



**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNA**  
**INSTITUTO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA, PESQUISA E EXTENSÃO**  
**MESTRADO EM GESTÃO SOCIAL, EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO LOCAL**

**PROCEDIMENTOS DE GESTÃO SOCIAL**  
**NA ESCUTA QUALIFICADA:**  
**elementos para um programa de formação continuada em serviço**  
**de saúde**

**Jader Sebastião Raimundo**

**Belo Horizonte - MG**

**2011**



**Jader Sebastião Raimundo**

**PROCEDIMENTOS DE GESTÃO SOCIAL  
NA ESCUTA QUALIFICADA:**

**elementos para um programa de formação continuada em serviço  
de saúde**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local do Centro Universitário UNA, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Inovações Sociais, Educação e Desenvolvimento Local.

Linha de pesquisa: Processos Político-Sociais - Articulações Institucionais e Desenvolvimento Local (Ênfase em Gestão Social).

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Matilde Meire Miranda Cadete.

**Belo Horizonte – MG**

**2011**

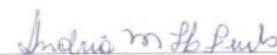
## FOLHA DE APROVAÇÃO

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNA  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA, PESQUISA E EXTENSÃO  
MESTRADO EM GESTÃO SOCIAL, EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO  
LOCAL

Dissertação intitulada “PROCEDIMENTOS DE GESTÃO SOCIAL NA ESCUTA QUALIFICADA: elementos para um programa de formação continuada em serviço de saúde”, de autoria do mestrando JADER SEBASTIÃO RAIMUNDO, aprovada pela banca examinadora, constituída pelos seguintes professores:

  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Matilde Meire Miranda Cadete (Orientadora) – UNA

  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Eliane Marina Palhares Guimarães – UFMG

  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Andréa Márcia Santiago Lohmeyer Fuchs – UNA

  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Lucília Regina de Souza Machado  
Coordenadora do Mestrado em Gestão  
Social, Educação e Desenvolvimento Local

Belo Horizonte, 24 de Fevereiro de 2011



A meu pai, já falecido, e a minha mãe, que, apesar de toda simplicidade do mundo, me tornaram um vencedor. Com muita determinação e perseverança apontaram-me os caminhos da conquista e do esforço pessoal na busca de um futuro melhor.

A meus sobrinhos, talvez minha maior fonte de orgulho e paixão de viver, todo o meu carinho; e que continuem espelhando-se nas dicas do tio quanto a seus estudos.



## AGRADECIMENTOS

---

A **DEUS**, sempre, pela minha vida, pela minha saúde e pelas oportunidades de crescimento pessoal e profissional.

À minha orientadora, Professora Dr<sup>a</sup>. Matilde Meire Miranda Cadete, que, com perseverança tranquila e máxima competência, ensinou-me a desenvolver este trabalho, como também a beleza e humildade de um coração esplendoroso com que ela sempre me tratou.

A todos os professores do mestrado, que sempre se disponibilizaram a me auxiliar em todos os momentos em que foram solicitados, como também aos colegas dessa segunda turma do mestrado.

Às minhas “maravilhosas” amigas do mestrado, Janaína Soares Tizzoni, Maria Janete Velten e Lenise Vieira de Souza, que de forma prestimosa socorreram aos meus pedidos em um especial momento de muito sofrimento e que foram e sempre serão importantes na minha vida. Obrigado a todas, sempre.

A todos os colegas e profissionais de saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), principalmente aos do Ambulatório Bias Fortes, que me apoiaram e incentivaram nessa longa e árdua jornada. O apoio destes foi decisivo para a sequência e conclusão deste trabalho.

Aos meus pais, especialmente a minha mãe, irmãos e sobrinhos, minha alegria de vida. Sem vocês, talvez, jamais teria chegado até aqui.



Enquanto qualquer pessoa, na qualidade de cidadão, não puder receber adequada assistência e saúde quando dela necessitar, o SUS não terá cumprido o seu papel e o Estado continuará em débito com a sociedade.

Carvalho e Santos (2001).



## RESUMO

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta, além de outros princípios, o acolhimento, a escuta qualificada e a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Entretanto, a PNH vem passando por uma série de desafios com vistas à operacionalização de mudanças nas práticas de gestão e de atenção. Assim, destaca-se, neste trabalho, a escuta qualificada como ferramenta de gestão para institucionalizar um trabalho de transformação que possibilite o encaminhamento de soluções mais eficazes e eficientes na assistência de saúde. Nesse contexto, esta pesquisa objetivou verificar, por meio de relatos dos profissionais da saúde, o que é escuta qualificada e o que deve conter um programa institucional de formação em serviço voltado para o desenvolvimento das capacidades dos profissionais da saúde de realizar escutas qualificadas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que teve como cenário para o seu desenvolvimento o Ambulatório Bias Fortes do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e como sujeitos seis profissionais de saúde que responderam a quatro questões norteadoras da entrevista. Esta teve como fundamentação para sua análise a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados da análise desvelaram que as práticas relativas ao uso da escuta qualificada em saúde no contexto da gestão (gestores, usuários e profissionais) ainda são incipientes; evidenciaram que os trabalhadores do ambulatório anseiam por mudanças, baseadas no modelo de cogestão democrático e participativo, com equalização de poder entre o gestor e os trabalhadores da saúde; que os profissionais aspiram a práticas consistentes de liderança e a imensa necessidade de formação continuada por meio de capacitação para construção coletiva para a escuta qualificada e, portanto, para o acolhimento. O estudo mostrou, também, as perspectivas de realização profissional com métodos democráticos de organização dos processos produtivos e gerenciais. Os resultados obtidos ressaltam a implementação de estratégias, como a da gestão social na Política Nacional de Humanização, que contribuirá para um novo olhar e saber-fazer dos profissionais pautados no modelo de atendimento centrado no usuário. Desta forma, poderão desenvolver assistência mais humanizada, acolhedora e participativa, com escuta afinada, de modo a possibilitar o alcance do ideário de saúde para todos, com garantia de atenção de qualidade e de efetividade de uma verdadeira gestão mais social.

Palavras chave: Escuta qualificada. Acolhimento. Gestão social.



## ABSTRACT

The National Policy of Humanization (PNH) of the Unified Health System (SUS) provides, among other principles, the reception, the qualified hearing and the valorization of different fellows involved in the process of health production: users, employees and managers. However, the PNH has been undergoing to a series of challenges aimed at the operationalization of changes in management practices and attention. Thus, it stands out in this work, the qualified hearing as a management tool to institutionalize the work of transformation that enables the delivery of more effective and efficient solutions in health care. In this context, this study is to verify, through reports from health professionals, what is qualified hearing and what should an institutional program of in-service training aimed at developing the skills of health professionals to be able to realize qualified hearings. This is a qualitative study which had its setting for the development the outpatient hospital of Bias Fortes from Federal University of Minas Gerais and six subjects as health professionals who responded to four questions guiding the interview. This had to ground its analysis by the technique of Collective Subject Discourse. The results of the analysis unveiled that the practices regarding the use of qualified hearing health in the context of management (managers, professionals and users) are still incipient; showed that the clinic workers yearn for changes, based on the model of co-management, democratic and participatory, with equalization of power between managers and health workers; health professionals aspire to practice consistent leadership, and the overwhelming need for continued education through training for community building to listening skills, and, therefore, for the reception. The study also showed the prospects for achieving professional and democratic methods of organization of productive processes and management. The results point to the implementation of strategies such as social management in the National Policy of Humanization, which will contribute to a new look and know-how of professional services defined within the user-centered. This way they can develop a more humanized care, friendly and participatory, with a hearing tuned in order to enable the achievement of the ideals of health for all, with a guarantee of quality care and the effectiveness of a real management even more social.

Keywords: Qualified hearing. Reception. Social management.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

---

### **Figuras**

|   |    |
|---|----|
| FIGURA 1 Diagrama tecnoassistencial do acolhimento..... | 48 |
|---|----|

### **Quadros**

|  |     |
|--|-----|
| QUADRO 1 Principais conceitos e ênfases de estudiosos sobre a gestão social.....                           | 34  |
| QUADRO 2 Estratégias para escutar.....   | 44  |
| QUADRO 3 Desenvolvimento do Instrumento de Análise de Discurso – 2 (IAD-2): escuta.....                    | 65  |
| QUADRO 4 Desenvolvimento do Instrumento de Análise de Discurso – 2 (IAD-2): escuta qualificada.....        | 71  |
| QUADRO 5 Desenvolvimento do Instrumento de Análise de Discurso – 2 (IAD-2): percepção.....                 | 80  |
| QUADRO 6 Desenvolvimento do Instrumento de Análise de Discurso – 2 (IAD-2): procedimentos do programa..... | 87  |
| QUADRO 7 Exposição de categorias de análise baseadas na observação do ABF.....                             | 113 |



## LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

---

|      |  |
|------|--|
| ABF  | Ambulatório Bias Fortes                    |
| AC   | Ancoragem                                  |
| DSC  | Discurso do Sujeito Coletivo               |
| EBAP | Escola Brasileira de Administração Pública |
| EHC  | Expressões-chave                           |
| HC   | Hospital das Clínicas                      |
| IAD  | Instrumento de análise de discurso         |
| IC   | Ideia central                              |
| MS   | Ministério da Saúde                        |
| PEGS | Programa de Estudos em Gestão Social       |
| PNH  | Política Nacional de Humanização           |
| RH   | Recursos Humanos                           |
| SUS  | Sistema Único de Saúde                     |
| UFMG | Universidade Federal de Minas Gerais       |



## SUMÁRIO<sup>1</sup>

|  |    |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO.....  | 13 |
| 1.1 Objeto da pesquisa.....  | 13 |
| 1.2 Humanização da assistência à saúde.....  | 16 |
| 1.3 Objetivos.....   | 28 |
| 1.3.1 Objetivo geral.....  | 28 |
| 1.3.2 Objetivos específicos.....   | 28 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO.....   | 29 |
| 2.1 Gestão social: um breve histórico.....   | 29 |
| 2.2 Gestão social na saúde: conceitos.....   | 32 |
| 2.3 Gestão social: inovação em política de saúde – procedimento a ser<br>aprendido.....    | 35 |
| 2.4 A escuta qualificada: entendendo a ferramenta de gestão.....                           | 40 |
| 2.5 Acolhimento nas ações de produção de saúde: nova tecnologia.....                       | 45 |
| 3 METODOLOGIA.....   | 55 |
| 3.1 Bases do estudo.....   | 55 |
| 3.2 Aspectos éticos.....   | 58 |
| 3.3 Caracterização do local da pesquisa.....   | 58 |
| 3.4 Os sujeitos da pesquisa.....   | 59 |
| 3.5 O desenvolvimento da pesquisa.....   | 59 |
| 3.6 Análise dos dados.....   | 60 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....  | 65 |
| 4.1 O significado de escutar.....  | 67 |
| 4.2 Compreensão da escuta qualificada na visão dos profissionais de<br>saúde.....          | 73 |
| 4.3 Percepções dos profissionais de saúde relativas à escuta na atenção<br>ao usuário..... | 82 |
| 4.4 Procedimentos de gestão social como plano estratégico do saber-fazer.                  | 89 |

---

<sup>1</sup> Este trabalho foi revisado de acordo com as novas regras ortográficas.



|   |     |
|---|-----|
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....                             | 98  |
| 6 ELABORAÇÃO DE PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO.....            | 102 |
| 6.1 Introdução.....                                     | 102 |
| 6.2 Referencial Teórico.....                            | 104 |
| 6.2.1 Intervenção como estratégia de articulação.....   | 105 |
| 6.2.2 O “saber-fazer” como conteúdo procedimental.....  | 107 |
| 6.3 Objetivos.....                                      | 110 |
| 6.3.1 Objetivo geral.....                               | 110 |
| 6.3.2 Objetivos específicos.....                        | 110 |
| 6.4 Metodologia/ ação.....                              | 111 |
| 6.4.1 População local.....                              | 111 |
| 6.4.2 Das estratégias e métodos a serem utilizados..... | 112 |
| 6.4.3 Planejamento – oficinas.....                      | 113 |
| 6.4.4 Sistematização do acolhimento.....                | 118 |
| 6.5 Resultados esperados.....                           | 119 |
| 6.6 Comentários.....                                    | 122 |
| REFERÊNCIAS.....  | 125 |
| APÊNDICES E ANEXOS.....                                 | 135 |

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Objeto da pesquisa

Neste capítulo buscou-se compreender o cenário da pesquisa. Para isso, foi feita uma análise do momento no qual são apresentados alguns subsídios e ações responsáveis pela produção de problemas importantes no campo da gestão dos processos de trabalho nos hospitais, os quais acontecem na emergência de fenômenos adjetivados de desumanização da gestão e do cuidado e que auxiliarão na compreensão sobre o modelo de gestão social na saúde.

