

maior co-participação dos profissionais na gestão e gerência da atenção à saúde.

Grande parte do quinto encontro foi reservada para a leitura dos textos sugeridos, cujas cópias foram disponibilizadas naquele momento aos participantes. Os participantes foram divididos em dois grupos e cada um ficou responsável por, no próximo encontro, apresentar a leitura para os colegas do outro subgrupo e trazer exemplos da prática profissional que ilustrassem tanto os entraves relatados no texto lido quanto propostas de enfrentamento a essas dificuldades. Essa sugestão de atividade (tarefa) foi uma opção interessante diante da constantemente referida excessiva carga de trabalho e indisponibilidade de tempo para realização de outras atividades. Assim, no sexto encontro, os subgrupos apresentaram na seguinte ordem:

(a) *Os conteúdos dos textos*; dentre eles destaca-se o enfrentamento aos problemas relacionados à gestão e práticas de atenção que correlacionam gestores/profissionais e profissionais/usuários. Conforme destacam Pasche et al. (2011), princípios fundamentais do sistema único de saúde (tal como democratização, controle social e universalização dos serviços) só serão atingidos e se mostrarão eficazes quando houver horizontalização das relações entre os atores envolvidos. Para tanto, conforme enfatizam esses autores, isso só ocorrerá quando houver alteração efetiva no cotidiano de trabalho, construindo condições para um trabalho com sujeitos protagonistas (tanto os profissionais quanto os usuários) autônomos e co-responsáveis por suas ações e decisões. Spink e Matta (2010) abordam a mesma questão da horizontalização das relações de poder enfatizando a necessidade de alterar os processos decisórios e a participação dos atores, destacando a função que os conselhos e as assembleias locais podem assumir nessa sistemática;

(b) *Exemplos de situações profissionais ilustrativas das dificuldades apontadas pelos autores dos textos*, amplamente debatidos no sexto encontro. Neste momento da discussão, os participantes enfatizaram situações nas quais, mesmo contrários e as considerando equivocadas, foram obrigados a acatar decisões de superiores e gestores por força da hierarquia. Dois dentre muitos exemplos referidos pelos participantes são ilustrativos.

O primeiro, fornecido por um dos integrantes do *Projeto Consultório de Rua*, menciona que em uma das intervenções (ocorridas em espaços públicos com usuários de drogas ou com moradores de rua segundo a proposta da redução de danos) (Sundfeld, 2010) encontraram um usuário muito machucado e decidiram levá-lo a uma unidade básica de saúde que, por sua vez, não lhe ofereceu acolhida e tratamento porque o sujeito não possuía documento de identificação; mesmo que as profissionais que acompanhavam o sujeito alertassem que negar atendimento a quem não possuísse documento de identificação configurava crime, o atendimento foi negado pelos profissionais e pelo gestor da unidade, sendo necessário procurar outro serviço que prestasse o cuidado necessário ao sujeito. A situação (e o atendimento) seria facilmente resolvida se os profissionais e o gestor da unidade que negaram atendimento tivessem cumprido a lei e/ou atentado para as premissas da humanização do atendimento, talvez desconhecidas por eles.

O segundo exemplo foi fornecido por uma das escrivãs da *Delegacia de Defesa da Mulher, do Idoso e da Criança*. Em um final de semana no qual ela e outra escrivã

estavam de plantão, um homem travestido de mulher procurou a delegacia para se queixar de uma agressão cometida por seu companheiro, um homem com o qual residia há poucos meses, requerendo que se fizesse cumprir a Lei Maria da Penha. A outra escrivã, após longa conversa e mesmo aparentemente tocada pela reclamação da travesti, informou que infelizmente não poderia lavrar boletim de ocorrência pautado na Lei Maria da Penha, posto que essa lei se aplicava somente às vítimas do sexo feminino, o que não era o caso, e que nada poderia fazer diante dessa situação. A participante que forneceu o exemplo corrigiu a escrivã dizendo que, contudo, seria possível instaurar boletim de ocorrência devido às lesões corporais da travesti, mas não compreendeu e inquiriu a escrivã porque ela não levantou essa hipótese, visto que pelo menos assim o requerente poderia buscar seus direitos. Após breve discussão entre elas, o delegado de plantão deu razão à escrivã que dispensara a vítima, alegando que um homem que se veste de mulher e que apanha de outro homem não precisa e nem deveria recorrer à polícia para resolver assuntos pessoais concernentes às suas “perversões sexuais”.