O binômio saúde-doença ganhou ampla publicidade de seus elementos sociais devido a uma mudança de modelo na saúde representado pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira<sup>2</sup>. Esta teve origem por volta dos anos 70 “[...] tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante [...]” (ABSC, 2006, p. 21). Ela se deu na construção do modelo denominado medicina social ou saúde coletiva, ordenado a partir das noções de determinação social do processo saúde-doença.

Segundo Gerschman (1995, p.126), nesse período ocorreu o “[...] abandono da noção de causalidade e sua substituição pelo conceito de determinação”. São características deste modelo “[...] a construção de um arco de alianças políticas na luta pelo direito à saúde; a criação de instrumentos de gestão democrática e controle social sobre o sistema de saúde” (TEIXEIRA, 1995, p. 40).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde<sup>3</sup> (BRASIL, 1986), a Reforma Sanitária brasileira tornou-se sólida e permitiu a declaração positiva de garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado, incorporada na Constituição Federal Brasileira de 1988.

---

<sup>2</sup> O Movimento da Reforma Sanitária foi ao mesmo tempo uma bandeira de luta específica e parte de uma totalidade de mudanças (AROUCA, 1998), já que concretizava setorialmente (na saúde) os direitos democráticos pelos quais amplos segmentos da sociedade brasileira se mobilizavam.

<sup>3</sup> Marco para a introdução do Sistema Único de Saúde na Constituição Nacional, cuja chamada foi a “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”, 1986.

A saúde é direito de todos e dever do Poder Público, assegurado mediante políticas econômicas, sociais, ambientais e outras que visem à prevenção e à eliminação do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, sem qualquer discriminação (BRASIL, 1988, art. 196).

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu, também, o Sistema Único de Saúde (SUS) como o sistema de saúde brasileiro. Como política pública, o SUS foi criado objetivando a atenção integral e a participação comunitária na gestão e no controle social. Em 1990, as Leis nº 8.080 e 8.142 regulamentaram o acesso à saúde como direito de cidadania e determinaram a participação e o controle social e o repasse de recursos financeiros para o SUS (BRASIL, 1990).

A partir daí, várias melhorias ocorreram na saúde, no sentido de livrar-se da centralização exagerada existente nas políticas de saúde anteriores a 1988. Apesar disso, o SUS encontra-se longe da proposta inicial do movimento da Reforma Sanitária. O sistema atual apresenta muitas fragilidades que colocam em risco a legitimidade política e social, especialmente a questão de disputa contínua em relação à saúde como direito, à própria noção de saúde e às formas de construí-la. O direito à saúde permanece longe de ser uma realidade. Para Silva e Arizono (2008), os trabalhadores são mal-remunerados, não há investimento adequado pelo Estado, não há recursos nem equipamentos disponíveis para os gestores e a população não participa do controle social dos seus direitos.

Referindo-se à população, a atenção é focada na doença em prejuízo da pessoa doente (DÂMASO, 1995). Embora se saiba do amplo entendimento sobre os aspectos que se relacionam ao adoecimento humano, este não tem tido correspondência na atenção dada. Em todos os níveis de relações, como entre gestores e profissionais e entre estes e os usuários, estas são marcadas por posturas hierárquicas e burocratizadas, ficando para o usuário, especialmente, a desejar, ou seja, uma atenção adequada. Além disso, o incentivo à competição entre as pessoas vem produzindo menos cooperação, sentimento do coletivo e solidariedade, distanciando-se cada vez mais a aquisição do SUS a que se almeja.

Pode-se ainda dizer que entraves históricos oriundos de um modelo tecnicista-médico-centrado, ou seja, hospitalocêntrico, focalizado na doença e não nas pessoas e bastante direcionado para o aspecto biológico da atenção, acrescentado por determinantes sociais, vem colaborando para a demora da efetivação do SUS.

Esse modelo, assim como a própria estrutura da gestão e as condições como essa política de saúde tem sido conduzida, passa a ter pontos difíceis de debate, uma vez que dificulta a reordenação de atores capazes de cooperar para a imprescindível obtenção de validade política e social para o SUS. Segundo Feuerwerker (2005, p. 2), “existe o reconhecimento de que a mudança das práticas de saúde e a reorientação do modelo tecnoassistencial são campos em que o SUS ainda não foi capaz de produzir avanços significativos”.

A produção de mudanças direcionadas para a efetivação do direito e para a saúde e a dignificação do trabalho em saúde tornou-se um grande desafio nos processos de reforma sanitária no mundo inteiro. Conforme referências conceituais e metodológicas, porém já fundamentadas, na área da saúde, no Brasil, as mudanças estão completamente associadas à produção de novos sujeitos (CAMPOS; CAMPOS, 2007).

Por longo tempo na história, a administração da coisa pública e as relações impessoais canalizaram-se para a valorização da doença e não da pessoa doente. Consequentemente, desde a IX Conferência Nacional de Saúde<sup>4</sup> o tema humanização vem sendo discutido, sendo instituída a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS (BRASIL, 2006a). Essa política apresenta como seu principal objetivo, além de outros aspectos, a possibilidade de apropriado acolhimento e escuta qualificada de seus atores. Nesta ótica, as dificuldades da humanização são muitas, tais como: qualificar o sistema de cogestão; criar um sistema de saúde em rede; fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia; considerar a diversidade cultural; superar o entendimento de saúde como ausência de doença; superar a fragmentação do processo de

---

<sup>4</sup> Primeira Conferência após a criação do SUS na Constituição Nacional. Sua chamada foi "Municipalização é o Caminho" (BRASIL, 1992).

trabalho e das relações entre os diferentes atores; implantar diretrizes do acolhimento; melhorar a interação nas equipes e qualificá-las; e a criação de uma nova cultura de atendimento, pela aplicação do modelo usuário-centrado na construção coletiva do SUS (BRASIL, 2006a).

## **1.2 Humanização da assistência à saúde**

O documento-base para gestores e trabalhadores do SUS traz no seu bojo que humanização é “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2006a, p. 18).

Na área da saúde, de acordo com Neves e Rollo (2006, p. 2), “humanização diz respeito a uma aposta ético-estético política”: ética, porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde<sup>5</sup> comprometidos e corresponsáveis; estética, porque é relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política, porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O acordo ético-estético-político da Humanização do SUS fixa-se nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

A PNH é uma inflexão do SUS, ou seja, surge do experimento prático da política pública de saúde, a qual nos últimos anos vem passando por uma série de desafios. Tais desafios baseiam-se no enfrentamento de problemas, os quais são condição para a ampliação da sustentação política e social do próprio SUS, como, por exemplo, a democratização das relações de trabalho, a inclusão de trabalhadores nos processos de gestão, a questão da sub-remuneração, as relações contratuais/formais precarizadas e injustas de trabalho, a ambiência degradada, além das condições de trabalho que interferem na produção de saúde dos que cuidam (PASCHE, 2009).

---

<sup>5</sup> Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS (2004).

Ainda segundo Pasche (2009), a PNH reconhece que há um SUS que dá certo, mas nem sempre toma visibilidade. Torna-se tarefa política promovê-lo como possível de se produzirem mudanças nas práticas de gestão e de atenção, o que permite a produção de reencantamento de trabalhadores e da sociedade em geral pelo SUS, pela política pública solidária, inclusiva e de qualidade. Portanto, é na XI Conferência Nacional de Saúde<sup>6</sup>, em 2000, que nasceu o HumanizaSUS como política pública.

Como pontos positivos dessa política podem-se destacar alguns, como: valorização dos atores da saúde; autonomia e protagonismo destes e dos coletivos; corresponsabilidade; vínculos solidários e de participação no processo de gestão; mudança no modelo de gestão; trabalho coletivo para um SUS acolhedor; qualificação da ambiência e compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde (BRASIL, 2006a).

Já se referindo aos usuários, Pasche (2009) afirma que a questão da humanização da saúde tem se expressado sob as mais diversas maneiras, tomando-se concretude sob duas questões: a baixa responsabilização e a descontinuidade no cuidado e nos tratamentos. De forma geral, os brasileiros têm feito uma pergunta simples, mas de muita importância para problematizar os modos de cuidado que se tem construído: quem cuida de quem? Quem me cuida, com quem eu conto? Essas dúvidas levam a outra: como garantir o cuidado quando se faz necessária a intermediação entre serviços e equipes, ou seja, como se garante cuidado longitudinal em uma rede de saúde que tem, em geral, relações nas quais impera a burocracia e que são pouco personalizadas? Trata-se aqui o tema da transversalidade dos cuidados, a integração de práticas clínicas, da gestão social da clínica.

Ainda no que diz respeito à PNH, ela apresenta sete diretrizes centrais para guiar a ação das equipes que têm por tarefa produzir saúde: acolhimento; cogestão; clínica ampliada; valorização do trabalho dos trabalhadores da saúde; defesa dos

---

<sup>6</sup> Sua chamada foi "Efetivando o SUS: qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social", 2000.

direitos dos usuários; fomento das grupalidades, coletivos e redes; e construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2006b).

De acordo com Pasche (2009, p. 3), o conceito de clínica ampliada baseia-se na:

Construção de vínculo e confiança no tempo, permitindo a contração de responsabilidades na rede de saúde, ou seja, ampliar a clínica significa reconstruir relações de poder na equipe e com os usuários e sua rede sociofamiliar, ampliando processos de troca e de responsabilização mútua.

Quando se aborda o acolhimento como diretriz em conjunto com a clínica ampliada, está-se indicando como propostas: obrigação com o sujeito e não com a doença; reconhecimento dos limites dos saberes e afirmação de que o sujeito é sempre maior que o diagnóstico proposto; afirmação do encontro clínico entre dois sujeitos – trabalhador de saúde e usuário; busca por equilíbrio entre os danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde; aposta nas equipes multi e transdisciplinares; formato de corresponsabilidade entre diferentes sujeitos e defesa dos direitos (NEVES; ROLLO, 2006).

Contudo, quando a realidade de saúde desvela baixa responsabilização e descontinuidade no cuidado e nos tratamentos, emerge um conjunto de sintomas que se apresentam como fenômenos da desumanização: filas desnecessárias; descaso e descuidado com pessoas; incapacidade de lidar com histórias de vida, sempre singulares e complexas; práticas éticas descabidas, como a discriminação, a intimidação, a submissão a procedimentos e práticas desnecessárias, a cobrança “por fora”, a exclusão, o abandono, entre outras (PASCHE, 2009).

Todas essas questões mencionadas anteriormente são, muitas vezes, sintomas de problemas hipercomplexos (PASCHE, 2009). Nessa linha, não se trata de humanizar o humano, se não de enfrentar e lidar com relações de poder, de trabalho e de afeto, estas sim, produtoras de práticas desumanizadas, considerando nosso horizonte ético e humanístico.

A humanização é ordenada por princípios, diretrizes e dispositivos, todos incorporados por um método. Ela é uma aposta metodológica, um certo modo de fazer, de lidar e intervir em problemas do cotidiano do SUS. Esse método é chamado de tríplice inclusão: inclusão de pessoas, de coletivos e movimentos sociais e da perturbação, da tensão que essas inclusões produzem nas relações entre os sujeitos nos processos de gestão e de atenção, tomados como indissociáveis. Essa perturbação leva à produção de mudanças: mudanças nos modos de gerir, mudanças nos modos de cuidar. Todavia, essa inclusão não pode se realizar sem diretrizes, sem orientações ético-políticas que ofereçam direção aos processos que se quer deflagrar (BRASIL, 2006b).

Ainda, referindo-se ao método, pode-se listar três aspectos: inclusão dos diferentes sujeitos-gestores, trabalhadores e usuários no sentido de produção da autonomia, protagonismo e corresponsabilidade. Um segundo aspecto seria a inclusão dos analisadores sociais, ou seja, dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, como, por exemplo, análise coletiva dos conflitos. E um terceiro, o da inclusão do coletivo, movimento social organizado, como o de fomento às redes.

Pasche (2009) sugere os quatro princípios mais importantes da PNH no quesito orientação nos processos de formação: o primeiro é considerar que formação é intervenção e que intervenção é formação. Para ele, formação pressupõe o exercício prático de experimentação no cotidiano dos serviços de saúde com equipes de saúde. O espaço por excelência de formação na área da saúde é a rede de serviços do SUS. Deste modo, formação é um exercício inseparável da experimentação, do convívio, da troca entre sujeitos em situações reais e concretas do dia-a-dia dos serviços. Basicamente, é a qualidade e intensidade dessa troca que garante bons processos de formação. Troca pressupõe intercâmbio, significa disposição para levar e buscar conhecimentos, teorias e experimentações entre os sujeitos. Experimentar não pressupõe, assim, saber antes. Se existe algum “saber antes” como pré-requisito da experiência, esse saber seria a construção de disposição subjetiva e política para produzir na diferença planos comuns, aquilo que permite a construção de compromisso e contrato entre sujeitos e coletivos.