O estarecimento é evidente, pois tal episódio ocorreu em pleno 2013 e a polícia negou cumprir um dos seus papéis, que é o de atuar na proteção (dos direitos) dos cidadãos, quaisquer que sejam – daí a necessidade de discutir e implementar a humanização (e fazer cumprir a legalidade) nos atendimentos.

(c) *Propostas de enfrentamento dessas dificuldades que modifiquem em curto prazo a realidade do serviço ao qual estavam vinculados*, sendo essa a tarefa a ser desenvolvida no sétimo encontro. Os participantes destacaram de maneira quase unânime a dificuldade dos gestores ou superiores hierárquicos tanto em reconsiderarem decisões anteriores (mesmo que equivocadas) quanto considerarem os argumentos, opiniões e sugestões dos demais membros da equipe multiprofissional, seja na formulação, seja no desenvolvimento/implementação de ações interventivas.

Aliás, conforme bem destacam Paes, Schimith, Barbosa e Righi (2013), esse parece ser o maior entrave relacionado à horizontalização das relações entre gestores/profissionais e profissionais/usuários nos serviços de saúde e/ou assistência social: em muitos serviços os gestores não são especialistas em saúde, assistência social ou gestão e ocupam cargos (de gestão) devido a indicações políticas, o que pode dificultar o diálogo entre os atores envolvidos. Ainda para esses autores, por vezes, mesmo quando os gestores são especialistas na área de saúde, a hierarquia real e simbólica do cargo que ocupam ou suas preconceções e crenças também podem dificultar o diálogo com os demais membros da equipe multiprofissional.

Isso considerado, os participantes decidiram por solicitar com maior frequência reuniões com os gestores e assembleias com os usuários nas próprias unidades em que atuam (e não nas secretarias municipais), pretendendo maior proximidade e sensibilização entre gestores, profissionais e usuários diante das condições de trabalho às quais estão submetidos. Um dos efeitos dessa postura foi que os gestores e equipes do *Conselho Tutelar I e II* e do *Projeto Consultório de Rua* passaram a se reunir semanalmente ao invés de quinzenalmente como era a regra. Mas, pensando em ações futuras, essa estratégia necessita ser ampliada, haja vista que as assembleias com os usuários ainda são pouco realizadas nos serviços aos quais os participantes estão vinculados.

Essas questões suscitaram dentre os participantes a necessidade de discutir as ações formativas continuadas que pretendem melhorar a qualidade do atendimento e do trabalho. Portanto, o oitavo e nono encontros foram reservados para a discussão sobre *formação profissional continuada* e suas relações com desenvolvimento da carreira e com prática humanizada de atendimento.

Ao contrário dos encontros anteriores, esses não partiram de textos prévios para a discussão, mas apenas do relato das experiências profissionais dos participantes. Os argumentos mais referidos pelo grupo destacaram o desestímulo às ações de capacitação e formação continuada oferecidas/sugeridas pelos gestores municipais, alegando ou que elas não condiziam com suas expectativas e necessidades imediatas, ou que elas ocorriam após o horário de trabalho ou aos finais de semana (dificultando a participação), ou que elas pouco ou nada contavam em suas progressões funcionais.