O segundo princípio trata da inseparabilidade entre gestão e atenção, entre clínica e política. Ou seja, a formação não pode, sob o risco de perda de força, restringir-se ao campo das práticas de cuidado (formação técnica e/ou de bons técnicos), visto que a clínica e a técnica são influenciadas de forma decisiva pelos modos de gestão, pelas definições sobre a organização do trabalho, sobre as marcações que acabam por definir os meios e processos com os quais o trabalho compõe, interage e depende (PASCHE, 2009).

Em relação ao campo da organização do trabalho, a formação exige nova experimentação. Sob esse ponto de vista, o trabalho em equipe é o terceiro princípio da formação para a PNH. A produção de saúde (inclui-se aqui o processo de adoecimento) é um fenômeno complexo, o qual exige articulação entre saberes e a produção incessante de trocas entre os distintos trabalhadores da saúde, cuja interação é capaz de produzir as melhores respostas para casos singulares. Essa exigência é ao mesmo tempo ética e política e, portanto, deveria ser condição da formação de trabalhadores da saúde. E como quarto e último princípio, tem-se a necessidade de os processos de formação não se nutrirem da fragmentação de nosso sistema de saúde, ainda pouco disposto em rede de cuidado (PASCHE, 2009).

Em relação ao objeto deste estudo, esses princípios traduzem a importância do processo formação-intervenção, ou seja, o produto técnico final desta pesquisa: capacitação como educação permanente em saúde.

Os vários órgãos que operam com a saúde, em especial a saúde pública, vêm utilizando ao longo da história suas ações com os usuários de forma burocrática, impessoal e automatizada, desconsiderando as necessidades dos usuários. A atenção e o acolhimento ficam limitados às situações em que a abordagem cotidiana não se revela adequada, ou seja, quando a atenção à subjetividade do usuário passa a ser impositiva, tanto na perspectiva do paciente quanto do profissional.

De acordo com Campos (2005, p. 1), existe até um “[...] embrutecimento das relações interpessoais no SUS, quer sejam relações entre profissionais quer seja

destes com os usuários”. São inúmeros os exemplos, vividos por todos, de casos em que se vê a total inadequação desse atendimento. Para Mendes Sobrinho e Lima (2008, p. 4) há um questionamento:

Como se pode falar de humanização se a pessoa é dividida em inúmeras partes, se ela é toda fragmentada em órgãos e sistemas? Como se pode falar de humanização se, para tratar de um problema de saúde, a pessoa é encaminhada de um especialista para outro, sem soluções adequadas e, muitas vezes, sem sequer ser ouvida? Se cada profissional olha para um pedaço do seu corpo como se pedaços isolados tivessem vida autônoma?

Exposto assim, a PNH surge como a procura pelo redimensionamento da atenção em direção às delimitações que fabricaram o atual modelo de assistência pública à saúde. Em 2004, o Ministério da Saúde (MS), por intermédio da Secretaria de Atenção à Saúde e do Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, apresentou o documento base para gestores e trabalhadores do SUS, anunciando aqui uma nova possibilidade de atendimento. Nesse documento, a humanização é definida como a “valorização dos diferentes sujeitos implicada no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores”, ficando claro que ela é uma política e não um programa (BRASIL, 2006b, p. 8).

Por esse motivo, a PNH deve perfazer o trilha de todas as ações, em todos os níveis de atenção à saúde, em direção à gestão com mais autonomia dos sujeitos, de forma a torná-los personagens principais e comprometidos com a produção de sua saúde, com o aumento da corresponsabilidade e da participação coletiva, a criação de vínculos solidários, a melhoria das condições de trabalho e da atenção e o compromisso com a ambiência. Esta se caracteriza por um: “ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde [...] voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2006b, p. 35). E é sob essa concepção deliberativa que Tenório (1998, p. 7) defende a “necessidade de uma ação gerencial voltada para o entendimento, de um consenso alcançado argumentativamente, de uma verdadeira gestão social”.

Esse documento-base citado anteriormente descreve os principais entraves do SUS em relação aos trabalhadores de saúde, que incidem diretamente na relação destes com os usuários: “[...] a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a expressiva precarização das relações de trabalho, o baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores, a pouca participação na gestão social dos serviços e o frágil vínculo com os usuários” (BRASIL, 2006b, p. 8).

Na efetivação da PNH como política pública de saúde, o MS estabeleceu alguns princípios norteadores, que também coincidem com os da gestão social, como: valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social garantindo os direitos dos cidadãos; realização de trabalho em equipe multiprofissional; construção de redes cooperativas; fortalecimento do controle social; valorização da ambiência possibilitando um saudável ambiente de trabalho (BRASIL, 2006b).

Para a gestão social, o princípio geral de ação que deve presidir essa perspectiva de um desenvolvimento baseado na participação responsável de todos os membros da sociedade é o incitamento à iniciativa, ao trabalho em equipe, às sinergias, mas também ao autoemprego e ao espírito empreendedor<sup>7</sup>.

A humanização como proposta de intervenção nos processos de trabalho e na geração de qualidade da saúde “[...] coincide com os próprios princípios do SUS, enfatizando-se a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas” (SANTOS-FILHO, 2007, p. 1001).

Segundo o MS:

---

<sup>7</sup> “Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI “.

Humanizar a atenção à saúde é valorizar a dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.). É também garantir o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha). É ainda estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva, por meio da gestão participativa, com os trabalhadores e os usuários, garantindo educação permanente aos trabalhadores do SUS de seu município (BRASIL, 2008, p. 21).

Neste momento, cabe referenciar que não é por acaso que o pesquisador se dirige intencionalmente a um determinado objeto de estudo, pois de alguma forma esse objeto está vinculado à sua história de vida, de formação profissional, de crenças e de esperanças que mudanças efetivas e de qualidade poderão ocorrer.

Há que se pontuar, ainda, que o *lôcus* de trabalho do pesquisador é um hospital de grande porte, referência estadual em todas as dimensões: de infraestrutura física, humana, formação profissional, clínicas especializadas, inserção de políticas públicas, de construção de parcerias e de redes em níveis nacional e internacional.

Entende-se que o espaço de trabalho é formador do ser humano, formação esta que se processa em movimentos pendulares, dialéticos, multifacetados, mas também clarificador de que a aquisição do conhecimento é contínua sobre o próprio fazer.

Assim, pretende-se salientar com este trabalho de pesquisa o acolhimento como postura e tecnologia do encontro, numa direção-clínica, por ser uma diretriz que está totalmente em harmonia com a perspectiva da cogestão e gestão social. Para Moraes e Torre (2004, s.p.), tem-se que:

Reinventar juntos as formas da fala individual e coletiva para se atingir até o ponto de nos reapropriarmos de nossa integralidade de seres sentir-pensantes. Dessa forma, seremos, todos, atores legítimos da esfera pública deste país.

O acolhimento, como inovação, desenvolve a qualificação técnica dos atores da saúde e equipes em atributos/habilidades relacionais de escuta qualificada. Baseando-se nas necessidades de ampliar e introduzir mudanças na organização do trabalho em saúde, será utilizada aqui essa ferramenta de gestão social: a escuta qualificada, que se “aprende-fazendo” ou se “faz-aprendendo” a partir do trabalho. E por ela estabelecer interação humanizada, cidadã e solidária com usuários, familiares, comunidade e o reconhecimento e atuação em problemas de saúde de natureza aguda ou de relevância social para a saúde pública.

O hospital anteriormente referido é o Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), primeiro hospital universitário de Minas Gerais a fazer parte do Programa Nacional de Humanização na Assistência do Ministério da Saúde (MS). Em 2000, foi formada uma comissão para sua viabilização e o Programa foi instituído por sua diretoria. Sua primeira ação de impacto foi o levantamento e a interação de todos os projetos existentes no HC/UFMG, na linha de humanização<sup>8</sup>.

O Programa de Humanização do HC-UFMG prevê ações que atendam a três dimensões: a humanização no atendimento ao usuário; das condições de trabalho do profissional de saúde e o atendimento da instituição em suas necessidades básicas administrativas, físicas e humanas. A humanização do atendimento é essencial para reduzir o sofrimento de quem precisa ser internado ou se consultar em um hospital. O objetivo do Programa de Humanização é agregar e apoiar a continuidade dos diferentes projetos desenvolvidos no Hospital das Clínicas da UFMG, possibilitando reflexão e promoção do fortalecimento contínuo dessa política de humanização na assistência hospitalar.

O HC-UFMG, como instituição de ensino, pesquisa e assistência, prestadora de serviços à comunidade, tem como missão “desenvolver, eficaz e eficientemente, e de forma equilibrada, a formação e a capacitação de recursos humanos, a pesquisa na área de saúde e a assistência”. Nesta perspectiva, vem respondendo às necessidades de saúde da população e, como promotor das políticas de saúde,

---

<sup>8</sup> Disponível em: (<http://www.hc.ufmg.br/humanizacao/>).

constitui-se como referência para áreas específicas e propõe um Programa de Humanização da Assistência Hospitalar<sup>9</sup>.

Esse programa pretende articular a iniciativa de humanização, como também incentivar o desenvolvimento de nova cultura que fortaleça uma política de respeito e valorização humana. Humanizar o ambiente hospitalar é resgatar e fortalecer o comportamento ético, articular o cuidado técnico-científico com o cuidado que incorpora a necessidade de acolher o imprevisível, o incontrollável, o diferente e o singular. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários considerem o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais, assumindo postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento de limites. Humanizar é, portanto, alcançar benefícios mútuos para a saúde dos usuários, dos profissionais e da comunidade.

Ainda no que diz respeito a esse programa, procura atuar em consonância com a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH) proposta pelo Ministério da Saúde/2004, que enfatiza a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.

Na PNH, a diretriz do acolhimento deve ser compreendida e praticada como conteúdo, como um momento tecnológico relacional importante que possa conferir qualidade aos serviços de saúde, acolher e, também, escutar o outro. O ato de escuta é diferente do ato de bondade; é um momento de construção de transferência, ou seja, o acolhimento como prática requer que o trabalhador utilize seu saber para a construção de respostas às necessidades dos usuários.

O HC-UFMG possui vários anexos em diferentes especialidades. Entre eles, destaca-se o Ambulatório Bias Fortes (ABF), local de trabalho deste pesquisador. É o maior ambulatório existente no *campus* saúde e presta serviços especializados em várias especialidades médicas. Atende a significativa demanda de usuários provenientes de toda a rede SUS local e do interior do estado de Minas Gerais. Como ainda não se conseguiu implantar a sistemática do

---

<sup>9</sup> Disponível em: (<http://www.hc.ufmg.br/humanizacao/>).

acolhimento no ABF, a proposta deste trabalho baseia-se em possibilitar que os servidores da saúde do ambulatório e usuários conheçam a prática da humanização e do acolhimento preconizada para a melhoria da qualidade da assistência à saúde.

O acolhimento possibilita compreender a qualificação do profissional de saúde e sua postura em relação ao usuário, em conjunto com a ação gerencial de organização do processo de trabalho, que humaniza os serviços prestados. Os usuários dos serviços públicos, quando colocados em posição central, resgatando-se o caráter público destes, levam à construção de novas lógicas na sua organização, devendo-se buscar formas mais humanizadas de compreender e atender às necessidades dos que os buscam, resgatando-se sua cidadania (CAMPOS, 2005, p. 389-406). Para Tenório (1998), gestão social é o processo intersubjetivo que preside a ação da cidadania tanto na esfera privada quanto na esfera pública.

Ao se falar de cidadania, fala-se de gestão social. Segundo Santos-filho (2009), nesses campos de interface muito direta com as áreas da administração, planejamento, ciências sociais, entre outras, é comum que os saberes e, sobretudo, os profissionais desses campos abordem o conhecimento/prática de forma muito dura, ainda que sob o referencial de democracia, participação, etc. Há que se ir tentando lidar com rigor conceitual, mas, sobretudo, remetendo às discussões a uma esfera transdisciplinar.

Desta forma, pode-se dizer que a principal diretriz da PNH é o que se chama de cogestão com todos os componentes determinantes da gestão social. Portanto, se o acolhimento tal como propõe a PNH pressupõe componentes da gestão social e se no ABF o mesmo ainda é uma situação-problema, seria interessante dizer que, apesar de toda a dificuldade, existem vários embriões de desejo/interesse em mudar a prática e isso é um processo a ser construído.

E que também há iniciativas, ainda não completamente sistematizadas, de ações e/ou posturas de acolhimento e escuta qualificada afinadas com a perspectiva da cogestão e gestão social. E é nesse contexto de necessidades do ABF de ampliar

e aprofundar mudanças na organização do trabalho, que foi proposto como produto técnico final um projeto de capacitação ou um projeto de formação-intervenção, expressão (e concepção) mais coerente com a proposta da PNH (com a cogestão, acolhimento). Trata-se de novos processos que mudam as relações entre si e a escuta/ação com os usuários, em que se encerra aqui todo o cerne da PNH.

Entre os problemas organizacionais percebidos no ABF, conseqüente à não realização da escuta qualificada, pode-se citar a não efetividade do acolhimento; a relação multiprofissional é insuficiente, pois ainda não ocorre segundo as diretrizes da PNH; os usuários chegam pela madrugada, permanecendo em longas filas para obtenção de senha de marcação, ficando todos aquém da proposta de humanização; todos são marcados ao mesmo tempo para o mesmo horário; não há prioridade para usuários com vulnerabilidade de risco; a ambiência é precária, os equipamentos são sucatedados, não há recepção-sala para geração de vínculo e confiança; a informação e comunicação são precárias e confusas, entre outros.

Essa reflexão sobre as condições do ABF visa a demonstrar a importância da ampliação do acesso à assistência, potencializar o conhecimento técnico-científico dos profissionais, agregar a resolutividade em suas intervenções e promover o vínculo e a responsabilização clínica, com ênfase em um modelo centrado no usuário.

Percebe-se, porém, que, para além da falta de infraestrutura e dos fatores agregadores de um espaço inóspito, o maior entrave à humanização no ABF é a escuta qualificada. O que é escuta qualificada para os profissionais de saúde que atendem aos usuários no ABF? Se o ABF tem como política assistencial as diretrizes da PNH, por que essa ferramenta não se materializa?

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo geral**

Verificar, por meio de relatos dos profissionais da saúde, o que é escuta qualificada e o que deve conter um programa institucional de formação em serviço voltado para o desenvolvimento das capacidades dos profissionais da saúde de realizar escutas qualificadas.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Correlacionar os procedimentos que operacionalizam o conceito de gestão social com os procedimentos que fundamentam a escuta qualificada.
- Identificar quais são os atributos/habilidades relacionais de escuta qualificada que os profissionais de saúde devem ter em relação às capacidades procedimentais.
- Verificar se os profissionais de saúde consultados confirmam a hipótese de que um programa deve conter procedimentos que operacionalizem o conceito de gestão social.

A proposta deste trabalho justifica-se ao possibilitar que os servidores da saúde do ambulatório e usuários conheçam a prática da humanização e do acolhimento preconizada para a melhoria da qualidade da assistência a saúde. A partir da escuta qualificada e do acolhimento, compreende-se a qualificação do profissional de saúde e sua postura em relação ao usuário, em conjunto com os procedimentos de gestão social de organização do processo de trabalho, que humaniza os serviços prestados.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Gestão social: um breve histórico**

A gestão social no Brasil vem sendo discutida há aproximadamente 15 anos, cenário no qual estudiosos aplicados em estudos e pesquisas vêm desenvolvendo trabalhos nesse campo. Em meados de 1990, surgiu o Programa de Estudos em Gestão Social (PEGS), núcleo de pesquisa da Escola Brasileira de Administração Pública (EBAP) e de empresas (Fundação Getúlio Vargas), oferecendo cursos, projetos, pesquisas e consultorias.

Com o passar do tempo, a importância de se fazer pesquisa em gestão social atingiu um novo estágio, ganhando mais credibilidade com a criação de novos núcleos, e um novo olhar emergiu das mais importantes escolas de Administração do Brasil. Os referidos núcleos se responsabilizaram pela formação de pesquisadores em gestão social na década de 90 e por volta dos anos 2000. Os trabalhos desses núcleos apresentaram ótimos resultados, o que culminou na criação de novos núcleos de pesquisa pelas universidades do país (SCHOMMER; FRANÇA FILHO, 2008).

Em meados dos anos 90, nossa sociedade vivia em meio à tensão entre dois processos que marcaram a realidade contemporânea nacional. Nesse panorama surgiu a gestão social como matéria recente. Um desses processos dizia respeito à globalização da economia, que negociava e propagava os segmentos de atuação no social. Já o outro dizia respeito à regulação social pelos ganhos da cidadania, do Estado Democrático de Direitos e das disputas da participação da sociedade civil (FISCHER; MELO, 2006).

Trata-se de uma questão nova nas organizações sociais e nas faculdades, indicando, por isso, a necessidade de desvendar as noções que estavam sendo levantadas para dar suporte a essa nova dimensão de gestão. Ao longo dos últimos anos, a expressão gestão social vem ganhando grande notoriedade na

mídia e em vários âmbitos da sociedade. A noção dessa expressão passa a apresentar as diversas práticas sociais, de atores de organizações governamentais e não governamentais, associações, fundações, tanto quanto, mais atualmente, práticas do setor privado conjugadas às concepções de cidadania corporativa ou de responsabilidade social empresarial (SCHOMMER; FRANÇA FILHO, 2008).

Os procedimentos de gestão social baseiam-se em sua operacionalização ou instrumentalização, suas maiores provocações, e são compreendidos como ferramentas que vão desde elementos materiais específicos até instituições (FISCHER; MELO, 2006, p. 13-41). Não havia interesse algum pela gestão organizacional e também pelo mundo acadêmico sobre esse assunto nos anos 90. A partir daí, um grande desafio se incorporou, passando pela graduação de indivíduos em gestão social, tendo como principal desafio a sua instrumentalização - e, segundo Gondim, Fisher e Melo (2006), envolvendo a qualificação de profissionais que atuavam nas organizações já com essa mentalidade e finalidade de gestão.

No tocante à saúde, caberia aqui perguntar: quais seriam os conteúdos procedimentais, práticas de formação continuada em saúde para a formação de profissionais no campo da gestão social? A resposta a esta pergunta estaria, talvez, na visão de autores da área como Schommer e França (2006, p. 63):

No âmbito das instituições de ensino, a resposta parece ser a combinação de práticas mais consolidadas de produção de conhecimento e formação profissional com a proposição e teste de novas abordagens e metodologias, que permitam a articulação de diferentes campos do conhecimento.

Na opinião de estudiosos:

Muitas são as capacidades que costumam ser apontadas como característica da competência específica dos gestores sociais, como: visão compreensiva ou não fragmentada da realidade; orientação ética na promoção do desenvolvimento de indivíduos, grupos e instituições; sensibilidade e habilidade para lidar com a diversidade social e cultural; habilidade de comunicação e articulação (FISCHER; MELO, 2006, p. 13).

Autores como Campos (2007), Santos-Filho (2007) e Pasche (2009) relatam que a preocupação é com as capacidades coletivas dos atores da saúde a partir de um instrumento de gestão, “a escuta qualificada”, que é um desafio para a implementação do acolhimento em saúde. Não consiste apenas em capacitar indivíduos que venham a cumprir atribuições específicas na gestão, mas em desenvolver ferramentas e processos que incentivem o desenvolvimento de capacidades procedimentais para todos os envolvidos no processo de organização do trabalho em saúde. Isso passa pela formação individual, mas não se resume a ela.

Trata-se aqui dos sistemas de escuta qualificada, que é uma ferramenta gerencial utilizada pelos trabalhadores e usuários, que identifica problemas, faz críticas e atua como facilitadora nas relações (GONÇALVES; RAMOS, 2009).

De acordo com Schommer e França Filho (2006), do ponto de vista literário administrativo ainda é principiante a abordagem da gestão social, apesar de adquirir grande importância no decorrer da última década. A gestão social carece de enfoques precisos e suas metodologias ainda passam por processos de delineamento por intermédio de estudiosos que executam um autêntico exercício nessa disciplina. Estão constantemente refletindo, discutindo ações, planejando oficinas, congressos e seminários para compartilhar conhecimento.

Segundo Pasche (2009), a questão da aprendizagem, na prática, seria uma exigência de se fomentar os atores das saúde em suas capacidades técnicas e políticas na construção de novas realidades para provocar a reflexão sobre o quesito da formação em gestão social. Ainda, acredita ele que a partir da relação dialógica com os demais estudiosos e gestores, serão desenvolvidas essas e outras questões direcionadas para o aprimoramento da compreensão e do *design* de processos de formação em gestão social na saúde.

Vários outros autores constatam, ainda, que existem várias pesquisas sendo desenvolvidas neste campo temático. O reconhecimento e o estímulo à aprendizagem, apoiados em práticas compartilhadas por vários atores, devem

constituir-se em valiosos motivos para a constituição de ensinamentos alinhados com a verdadeira gestão social.

## 2.2 Gestão social na saúde: conceitos

Nos dias atuais, a gestão compartilhada do SUS tornou-se um desafio na tomada de decisões na promoção da autonomia, na participação e corresponsabilidade dos atores envolvidos na práxis do trabalho em saúde. Abordam-se aqui procedimentos da gestão social em serviço de saúde, recompondo sua proposta inicial de fato. Ao tentar envolver toda uma equipe de atores da saúde em um novo modelo de gestão com compartilhamento das decisões e ações, percebeu-se que se alterou a mecânica do trabalho, pondo em discussão diferentes ideias e práticas que, na maioria das vezes, são inconcordáveis ou confusas.

São perceptíveis, entre os membros de uma equipe de saúde, ânimos diferenciados para o trabalho, com princípios norteadores diferentes, vontade de mudar ou não e até de maneiras de se relacionar com a gestão social da clínica. Nesse processo participativo existem diferentes visões e entraves ao se tentar envolver a todos. Porém, têm-se alguns avanços. A comunicação, o tempo e a autonomia dos sujeitos, em geral, são as queixas principais observadas. De qualquer forma, vê-se um embrião crescendo, buscando construir uma gestão mais dialógica e participativa, alicerçada em trabalho interdisciplinar, relacional e transformador. Uma ação dialógica desenvolve-se segundo os pressupostos do agir comunicativo:

[...] quando os atores tratam de harmonizar internamente seus planos de ação e de só perseguir suas respectivas metas sob a condição de um acordo existente ou a se negociar sobre a situação e as consequências esperadas. [...] o modelo estratégico da ação pode se satisfazer com a descrição de estruturas do agir imediatamente orientado para o sucesso, ao passo que o modelo do agir orientado para o entendimento mútuo tem que especificar condições para um acordo alcançado comunicativamente sob as quais *Alter* pode integrar suas ações às do *Ego* (HABERMAS, 1989, p. 165).

Ainda segundo Habermas (1991, p. 180), “a argumentação não é um processo de decisão que acabe em **resoluções**, mas sim um procedimento de solução de problemas que conduza a **convicções**”.

A gestão social, colegiada, da clínica é um processo de mediação transformadora que demanda competências elaboradas no decorrer da vida profissional das pessoas. Segundo Fischer (2002, s.p.), “a gestão é um ato relacional que se estabelece entre pessoas, em espaços e tempos relativamente delimitados, objetivando realizações e expressando interesses de indivíduos, grupos e coletividade”. Para essa autora, ao se adicionar o adjetivo social à gestão, orienta-se para a mudança e pela mudança, no caso específico deste estudo, de uma microunidade organizacional de saúde.

O objetivo da gestão social é a produção de personagens sociais com mais autonomia, mais corresponsáveis com o processo de trabalho, demandando mais participação no mesmo. Porém, nada ocorre com um passe de mágica, como, por exemplo, a questão da autonomia. A mesma deve ser moldada e conquistada, pois equivale a um novo paradigma de trabalho e gestão em saúde (PASCHE, 2009).

Ao se discutir sobre gestão social, está-se combinando capacidade de liderar e *management*, eficácia, eficiência e efetividade social. Trata-se de um campo em construção baseado na reflexão das práticas em saúde e do conhecimento obtido a partir das várias disciplinas, esboçando-se opinião multimodal, de caráter interdisciplinar. Segundo Ferrara (2002), o saber-ver, fundamental no *desing*, é competência básica do gestor social. Pode-se aqui inferir que as organizações de saúde nem sempre estão ajustadas ao desenho, nem sempre revelando sentidos e formas de saber-ver, saber-fazer e saber-relacionar-se por intermédio de um plano estratégico compartilhado: a gestão social da organização.