Ferreira e Kurcgant (2009), ao se referirem à capacitação profissional de enfermeiros de complexos hospitalares, apresentam argumentos coincidentes aos dos profissionais participantes deste relato: apesar da capacitação profissional ser enfaticamente requerida pelos gestores, nem sempre as condições de oferecimento são adequadas, sendo que por vezes esses profissionais precisam ou participar de cursos e eventos que ocorrem fora do horário do expediente (no período noturno ou aos finais de semana) mas que se somam à jornada de trabalho, ou necessitam pagar (sem qualquer incentivo por parte dos seus empregadores) por cursos de qualificação.

Outra reclamação constante por parte dos participantes dos encontros dos grupos operativos é de que apesar de serem estimulados (ou forçados) a participar de ações de formação continuada, isso não se reflete na carreira (impactos financeiros, estímulos ou incentivos na progressão funcional), visto que na maioria dos serviços não há plano de carreira estabelecido.

Não raro, os participantes revelam que participam dessas ações ou para cumprir com ordens hierárquicas, ou para diminuir mesmo que provisoriamente a carga de trabalho (quando as capacitações ocorrem inseridas na jornada normal de trabalho), ou mesmo para encontrarem colegas. Perdem-se, portanto, ótimas oportunidades de entrelaçar interesses individuais e sociais por meio de ações formativas que efetivamente correspondam às reais demandas dos serviços em saúde e/ou assistência social (Ferreira & Kurcgant, 2009). Os participantes relatam que os gestores se esquivam dessa discussão (obrigatoriedade da formação continuada *versus* pertinência na progressão funcional) alegando que ela não lhes compete, devendo ser discutida em outro âmbito (nos colegiados do Poder Legislativo municipal e estadual).

Em suma, as reclamações recaem na cobrança sem incentivos por qualificação constante. Essa falta de políticas (formativas/capacitadoras e de progressão funcional/profissional) é uma das principais causas da diminuição do interesse e dedicação no próprio trabalho, dos adoecimentos e da rotatividade nos postos de trabalho (Ribeiro & Martins, 2011). Assim, são perfeitamente compreensíveis os relatos dos participantes dos grupos operativos de colegas que solicitam afastamentos por motivo de saúde, que pedem recorrentes transferências de setores ou que simplesmente abandonam seus cargos e empregos.

Todavia, isso aliado à esquivas dos gestores públicos em lutarem por mudanças

na carreira dos profissionais da saúde/assistência social não se reflete num questionamento e numa luta coesa e organizada em busca de melhores condições de trabalho. Ao contrário, a sensação de apatia e de impossibilidade de mudanças parece ser a regra, e é amplamente referida pelos participantes nos encontros.

Pocinho e Perestrelo (2011), ao comentarem a profissão docente, fornecem uma explicação plausível para essa apatia: a consideração de que a docência (e, na experiência relatada, as profissões da saúde e de cuidados com outrem) historicamente no Brasil foi menos aproximada a uma especialidade, e uma profissão é mais aproximada à inclinação pessoal (dom) ou de gênero (feminino).

Dada a complexidade deste tema e ao contrato previamente estabelecido com os participantes (de que seriam realizados 10 encontros) esse tema não foi continuado, mas como se pode ver no décimo encontro, reservado a uma discussão sobre o conjunto dos encontros, ele pode ter surtido efeitos ainda que iniciais: alguns participantes relataram que contataram seus gestores ou representantes sindicais para discutirem as relações entre formação continuada e seus impactos na carreira profissional – todavia, ainda não temos elementos para tecer maiores comentários sobre isso.

O décimo encontro serviu para que os participantes destacassem os pontos positivos e negativos do conjunto de encontros dos grupos operativos. O principal ponto positivo relatado foi a possibilidade de reflexão acerca da própria atuação profissional e de alguns de seus condicionantes e possibilidades de mudança; em contrapartida, o principal ponto negativo foi a baixa participação de profissionais que compõem a rede municipal de atenção especial à saúde e assistência social.

Também foi sugerido que os gestores poderiam ter sido convidados para os encontros dos grupos operativos, pois muitas das questões tratadas nos encontros lhe são pertinentes – nesse momento, o coordenador das atividades informou que os gestores dos serviços foram convidados, mas nenhum deles retornou o convite, talvez sendo essa a mais destacada limitação desta intervenção.