Mas afinal, o que é gestão social? Sistematizam-se aqui os principais conceitos e colaborações de autores sobre o tema, destacando-se a ênfase dada pelos mesmos, conforme interpretação de Bordin (2009, p. 31):

## QUADRO 1

## Principais conceitos e ênfases de estudiosos sobre a gestão social

| Autor                  | Conceito  | Ênfase  |
|------------------------|---|---|
| Dowbor (1999 e 2006)   | Seria o processo no qual a dimensão social se torna um dos componentes essenciais do conjunto da reprodução social, incorporando nas decisões empresariais, ministeriais, comunitárias ou individuais as diversas dimensões e os diversos impactos que cada ação pode ter em termos de qualidade de vida, cuja atividade econômica passa a ser um <b>meio</b> e o bem-estar social o <b>fim</b> , em que se faz necessário repensar formas de organização social e redefinir a relação entre o político, o econômico e o social.  | Gestão de estratégias e processos, visando a transformação da sociedade |
| Maia (2005, p. 78)     | [...] gestão social como um conjunto de processos sociais com potencial viabilizador do desenvolvimento societário, emancipatório e transformador. É fundada nos valores, práticas e formação da democracia e da cidadania, em vista do enfrentamento às expressões da questão social, da garantia dos direitos humanos universais e da afirmação dos interesses e espaços públicos como padrões de uma nova civilidade. Construção realizada em pactuação democrática, nos âmbitos local, nacional e municipal; entre os agentes das esferas da sociedade civil, sociedade política e da economia, com efetiva participação dos cidadãos historicamente excluídos dos processos de distribuição das riquezas e do poder. | Gestão de estratégias e processos que respondam à questão social.       |
| Silva (2004, p. 32)    | [...] um conjunto de estratégias voltadas para a reprodução da vida social no âmbito privilegiado dos serviços – embora não se limite a eles – na esfera do consumo social, não se submetendo à lógica mercantil. A gestão social ocupa-se, portanto, da ampliação do acesso à riqueza social – material e imaterial –, na forma de fruição de bens, recursos e serviços, entendida como direito social, sob valores democráticos, como equidade, universalidade e justiça social   | Gestão das políticas sociais  |
| Carvalho (1999, p. 28) | Trata-se da gestão das ações sociais públicas, sendo que a gestão do social é a gestão das demandas e necessidades dos cidadãos. E as respostas a essas demandas e necessidades são as políticas sociais, os programas e projetos sociais. A gestão social tem um compromisso com a sociedade e com os cidadãos de assegurar por meio das políticas e programas públicos o acesso efetivo aos bens, serviços e riquezas societárias. Por isso mesmo, precisa ser estratégica e consequente.   | Gestão das políticas sociais  |
| Tenório (2002a, p. 7)  | O conjunto de processos sociais no qual a ação gerencial se desenvolve por meio de uma ação negociada entre seus atores, perdendo o caráter burocrático em função da relação direta entre o processo administrativo e a múltipla participação social e política.  | Gestão de organizações  |
| Cabral (2007, p. 134)  | [...] o processo de organização, decisão e produção de bens públicos de proteção social, que se desenvolve perseguindo uma missão institucional e articulando os públicos constituintes, envolvidos em uma organização que tende a incorporar atributos do <i>espaço público não estatal</i> , na abordagem que faz da questão social. Esses atributos são os elementos que, de forma coordenada e convergente, devem ser observados e tomados como parâmetros no desenvolvimento do processo de gestão.  | Gestão de organizações  |

Fonte: Sistematizado por Bordin (2009).

Resumindo, segundo Maciel (2003), pode-se inferir que a gestão social na saúde é de alcance universal, portanto, é de caráter público. E, por intermédio de lutas sociais, garante e viabiliza a constituição dos direitos sociais, responsabilizando o Estado pela garantia da efetivação desse alcance, por meio de políticas sociais públicas.

Para Carvalho (1999), duas ordens de tensão movimentam e formatam a gestão das políticas sociais nesse contexto: tensão entre a eficiência e a equidade e entre a lógica da tutela ou compaixão e a lógica dos direitos.

### **2.3 Gestão social: inovação em política de saúde – procedimento a ser aprendido**

Trata-se de uma nova modalidade de gerenciamento das políticas sociais, que exige modelos flexíveis e participativos que envolvam negociação e participação plural de uma variedade de interlocutores nas decisões e ações envolvidas nas diversas políticas (FIDALGO; MACHADO, 2000).

Por vários anos, a disciplina gestão social vem sendo solicitada para desenvolver a importância dos assuntos sociais, especialmente na implementação de políticas públicas de saúde. É defendida por Lobato (2008, p. 1) como “um conjunto de instrumentos para o encaminhamento de soluções mais eficazes e eficientes para as políticas sociais”. Ainda de acordo com essa mesma autora, outra definição de gestão social é a de um campo aglutinador de conhecimentos e práticas que visam à redução das desigualdades sociais e à maximização da cidadania.

A gestão social apresenta componentes denominados ferramentas (instrumentos) e estratégias. As ferramentas poderiam ser classificadas em técnicas e medidas operacionais e as estratégias seriam as linhas mestras de condução das intervenções na área social (LOBATO, 2008).

Neste sentido, identificam-se para esta pesquisa esses componentes para a compreensão da construção da noção e de gestão social como campo de

conhecimentos e práticas na Política Nacional de Humanização do SUS. Têm-se os sistemas de escuta qualificada como ferramenta de gestão para facilitar e institucionalizar um trabalho de transformação e a própria PNH como estratégia de integralidade no tratamento conjunto de áreas de diferentes disciplinas da saúde que interferem em um mesmo tipo de problema, ou seja, no modelo de atenção usuário-centrado (LOBATO, 2008).

Como procedimentos de gestão social na escuta qualificada, podem-se citar alguns, como: interação com o usuário; recebimento e registro de contestações; articulação interinstitucional; encaminhamento de contestações; recebimento das respostas e retorno ao usuário; execução de relatórios gerenciais; encaminhamento às instâncias gestoras; tomada de decisão pela equipe e desenvolvimento de ações (COLEN, 2005).

Baseiam-se esses procedimentos em valores como: transparência, impessoalidade, ética, respeito, reconhecimento do outro como sujeito, postura acolhedora e humanizada, responsabilidade social, valorização da vida, qualidade no atendimento e cumprimento de prazos (COLEN, 2005).

Para a gestão social, a experiência tem demonstrado que a equidade e a universalidade, princípios estes afinados com os da PNH, não possuem soluções próprias de efetividade:

A efetividade desses princípios depende de um conjunto de injunções políticas e técnicas que interagem com estruturas institucionais e organizacionais concretas, para as quais convergem distintos interesses, com graus desiguais de poder e que devem, além de tudo, proceder dentro de regras legais preestabelecidas (LOBATO, 2008, p. 3).

De acordo com Lobato (2008), “a gestão social apresenta certo grau de aproximação da administração, por considerar uma associação de técnicas adaptáveis a diferentes cenários visando maximizar objetivos”. Vista por outro ângulo, envolve pessoas. Nesse cenário, pode-se, aqui, especificamente, referir-se, de acordo com essa autora, aos usuários do SUS e suas necessidades, carências, situações de risco e qualidade de suas vidas. A discussão básica é que se tem a escuta qualificada - que é uma forma de fazer e que precisa ser

desenvolvida em situações quase sempre pouco animadoras ou adequadas - e um objeto, o acolhimento, que é, na verdade, o bem-estar e mesmo a vida dos usuários no seu direito à saúde humanizada.

O acolhimento como tecnologia relacional encontra amparo na concepção de Tenório (2002a, s.p.):

O processo de construção da gestão social como alternativa de governança<sup>10</sup> e de relação entre atores evidencia o propósito de avançar no sentido da democratização nas relações sociais, por meio de participação e engajamento de diversos atores em decisões e práticas que privilegiam a dimensão dialógica e relacional da gestão.

Pode-se, também, inferir que o acolhimento em saúde é uma postura estratégica, a partir do consenso alcançado por uma ação social baseada não somente na estratégia, mas, principalmente, na comunicação e no diálogo, em locais em que todos compartilham o direito à fala e o direito de participar das decisões sobre objetivos e meios para atingi-lo (GONDIM; FISCHER; MELO, 2006; TENÓRIO, 2002b; 2004).

Em se tratando de gestão social, o acolhimento como prática voluntariada encontra também amparo na observação de Teodósio (2001, p. 1):

Uma visão pragmática dessa realidade exige que se questione a importância das motivações para o voluntariado. O importante não seria o “estado de espírito” da iniciativa, mas sim os resultados sociais que a ação voluntária gere. Esse é um argumento poderoso que não pode ser descartado, sob pena de serem desconsiderados os dilemas da ação coletiva e a complexidade da construção do chamado capital social.

Vale destacar que a gestão social na saúde aproxima as instituições e as equipes junto à população, provocando uma intercessão entre os sujeitos. Desta maneira, ela sozinha não teria condições nem capacidade de responder todos os questionamentos que lhe chegam. Por outro lado, também não pode deixar de prover, com urgência e eficácia, as respostas exigidas. “Ela precisa, além de

---

<sup>10</sup> Diz respeito à capacidade governativa no sentido amplo, envolvendo a capacidade de ação estatal na implementação das políticas e consecução das metas coletivas.

auscultar, ser responsiva e saber o que responder, levando em consideração o que ouviu e como ouviu” (COLEN, 2005, p. 17).

Conforme, ainda, esse mesmo autor:

Os atores nesse processo de gestão social na escuta qualificada, envolvidos em cada caso, precisam entender que quando a equipe responde, ou quando ela providencia respostas junto aos setores, as soluções encontradas são de responsabilidade de toda a instituição e não só dela. O atraso ou não do cumprimento dos prazos preestabelecidos para resposta ao usuário faz com que tanto a equipe quanto a instituição fiquem desacreditadas (COLEN, 2005, p. 18).

Corroboram essas informações autores como Tenório (2002), Colen (2005) e Fischer (2006), que consideram que a intenção e a definição política do gestor estão diretamente ligadas ao grau de ação que se obtém dos profissionais da saúde. A articulação intrassetores institucional e a habilidade de comunicação são primordiais para a efetividade do trabalho dessa gestão e a efetividade do acolhimento depende da cultura da organização e de seus valores. Portanto, a escuta qualificada é um instrumento de gestão participativa e o testemunho público do compromisso dos atores com a melhoria da qualidade do atendimento dado ao usuário (BRASIL, 2005).

De acordo com a Ouvidoria do SUS:

A gestão participativa e democrática deve saber conviver e se alimentar da cidadania ativa. Não há que temer a crítica quem dela possa se apropriar para melhor desempenhar as suas funções públicas. Não há que temer a denúncia quem dela possa apurar e depurar os fatos para que brotem da ação pública valores éticos e morais indispensáveis à democracia. Não há que temer as sugestões e elogios àqueles que acreditam que as decisões coletivas são mais sábias. Enfim, a Ouvidoria é transparência e participação (BRASIL, 2005, p. 6).

A PNH, por meio da diretriz do acolhimento, pressupõe, no entendimento de Boullosa e Schommer (2008, p. 13), características da gestão social na sua naturalidade a partir da carência de enfoques prescritivos. A gestão social acontece com base na ação de profissionais da saúde que refletem e discutem permanentemente suas ações e compartilhamento de suas experiências em um processo de aprendizagem individual e coletiva construída ao caminhar, ao fazer.

Ao se transformar a gestão social em um produto, dá-se a ela outro sentido, de algo que poderia e deveria ser ensinado por alguém a outrem. Visto assim, para essas autoras, “a gestão social é apresentada como algo que superou a fase da formulação (talvez instaurando a urgência do saber, do estar apto a aplicar), devendo ser “somente” adaptado às circunstâncias locais” (BOULLOSA; SCHOMMER, 2008, p. 12).

Com referência a esse sentido interpretativo, ainda segundo Boullosa e Schommer (2008), pode-se levar em conta que o acolhimento, visto sob a ótica da gestão social, deve estimular e reconhecer práticas diferenciadas, inovadoras e bem-sucedidas, em ambientes específicos, as quais poderiam funcionar como ações desencadeadoras ou como princípios para passos de mais importância

Acolhimento e gestão social se afinam mais uma vez quanto ao requisito abordagem social da aprendizagem (LAVE; WENGER, 1991; WENGER, 1998), pois ambos evidenciam as interações sociais que acontecem entre as pessoas, como suporte da aprendizagem coletiva e individual. O processo de educação permanente em saúde, como desafio da formação em gestão social, requer construção conjunta de ferramentas e metodologias adequadas para aperfeiçoar as capacidades de todos os atores envolvidos em processos de gestão social, já que estes são coletivos, em que todos participam da construção.

Boullosa e Schommer (2008, p. 8) entendem que:

Se a ênfase ao diálogo e à construção coletiva caracterizam a gestão social, e se esperamos dos gestores competência relacional e comunicativa, é natural esperar que esta se desenvolva na gestão seu próprio processo de formação.

Deve-se lembrar de que a cogestão é uma diretriz estruturante da PNH e a experimentação revela disputas de saber, de poder e tensionamentos interpessoais e intergrupais. O exercício da coanálise, da codecisão e da corresponsabilização é base do trabalho em saúde, processo que busca reformular os modos de gestão tradicional (SANTOS-FILHO, 2009).

## 2.4 A escuta qualificada: entendendo a ferramenta de gestão

A escuta e o diálogo são habilidades próprias dos seres humanos. Na Bíblia Sagrada, há mais de 2000 anos antes de Cristo, Davi, em seus momentos de solidão e reflexão com Deus, já indagava: "Escuta, Senhor, a minha voz; estejam alertas os Teus ouvidos às minhas súplicas" (BÍBLIA SAGRADA, 1996, Salmo 130:2). Esta citação mostra a ânsia de ser reconhecido pelo outro por aquilo que se expressa e é. Entretanto, pode-se inferir que ainda há muito a aprender sobre esse processo como um todo.

De acordo com Burley (1995), é comum a concepção da escuta como apenas o ouvir, o que pode ser perigoso, levando a acreditar que a escuta é instintiva. Já na concepção de Rogers (1990), quando se gosta de ouvir alguém, refere-se a uma escuta profunda. Mais ou menos como se se ouvissem as palavras, pensamentos, tonalidade dos sentimentos e, inclusive, a interpretação que está escondida nas intenções do interlocutor.

A gestão social e o uso da escuta qualificada como procedimento de gestão encontram semelhanças ao se discutir sobre equidade e associação à integralidade, com respaldo em publicação do MS, referindo ser importante na ocasião do encontro entre profissional e usuário:

O resgate da integralidade do cliente, percebido como sujeito participante nas ações de saúde, implicando o reconhecimento de sua subjetividade em interação com o profissional que o atende. Acolher o saber e o sentir do cliente, por meio de uma "escuta ativa", é condição básica para um atendimento de qualidade (BRASIL, 1997, p. 4).

Conforme Ceccim (2004) e Mariotti (2007), percebe-se que nos profissionais da área da saúde e também nos usuários a resolutividade dos casos relatados por estes pode estar sendo comprometida pela subjetividade presente em cada caso, uma vez que há indícios de que a relação e a comunicação com eles não têm sido suficientes ou não se processam.

Baseando-se nesta hipótese, evidencia-se o que seria “escuta ativa”, como alternativa para os problemas levantados pelos profissionais e usuários. A escuta é vista como um processo mental mais sofisticado que o ouvir, pois demanda mais energia e disciplina (BURLEY, 1995). Segundo Durães-Pereira, Novo e Armond (2007, p. 466):

A escuta pode ser construída como um processo transparente, através de uma rede de conversação em que abrimos questões, compartilhamos aspirações, questionamos e aprendemos, interagimos com o todo e buscamos a pluralidade de ideias.

O autor Mariotti (2007, p. 6) também afirma que: "dialogar é, antes de tudo, aprender a ouvir. O outro precisa ser ouvido até o fim daquilo que ele tem a dizer sem que o interrompamos, seja para concordar, seja para discordar do que ele fala". A arte de ouvir os outros conduz a uma importante aprendizagem: ouvir a nós mesmos. De fato, não se sabe ouvir. Se alguém nos fala, em vez de escutar até o fim, começa-se a assemelhar com as referências próprias passadas. Além do mais, impõe-se ainda um grande questionamento: até que ponto tais posturas profissionais abalam a comunicação com nossos usuários, colegas e comunidade?

Filgueiras e Deslandes (1999, p. 124) destacam que:

A atitude de escuta pressupõe a capacidade do profissional de propiciar um espaço para que o usuário possa expressar aquilo que sabe, pensa e sente em relação à sua situação de saúde e responder às reais expectativas, dúvidas e necessidades deste.

Observa-se, também, no ABF, campo desta pesquisa, que a falta de um espaço próprio em que a interação entre profissional e usuário se concretize e a escuta qualificada aconteça pode estar emperrando o processo de compreensão das diversas situações/decisões de que o usuário necessita. Um mesmo usuário retorna várias vezes ao serviço, inseguro e impaciente. A resolutividade do atendimento precisa acontecer e, para tal, é preciso utilizar a ferramenta de gestão, a escuta qualificada. Schimith e Lima (2004, p. 1487) sustentam que o “acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários,

com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário”.

Para Ceccim (2004), os profissionais da saúde são graduados como se fossem elementos que já deveriam possuir um conjunto de atributos/habilidades inatas e, por isso, não necessitam de capacitação/qualificação. E isso precisa ser mudado. Um novo olhar mais aguçado para os valores e crenças de cada usuário torna-se indispensável de ser divulgado entre os atores da saúde.

Nesse sentido, para Filgueiras e Deslandes (1999), a discussão da educação permanente em saúde torna-se instrumento importante, pois, por meio da valorização de seus próprios saberes, crenças e habilidades, o profissional transforma-se em agente ativo no processo de trabalho. Sua aprendizagem torna-se significativa, pois reconhece que suas demandas são realmente pertinentes.

Lobato (2008, p. 4) sugere aqui um ponto crucial, que é o da qualificação da gestão social: “vale destacar que o caráter exclusivamente ideológico dela não nos isenta de qualificá-la”. Isto se dá pela própria especificidade dela como campo e por sua interlocução com a Administração e a política social. Para ela (2008, p. 4), a qualificação pode ser admitida como uma contribuição central na própria delimitação do campo.

Fazer escuta de qualidade apresenta certo grau de dificuldade perante os atores da saúde, por ela demandar atenção dobrada e tempo, em virtude do volume de pacientes nos serviços e a falta de capacitação desses trabalhadores, além do problema do modelo médico-centrado e a expectativa das pessoas (COLEN, 2005).

Conforme Sclavi (2000, p. 45), a escuta ativa, interpretada aqui como ferramenta de gestão social, apresenta sete regras:

- Não ter pressa de chegar às conclusões. As conclusões são a parte mais efêmera da pesquisa;
- aquilo que você vê depende de seu ponto de vista. Para conseguir se dar conta de seu ponto de vista, você deve mudar de ponto de vista;
- se você quer compreender o que o outro está dizendo, deve assumir que ele tem razão e pedir-lhe para que o ajude a ver as coisas e os eventos pela perspectiva dele;
- as emoções são instrumentos de conhecimento fundamentais, se soubermos compreender sua linguagem. Elas não te informam sobre o que você vê, mas sobre o seu jeito de observar. O código delas é relacional e analógico;
- um bom ouvinte é um explorador de mundos possíveis. Os sinais mais importantes são aqueles que se apresentam à consciência como insignificantes e desconfortáveis, marginais, porque incongruentes com suas próprias certezas;
- um bom ouvinte assimila prazerosamente os paradoxos do pensamento e da comunicação. Enfrenta o dissenso como ocasião para exercitar-se em um campo que o apaixona: a gestão criativa do conflito;
- para tornar-se especialista na arte de escutar, precisa-se adotar uma metodologia humorística. Mas quando você aprende a escutar, o humor apresenta-se naturalmente.

Como capacidade procedimental, a arte de escutar, tanto quanto a obrigatoriedade de se fazê-la, é certamente um dos elementos unanimemente incontestáveis como fundamentais no universo da complexidade. No nosso cotidiano, há mais ansiedade em falar do que escutar o que o outro tem a dizer<sup>11</sup>. Na visão de Giannella (2008, p.11):

A retórica é uma arte antiquíssima enquanto a “escutatória” parece um neologismo extravagante. Entretanto, talvez se trate da competência mais importante para enfrentar os novos tempos, aquela a partir da qual as outras podem desabrochar.

Aqui se corrobora a preciosa colaboração de Sclavi (2000, p. 36), que salienta:

A arte de escutar, a gestão criativa de conflitos e a competência emocional constituem um tripé em que cada componente suporta e se alimenta das outras. Não cabe aqui nem um sintético relato de tudo o que esta arte implica. Só posso destacar que ela parece sintetizar uma nova visão de mundo e apontar os traços de uma nova antropologia<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> “Sempre vejo anunciados cursos de oratória. Nunca vi anunciado curso de escutatória. Todo mundo quer aprender a falar. Ninguém quer aprender a ouvir. Pensei em oferecer um curso de escutatória. Mas acho que ninguém vai se matricular”. Rubem Alves, em Escutatória, Publicado em 5/1/2005. <http://ouvidoria.petrobras.com.br/PaginaDinamica.asp?Grupo=254&Publicacao=320&APRES=PUBL>, acesso em 20-04-2008.

<sup>12</sup> Eis alguns elementos esparsos das “sete regras da arte de escutar” que a autora destila como para fornecer uma espécie de lembrete-guia para os “navegantes”: “Não tenha pressa de chegar às conclusões. Na pressa aplicamos esquemas de interpretação mecânicos e riscamos de perder o que há de importante e novo. O que você vê depende de seu ponto de vista. Para enxergar este

Segundo Sclavi (2000), pode-se diferenciar o ouvir do escutar; falar de escuta empática ou também de escuta passiva e ativa, conforme Quadro 2:

QUADRO 2  
Estratégias para escutar

| <b>Escuta passiva</b>   | <b>Escuta ativa (arte de escutar)</b>   |
|---|---|
| Estática<br>(apenas uma perspectiva é a certa)  | Dinâmica<br>(aceita multiplicidade de perspectivas)                           |
| Passiva<br>(pretende espelhar a realidade)  | Ativa<br>(consciente de estar contribuindo para a construção da realidade)    |
| Em controle<br>(cada acidente de percurso e desconforto é negativo e tem que ser escondido) | Aceita paradoxos e perplexidades<br>(ocasiões de aprendizado)                 |
| Pretende objetividade   | Nem objetiva nem subjetiva<br>(exploração de mundos possíveis)                |
| Tenta neutralizar as emoções  | Centralidade das emoções<br>(ajudam a reconhecer nossas premissas implícitas) |

Fonte: Sistematizado por Sclavi (2000).

Neves e Rollo (2006, p. 7) realçam que, para a PNH, “acolhimento não significa triagem para a consulta médica, mas reconhece que uma escuta ativa eficaz pode gerar, na atenção ao usuário, novas alternativas que prescindam da consulta médica, racionalizando a sua utilização”.

Ainda de acordo com esses autores, para que a ação de acolhimento seja realmente implementada, tem-se muito a fazer. Sua resignificação como postura, nos espaços coletivos e de geração de vínculo, e expressão da escuta qualificada é o que deve predominar.

---

ponto de vista, precisa mudá-lo. Para entender o que um outro está dizendo deve assumir que ele(a) tenha razão e pedir-lhe para que lhe amostre o ponto de vista a partir do qual ele(a) vê o que vê. As emoções são instrumentos cognitivos fundamentais. Elas te falam não de objetos e sim de relações”.

## 2.5 Acolhimento nas ações de produção de saúde: nova tecnologia

A prática da gestão social e o compartilhamento do conhecimento e dos bens intangíveis, que são as ideias, constituem o meio e o fim da atividade dos inovadores (GIBBONS *et al.*; 1994; MACIEL, L., 2004). Torna-se necessário difundir o conceito de inovação como forma de incluir as condições coletivas para a capacitação de profissionais, aperfeiçoamento de parcerias e agilidade corporativa.

Segundo Andrade (2005, s.p.):

Inovação é uma daquelas palavras carentes de definição precisa e que são defendidas por grupos sociais os mais diversos. De forma semelhante a outros conceitos como globalização e desenvolvimento sustentável, é um termo extremamente polissêmico e consensual, tido por muitos como a tábua de salvação para todos os problemas que envolvem tecnologia e crescimento econômico.

Por se tratar de um processo criativo de reinterpretação e reconcepção, o acolhimento, como inovação, busca fomentar a transformação concreta na gestão do trabalho em saúde. Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975). Trabalho é uma inteligência estratégica e prática. Segundo a ergonomia, a participação do trabalhador tanto na intervenção quanto na decisão é condição para bem-estar, segurança e eficácia (FERREIRA, 2000).

Cabe também ressaltar conforme Ferreira (2000), que tanto seja a instituição de saúde de grande ou de pequeno porte, sempre se encontrará uma parte implícita, um trabalho esperado, do qual os responsáveis e os trabalhadores têm a sua própria representação. Como a tarefa é uma prescrição, um quadro formal, é o trabalho real dos trabalhadores ou atividade que permite a produção em saúde.

Simplificando, de certa forma pode-se dizer que a atividade diz respeito aos procedimentos e comportamentos dos trabalhadores da saúde na realização de determinada tarefa. Pelos planos definidos pela organização do trabalho em saúde, revelam-se diferenças entre o prescrito e o real, visto que o trabalho real

dos trabalhadores nunca é o puro reflexo da tarefa, nem uma mera execução. Conforme salienta Teiger (1992, p. 114), uma: “[...] manifestação da interação entre o sujeito trabalhando e o seu ambiente *latu sensu*, cada um dos dois elementos representa a realidade, a materialidade do trabalho”.

O acolhimento como ato ou efeito de acolher manifesta, em suas várias expressões, uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Trata-se de uma tecnologia (tecnologia do encontro) para: reorganização do serviço de saúde, mudança do foco de trabalho de uma equipe multiprofissional, garantia do acesso universal aos serviços de saúde, alcance de resolutividade dos problemas ou necessidades de saúde, promoção da humanização na assistência e estímulo à qualificação dos profissionais, permitindo com que estes assumam postura acolhedora. Segundo Lemos (2000, p. 170), “as novas tecnologias acarretam, assim, tanto os meios para a cooperação, como a necessidade de criação de mais intensivas e variadas formas de interação e aprendizado intensivo”.