Considerando o exposto, considera-se que essa intervenção esteve fundamentada em uma abordagem teórico-metodológica que compreende o(s) sujeito(s) participantes a partir de sua inserção num contexto social, histórico e cultural específico. Esse sujeito individual e/ou coletivo é compreendido como ator social e protagonista da sua história com capacidade de transformação social – ele é influenciado pelo contexto em que vive ao mesmo tempo em que influencia essa realidade.

Todavia, para que seja efetivamente um agente de transformação da sua realidade e de outrem, determinadas condições devem existir, dentre as quais se destacam os espaços sociais coletivos (grupos) que possibilitem reflexão e participação nos processos de tomada de decisão que dizem respeito às suas condições de existência (Silva, 2002; Simon, 2003). No caso em apreço, a participação ativa desses profissionais em grupos operativos insere-se nos moldes das metodologias participativas em psicologia que compreendem o “(...) emprego de métodos e técnicas que possibilitem e facilitem aos integrantes de um grupo vivenciar seus sentimentos e percepções sobre determinados fatos ou informações, refletindo sobre eles e ressignificando seus conhecimentos e valores e perceber as possibilidades de mudanças” (Silva, 2002).

Para Soares e Ferreira (2007), as metodologias participativas pretendem, por meio da realização e fortalecimento dos grupos, a otimização do trabalho, a participação ativa e o envolvimento dos participantes num processo ao mesmo tempo dinâmico, reflexivo, democrático e transformador, permitindo o rompimento de estereótipos e repetições que influenciam suas condutas e ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se que as demandas dos profissionais estiveram concentradas nas dificuldades de relacionamento com os gestores imediatos, o que dificulta a consolidação de uma gestão participativa e colaborativa em consonância ao preconizado pelas atuais políticas públicas em saúde e assistência social – sendo que gestão participativa significa a democratização (incluindo gestores, profissionais e usuários da rede de proteção social) dos processos deliberativos e decisórios, instaurando a co-gestão e co-responsabilização desses serviços.

Isso fica evidente na excessiva carga de trabalho, no estabelecimento de metas de produtividade e atendimento, na não disponibilização de canais eficazes de negociação com os gestores, na não participação da formulação de agendas de ações e nos processos decisórios, e no aumento da insatisfação com o próprio emprego. Todos esses quesitos comprometem a qualidade dos atendimentos e das relações humanizadas no e pelo trabalho.

Contudo, mesmo diante dessas limitações, os participantes propuseram ações para tentar reverter esse quadro, sendo que algumas se mostraram mais eficazes que outras, mas todas tentaram atacar a elevada, cristalizada e acentuada hierarquização nas relações entre gestores/profissionais e profissionais/usuários dos serviços. É imperativo que esses profissionais sintam-se e sejam participantes ativos das ações em saúde e assistência social, e não meros executores – essa é a potencialidade pretendida por essa intervenção (calcada em metodologias participativas que estimulam o protagonismo dos participantes), ou seja, questionar práticas vigentes e instaurar novos modelos de atenção/atendimento e organização/gestão do trabalho no contexto da saúde e da assistência social.

Trata-se, portanto, de uma lenta, porém significativa, construção de uma cultura de participação e de gestão do e no trabalho, que envolve a capacidade de protagonismo coletivo dos agentes, incluindo seus fazeres e saberes cotidianos. Essa foi a orientação ética da ação aqui relatada, que deve ser compreendida como um início, e não como um fim em si mesmo.