Em termos gerais, na visão de Trigueiro (2008, p. 58), o acolhimento como tecnologia consiste em uma atividade humana, socialmente condicionada, que engloba um conjunto de meios – instrumentos e procedimentos – para a obtenção de um fim almejado e, ainda:

O processo de produção de tecnologia é, assim, uma estratégia seletiva mediante a qual se elegem certas opções tecnológicas, entre diversas possibilidades, sem excluir, porém, definitivamente, as possibilidades não selecionadas (TRIGUEIRO, 2008, p. 69).

Baseando-se então em Lemos (2000) e Trigueiro (2008), essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. Neste sentido exato, de ação de “estar com” ou “próximo de”, quer-se afirmar que o acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da PNH do SUS: ética, por se referir ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, dor, alegrias, modos de viver, sentir e estar na vida; estética, porque traz para as relações e encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, com a construção

de nossa própria humanidade; e política, porque acarreta o compromisso coletivo de envolver-se nesse “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nos serviços de saúde favorece a relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, colaborando para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde e a possibilidade de melhorias na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS (PASCHE, 2009).

Como tecnologia relacional, o acolhimento está presente nas relações e encontros no decorrer da vida. Com o advento da globalização, nota-se que a dinâmica da difusão e enriquecimento predatório no mundo vem produzindo efeitos catastróficos no que se diz respeito à fragilidade das relações de trabalho/emprego e ao aumento das privatizações dos sistemas de seguridade social, ficando significativo número de pessoas sem garantia das condições de sobrevivência. O resultado desses impactos referentes às relações intersubjetivas é igualmente devastador, pois as reduz, muitas vezes, ao seu simples valor comercial, de troca (NEVES; ROLLO, 2006).

Nas relações de vida, demonstra-se certa escuta paralítica perante as necessidades e diferenças do outro e isso vem produzindo a triste impressão de preservação, de proteção ao sofrimento. Contudo, tais consequências fazem afundar no isolamento, fragilizam a sensibilidade e enfraquecem os laços coletivos por meio dos quais se nutrem as forças de criação e de resistência que constroem nossa própria humanidade. A vida não é o que se passa apenas em cada uma das pessoas, mas principalmente o que se passa entre as pessoas, nos laços que constroem e que reconstroem como autoridade de afetar e ser afetado, como demonstrado no diagrama da FIG. 1 (ARACAJU, 2003).

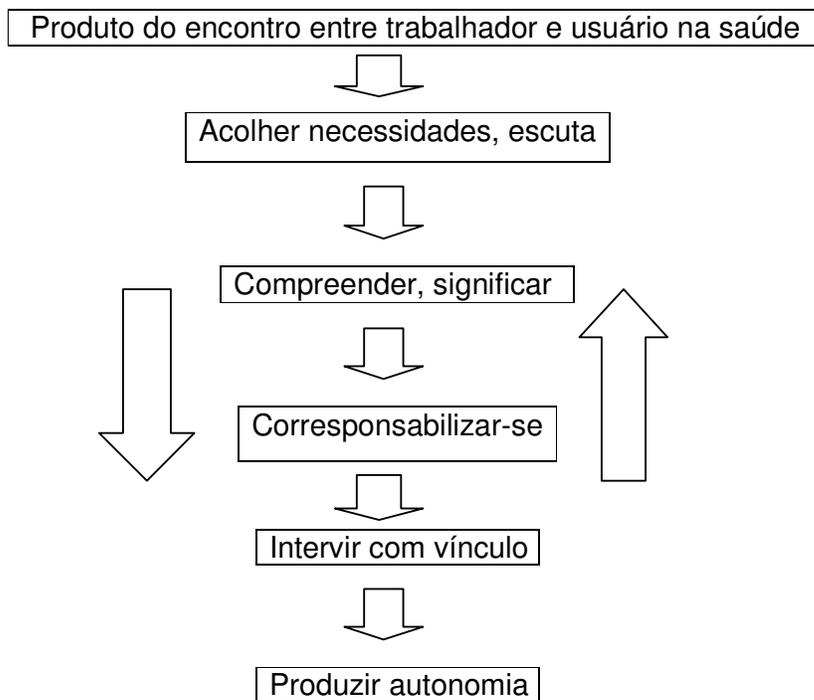


FIGURA 1 – Diagrama tecnoassistencial do acolhimento.

Fonte: Aracaju (2003).

Esse aspecto de afetar o outro e ser afetado é que se torna um dos desafios para reativar nos encontros com as pessoas a capacidade de cuidar ou estar atento para acolher, tendo como princípios norteadores:

O coletivo como plano de produção da vida; o cotidiano como plano ao mesmo tempo de reprodução, de experimentação e invenção de modos de vida e a indissociabilidade entre o modo de nos produzirmos como sujeitos e os modos de se estar nos verbos da vida (trabalhar, viver, amar, sentir, produzir saúde...) (NEVES; ROLLO, 2006, p. 3).

Para Neves e Rollo (2006), trata-se, então, do incentivo à construção de redes de autonomia e compartilhamento em que a experimentação advinda da complexidade dos encontros possibilita que “eu me reinvente inventando-me com o outro”. Ainda de acordo com esse autor, o acolhimento é um regime de aceitabilidade construído a cada encontro e a partir dos encontros, portanto, como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.

Têm-se como principais atores atuando nesse processo os gestores, os profissionais de saúde da rede SUS e os usuários do sistema. Esses são representados por profissionais de diferentes áreas e saberes (interdisciplinar/transdisciplinar), ordenados em função dos objetivos / missão de cada serviço de saúde, estabelecendo-se como referência para os usuários desse serviço (clientela que fica sob a responsabilidade desse grupo/ equipe) (NEVES; ROLLO, 2006).

A tecnologia do acolhimento pressupõe, também, na partilha e compartilhamento de saberes, as angústias e invenções, assumindo para si a responsabilidade de amparar e resguardar os sujeitos em suas exigências, com responsabilidade e resolutividade indicadas pelo problema em questão. Trata-se aqui de uma postura ética e não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo. Portanto, não se está falando de triagem; ele constitui uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (NEVES; ROLLO, 2006; PASCHE, 2009; SANTOS-FILHO; BARROS, 2007).

Para Franco, Bueno e Merhy (1999), ao procurar espontaneamente um serviço de saúde, as pessoas deverão ser acolhidas pelos profissionais da equipe técnica. Estes devem escutar a reclamação, os medos e expectativas, identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar resposta ao problema, ou seja, fazer a escuta qualificada.

Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se propaga em várias outras ações que, partindo do abrangente encontro do profissional de saúde e usuário, permite analisar: o ato da escuta e a produção de vínculo como ação terapêutica; as formas de organização dos serviços de saúde; o uso ou não de saberes e afetos para melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto esses saberes e afetos estão a favor da vida; a humanização das relações em serviço; a adequação da área física e a compatibilização entre a oferta e demanda por ações de saúde; a governabilidade das equipes locais e os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde (NEVES; ROLLO, 2006).

Para Neves e Rollo (2006), o acolhimento é entendido como um mecanismo tecnoassistencial que permite raciocinar e mudar as maneiras de realizar a assistência, visto que questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de ingresso aos serviços. Em relação ao processo de adoecimento dos usuários, as suas percepções e sua rede social não podem ser desconsideradas quando da avaliação de risco e vulnerabilidade. Estas questões significam estar atentos ao nível de sofrimento tanto físico quanto psíquico, pois sinais e sintomas podem estar disfarçados, deixando o usuário mais carente de atendimento e, conseqüentemente, com alto grau de risco e vulnerabilidade.

Esse dispositivo tecnoassistencial está intimamente relacionado ao cotidiano das práticas de saúde a partir da escuta qualificada e da capacidade de ajuste entre a necessidade do usuário e a condição de resposta do serviço. Torna-se indispensável a qualificação da produção de saúde, adicionando-se a responsabilização daquilo de que não se tem resposta de imediato, mas que é possível conduzir de forma ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário (NEVES; ROLLO, 2006).

Baseando-se nessas informações, a partir dos autores Neves e Rollo (2006), Santos-Filho e Barros (2007) e Pasche (2009), todos os profissionais de saúde fazem acolhimento. Contudo, as instituições de saúde carecem de equipes treinadas e capacitadas para favorecer o primeiro encontro do usuário com estes - ajustado às tecnologias relacionais, à produção de grupalidades, ao preparo e manuseio de banco de dados com informações sobre a clientela, ao serviço e à rede de saúde, de apoio e proteção social.

Segundo os autores citados anteriormente, essa tecnologia, sob a ótica de acordos firmados de forma compartilhada e solidária conforme orientações da gestão social, determina a agilidade no atendimento nos serviços de saúde, além da avaliação de necessidade do usuário em função de seu risco/vulnerabilidade, e prioriza a atenção e não o atendimento por ordem de chegada. Desta forma, desempenham-se observação e organização da necessidade, distanciando-se do

modelo tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, visto que todos serão atendidos (NEVES, ROLLO, 2006).

Santos-Filho (2009) entende que esse dispositivo se fortalece como uma intervenção de suma importância resolutive na reorganização e implementação da promoção da saúde em rede, uma vez que sua utilização transpõe o espaço de gestão local, consolidando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas.

Na opinião de autores como Silveira e Vieira (2005) e Solla (2005), o acolhimento, como projeto do SUS, orienta as políticas de saúde, pois possui princípios de universalidade, integralidade e equidade no atendimento à população. Entretanto, podem-se observar serviços de saúde nada acolhedores, com normas rígidas e procedimentos centralizados, sem qualquer tipo de ação recíproca multiprofissional. Maciel, M. (2004) acentua que os profissionais de saúde se assemelham a técnicos burocraticamente controlados, e não a profissionais que possuem autonomia técnica.

No entanto, uma importante ferramenta de gestão social, a escuta qualificada, permite também priorizar, além de outras intervenções, a atenção em relação ao risco e favorece que cada caso seja direcionado de maneira apropriada (FRACOLLI *et al.*, 2003; RAMOS; LIMA 2003; REIS; TIROL, 2002; SÃO PAULO, 2002; SCHIMITH; LIMA, 2004). Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999), a produção de relações de escuta qualificada e de responsabilizações entre os atores da saúde é necessária para fazer intervenção e controlar o sofrimento do paciente. Por isso, devem ser evitados os procedimentos técnicos centralizadores, pois o envolvimento com o usuário deve permitir a relação humanizada e mais próxima dos que buscam os serviços de saúde (CAMELO; ANGERAMI; SILVA, 2000).

Seguindo essa linha de raciocínio, para Pasche (2009), o acolhimento constitui ótima alternativa para modificarem-se as práticas de cuidado na rede de saúde. Um resultado desejado é que esse cuidado seja reconsiderado, criador de mais

vínculo, mais inclusão, de inserção ampliada dos usuários, ao mesmo tempo em que reorganize o trabalho das equipes para esse cuidado.

Se a aprendizagem experiencial é um meio poderoso de elaboração do saber-fazer e dos conhecimentos, seu domínio pode tornar-se um suporte eficaz de transformações (JOSSO, 2004, p. 41). Para Schwartz (2000), trabalhar envolve sempre uma dramática do uso de si<sup>13</sup>. Trabalhar é sempre um drama, no sentido de que envolve o trabalhador por inteiro. É o espaço de tensões problemáticas, de negociações de normas e de valores. Schwartz (2003, p. 185) “afirma que o trabalho não é jamais pura execução”.

Segundo Schwartz (2003), a gestão do trabalho implica “um ‘uso de si’, o que significa dizer que é necessário recorrer às suas próprias capacidades, seus próprios recursos e suas próprias escolhas para [...] fazer alguma coisa”. A isso se chama “vazio de normas”, uma vez que as diferentes determinações para o trabalho são insuficientes para ele ser realizado. Não é determinado inteiramente pelas normas, pelas exigências de um meio exterior.

Nessa direção, encontra-se nas obras de diversos autores a proposição de que a análise do trabalho é sempre, de certa forma, clínica do trabalho. Por exemplo, em Dejours (1992), a opção metodológica fundada na psicodinâmica do trabalho; em Clot (2006), a direção tomada é a de uma psicologia do trabalho entendida como uma clínica da atividade e dos meios do trabalho; e em Schwartz (2003), a proposição é a de uma clínica das situações de trabalho ou das atividades de trabalho a partir da abordagem ergológica.

Para Santos-Filho (2009, p. 55), a compreensão do trabalho se dá como:

---

<sup>13</sup> O conceito de “uso de si” foi usado por Yves Schwartz (2000) referindo-se à marca do que é para os humanos a herança de suas vidas, recorrendo a seus recursos e escolhas para fazer alguma coisa.

“Atividades vivas” postas em ação pelos trabalhadores, sujeitos que, em situação de trabalho, são capazes de inventar e reinventar modos de fazer, produzindo conforme o que se espera de sua inserção na produção, transformando “matérias”, realizando produtos [e “trabalho imaterial”], mas ao mesmo tempo também se transformando (a si próprios e os coletivos).