REFERÊNCIAS

- Arruda, A. (2002). Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos de Pesquisa*, 117, 127-147.
- Bannwart, T. H., & Brino, R. F. (2012). Maus-tratos contra crianças e adolescentes e o

- papel dos profissionais de saúde: Estratégias de enfrentamento e prevenção. In L. F. Habigzang, & S. H. Koller (Orgs.), *Violência contra crianças e adolescentes: Teoria, pesquisa e prática* (pp. 255-265). Porto Alegre: Artmed.
- Brasil. Secretaria Especial de Políticas Para as Mulheres. Presidência da República. (2005). *Enfrentando a Violência Contra a Mulher: Orientações Práticas Para Profissionais e Voluntários*. Brasília-DF. Recuperado de <<http://www.spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2007/enfrentando-violencia.pdf>>
- Brasil. Secretaria Especial de Políticas Para as Mulheres. Presidência da República. (2006). *Norma Técnica de Uniformização: Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência*. Brasília-DF. Recuperado de <<http://www.spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2006/crams.pdf>>
- Carvalho, S. R., & Cunha, G. T. (2009). A gestão da atenção à saúde: elementos para se pensar a mudança e a organização na saúde. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior, & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp.837-868). São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz.
- Ferreira, J. C. O. A., & Kurcgant, P. (2009). Capacitação profissional do enfermeiro de um complexo hospitalar de ensino na visão de seus gestores. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 31-36.
- Odália, N. (2004). *O que é violência*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Paes, L. G., Schimith, M. D., Barbosa, T. M., & Righi, L. B. (2013). Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 11(2), 395-409.
- Pasche, D. F., Passos, E., & Hennington, E. A. (2011). Cinco anos da política nacional de humanização: Trajetória de uma política pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4541-4548.
- Pocinho, M., & Perestrelo, C. X. (2011). Um ensaio sobre *burnout*, *engagement*, e estratégias de *coping* na profissão docente. *Educação e Pesquisa*, 37(3), 513-528.
- Ramos, M. da S., & Teodoro, M. L. M. (2012). A importância da capacitação dos profissionais que trabalham com vítimas de violência na infância e na adolescência. In L. F. Habigzang, & S. H. Koller (Orgs.), *Violência contra crianças e adolescentes: Teoria, pesquisa e prática* (pp. 242-254). Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, S. F. R., & Martins, S. T. F. (2011). Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. *Psicologia em Estudo*, 16(2), 241-250.
- Silva, R. C. (2002). *Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania*. São Paulo: Vetor.
- Simões, A. L. de A., Rodrigues, F. R., Tavares, D. M. S., & Rodrigues, L. R. (2007). Humanização na saúde: Enfoque na atenção primária. *Texto e Contexto Enfermagem*, 16(3), 439-444.
- Simon, C. P. (2003). *Promoção de saúde na comunidade: Análise de relatos de experiências na literatura sob a perspectiva da Psicologia Crítica*. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

- Siqueira, A. C., Abaid, J. L. W., & Dell’Aglío, D. D. (2012). Famílias e instituições de acolhimento: Interfaces entre risco e proteção. In L. F. Habigzang, & S. H. Koller (Orgs.), *Violência contra crianças e adolescentes: Teoria, pesquisa e prática* (pp. 176-189). Porto Alegre: Artmed.
- Soares, S. M., & Ferreira, A. F. (2007). Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: Sistematização de fundamentos e metodologias. *Revista de Enfermagem, 11(1), 52-57*.
- Spink, M. J. P., & Matta, G. C. (2010). A prática profissional psi na saúde pública: Configurações históricas e desafios contemporâneos. In M. J. P. Spink (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS – prática profissional e produção acadêmica* (pp. 25-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sundfeld, A. C. (2010). Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: Relato de uma experiência. *Physis, 20(4), 1079-1097*.
- Traverso-Yépez, M., & Morais, N. A. (2004). Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: Para uma humanização do atendimento. *Cadernos de Saúde Pública, 20(1), 80-88*.

Sobre o autor

Rafael De Tilio é doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo e professor adjunto da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

E-mail de correspondência com o autor: rafaeldetilio@ielachs.uftm.edu.br

Submissão: 02/10/2013
1ª reformulação: 20/10/2013
Aceite final: 05/11/2013