Considerando essas prerrogativas, pode-se afirmar que os profissionais de saúde podem reinventar o seu fazer e transformar a atitude atual de “não acolhimento” em acolhimento. Com a intenção de proporcionar ao usuário assistência humanizada, eles se comprometem com a resolução de seus problemas a partir das suas expectativas, dúvidas, medos e esperanças (SANTOS FILHO, 2009).

Finalmente, não se pode deixar de mencionar aqui que os usuários dos serviços de saúde também têm deveres para com a sociedade, que financia esses serviços, como, por exemplo, todo cidadão deve se comprometer a:

Prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações sobre queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos e/ou drogas, reações alérgicas e demais indicadores de sua situação de saúde; manifestar a compreensão sobre as informações e/ou orientações recebidas e, caso subsistam dúvidas, solicitar esclarecimentos sobre elas; informar ao profissional de saúde e/ou à equipe responsável sobre qualquer mudança inesperada de sua condição de saúde; comunicar aos serviços de saúde ou à vigilância sanitária irregularidades relacionadas ao uso e à oferta de produtos e serviços que afetem a saúde em ambientes públicos e privados; e participar de eventos de promoção de saúde e desenvolver hábitos e atitudes saudáveis que melhorem a qualidade de vida”, dentre outros (BRASIL, 2006b, p. 6).

De acordo com Nogueira-Martins e Bógus (2004), a promoção e humanização-acolhimento da saúde são processos longos, dinâmicos e relacionados a cada contexto. Sabe-se que em qualquer atmosfera de mudanças é esperado algum grau de resistência, o que de certa forma é natural, sejam elas pessoais, sociais e/ou institucionais, uma vez que o antigo e conhecido deixam as pessoas mais seguras. É necessário que se superem as dificuldades e para isso é demandado algum tempo para que os atores protagonistas no processo possam olhar a realidade de forma diferente.

Para que isso ocorra, um processo de reflexão continuada deve ser trabalhado, possibilitando a todos perceberem suas ações e a que elas incitam: ao

autoritarismo, individualismo, violência e afastamento do outro ou à convivência ética, solidariedade, fortalecimento dos sujeitos e construção de relações positivas, de maneira que sejam incorporadas culturalmente como novas respostas do ser humano (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

O acolhimento, tanto quanto a gestão social em suas diretrizes, demanda dos atores da saúde a prática da democracia, o alcance dos direitos sociais à saúde, tanto para si quanto para os usuários do SUS, organização social, executando respostas sustentáveis, com gerenciamento de ação pública, por intermédio de projetos, serviços, programas, gestão participativa, com objetivos claros, com um norte social e sujeitos com noção de direitos (TENÓRIO, 2002).

Nogueira (2005, p. 145) salienta:

A gestão participativa busca modificar a articulação entre governantes e governados. O gestor governamental relaciona-se com o cidadão de modo não só “amigável”, mas também “interativo”, superando distâncias, atritos e unilateralidades. Sua função é “trazer” o cidadão para a órbita do governo da comunidade, envolvê-lo nos assuntos governamentais.

Para a PNH (BRASIL, 2008, p. 60), a gestão participativa é:

O modo de gestão que incluiu novos sujeitos no processo de análise e tomada de decisão. Pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Nos espaços de gestão é possível construir conhecimentos compartilhados considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos.

Na concepção de vários autores, como Campos (2005), Pasche (2009) e Santos-Filho (2009), cabe a todos revisar os valores, conceitos, posturas e atitudes ao se pensar a PNH quando se refere ao processo da saúde. Achar que apenas ter o conhecimento dela seja suficiente não irá provocar mudanças. Compete aos profissionais o empenho para transformá-la de utopia em realidade alcançável.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Bases do estudo

Considerando-se as características do objeto em estudo, isto é, concepções e atitudes de pessoas, e o objetivo de apreendê-los e compreendê-los, optou-se pela pesquisa qualitativa, que, no entender de autores conceituados na área das ciências sociais, presta-se melhor à abordagem dos mesmos (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999; BECKER, 1999; HAGUETTE, 1999; MINAYO, 2007).

A importância da metodologia qualitativa na pesquisa em saúde apoia-se no princípio de que a Medicina não é uma ciência exclusivamente biológica e na existência de aspectos psicossociais que necessitam ser abordados:

A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ela trabalha com o universo dos significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes. O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos (MINAYO, 2007, p. 21).

A metodologia qualitativa, portanto, é o percurso a ser seguido por aqueles que objetivam assumir “o desafio de ir em busca dos significados da ação humana que constrói o seu dia-a-dia” (MINAYO, 2007, p. 21). Ainda conforme Minayo e Sanches (1993), dada a especificidade das ciências humanas, a objetividade não é realizável. Mas deve-se buscar a objetivação, que inclui o rigor no uso do instrumental teórico e técnico adequado.

Os métodos e técnicas de preparação do objeto de estudo, de coleta e tratamento dos dados, ajudam o pesquisador, de um lado, a ter visão crítica do seu trabalho e, de outro, a agir com instrumentos que possibilitem elaborações mais objetivadas. A objetivação diz que é necessário buscar formas de reduzir a incursão excessiva dos juízos de valor na pesquisa.

A questão da amostragem em pesquisa qualitativa merece comentários especiais, de esclarecimento. Primeiro, não existe aleatoriedade, ao contrário, procura-se entrevistar as pessoas cujas ideias são representativas dos conceitos presentes na população em estudo. Segundo, o tamanho da amostra não é previamente definido (MINAYO, 2007).

Ainda no que concerne à abordagem qualitativa, Minayo e Sanches (1993) ensinam que ela se preocupa mais com o aprofundamento da compreensão do objeto de estudo e que seu critério de representatividade não é numérico, podendo-se considerar que a amostra ideal seria aquela capaz de possibilitar a apreensão da totalidade dos conceitos do grupo social pesquisado.

Por método qualitativo se entende uma ampla variedade de procedimentos que se baseiam no estudo de pequenas amostragens, estatisticamente irrelevantes, mas cuidadosa e intensivamente observadas. É um método que, diante de problemas complexos e globais, procura compreender os padrões estruturais repetitivos e os comportamentos recorrentes da realidade de forma a definir as hipóteses mais pertinentes que futuramente poderão ser verificadas por amostragens controladas (VASCONCELOS, 1997, p. 12).

Quanto à possibilidade de generalização dos conceitos, pode-se afirmar que quanto mais próxima da realidade cultural e social dos entrevistados uma população estiver, mais chances há de que os conceitos apreendidos se apliquem a ela. Conforme diz Vasconcelos (1997, p.33), a respeito de generalização em pesquisas qualitativas:

O trabalho procura estudar um problema teórico amplo num local circunscrito, a partir do acompanhamento de um número limitado de atores envolvidos. Qual a possibilidade de generalização do conhecimento produzido? A possibilidade de generalização nasce do pressuposto de que há dimensões estruturais e recorrentes na realidade. Assim, o estudo dirá respeito a outras realidades. Mas a generalização não pode ser imediata. São feitas afirmações sobre a realidade estudada; a generalização e a aplicação a outras realidades se farão pela mediação do leitor através de sua interpretação aplicada aos contextos em que estiver inserido. Será o leitor que julgará se o texto oferece chaves de compreensão aplicáveis à sua problemática.

Entre as diversas abordagens para análise, na metodologia qualitativa optou-se pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), porque por meio dele torna-se mais fácil visualizar a melhor representação social de cada sujeito, na medida em que esta surge não sob a forma (artificial) de quadros, tabelas e categorias, mas de (mais viva e direta) um discurso, que é o modo como os indivíduos reais, concretos pensam.

Como técnica qualitativa, o DSC é uma estratégia metodológica com vistas a tornar mais clara uma dada representação social e o conjunto das representações que conforma um dado imaginário (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Trabalha-se aqui com o conceito de representação social, que toma os sistemas de ideias, sentimentos e atitudes dos indivíduos como gerados e, portanto, representantes de sua cultura e sua época. Desta forma, o que se busca aqui é a representação social da escuta qualificada expressa a partir de profissionais de saúde do ABF-HC-UFMG.

Estudos sobre representações sociais buscam observar o processo de apropriação do mundo pelo indivíduo. Elas se expressam por afirmações que os indivíduos fazem sobre sua realidade e sua integração com os outros indivíduos. Portanto, é um produto de determinações históricas do aqui e agora e situa o indivíduo no seu mundo. Também pode ser definida como o processo de assimilação da realidade pelo indivíduo, como a interpretação que ele faz da sua realidade.

A representação social se constitui com as experiências que são transmitidas pela tradição, pela comunicação oral, pela mídia e pela educação formal. Portanto, é uma interpretação pessoal e ao mesmo tempo não é pessoal, pois a sociedade é que constrói no indivíduo a forma como deve ser representada. A representação social é produzida coletivamente pela sociedade (SALLES, 1993). Quando se emite uma opinião ou um conceito sobre determinado assunto, esse conceito é, em parte, ressignificado a partir das próprias vivências.

Portanto, segundo Verón (1980), os DSCs não são as representações sociais, mas buscam apenas constituir uma camada delas. Diretamente sobre essa camada outra camada pode ser agregada, constituída por um ou vários discursos ou formações discursivas ou ideologias em ação nos DSCs.

Para a elaboração do DSC, parte-se dos discursos em estado bruto, que são submetidos a um trabalho analítico inicial de decomposição. Esse trabalho consiste, basicamente, na seleção das principais ancoragens e/ou idéias centrais presentes em cada um dos discursos individuais e em todos eles reunidos e termina sob forma sintética, em que se busca a reconstituição discursiva da representação social.

### **3.2 Aspectos éticos**

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNA (ANEXO A), de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde – Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 – que regulamentam a pesquisa com seres humanos. Foi encaminhada ao Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital das Clínicas da UFMG (ANEXO B) para sua anuência e autorização para a coleta de dados.

### **3.3 Caracterização do local da pesquisa**

A pesquisa foi realizada no Ambulatório Bias Fortes do Hospital das Clínicas da UFMG. Esse local foi escolhido por diversos fatores, como: o ABF da UFMG presta assistência à população em diferentes áreas de conhecimento e especialidades médicas; oferece serviços nas áreas de clínica médica, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, serviço social, neurologia, pneumologia, ortopedia, cirurgia, reumatologia, cardiologia, pediatria, transplantes, entre vários outros; o atendimento no ambulatório é realizado, em conjunto, por diversos profissionais de saúde, docentes, discentes e servidores, além de

desenvolver projetos de extensão que inserem o aluno em práticas assistenciais e de pesquisa.

Apresenta significativa demanda de usuários, sendo referenciados em sua maioria pelo SUS, provenientes do próprio ABF, de hospitais públicos, de postos e centros de saúde de Belo Horizonte e de diversas prefeituras do interior do estado. O ABF se insere na PNH.

### **3.4 Os sujeitos da pesquisa**

Participaram como sujeitos seis profissionais de saúde de nível superior e integrantes da equipe multiprofissional: enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e gestores. Todos se encontram envolvidos com as atividades assistenciais, de ensino clínico e estágio no ambulatório. Seus depoimentos contribuíram para as representações sociais sobre os atributos/habilidades de escuta qualificada, fornecendo instrumentos de gestão para a efetivação de uma intervenção, com vistas à sistematização dos conteúdos procedimentais necessários para melhor gestão social do ABF, vislumbrando-se o processo de acolhimento. O critério de encerramento da coleta de informações foi pautado pela saturação dos dados e novos depoimentos já não foram mais incluídos.

### **3.5 O desenvolvimento da pesquisa**

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, individualmente, por meio de questões amplas, com linguagem acessível ao entrevistado, contendo quatro questões abertas norteadoras sobre o tema (APÊNDICE A). Segundo Triviños (1987), a entrevista é um tipo de instrumento que proporciona ao entrevistado a livre expressão de suas representações.

O entrevistado deve se sentir à vontade e confortável durante seu depoimento e o entrevistador tem o papel de providenciar tudo isso, inclusive quanto aos objetivos da entrevista (GARRET, 1981).

As entrevistas foram obtidas dentro de um prazo aproximado de 20 dias, no mês de novembro/2010, após agendamento prévio. Foram gravadas em gravador digital e transcritas na íntegra pelo pesquisador. Por se tratar de uma conversa, a entrevista permitiu a discussão de ideias entre entrevistador e entrevistado, sendo que a percepção emocional, gestual e contextual proporcionou as correções contínuas dos “mal-entendidos”, relacionando-se mais as respostas do entrevistado das reais questões do entrevistador.

Quando se optou pela entrevista semiestruturada, identificou-se serem as mesmas mais adequadas aos objetivos do estudo quando comparadas aos inquéritos por questionários, uma vez que produzem mais informações e possibilitam apreender o grupo de ideias, sentimentos e atitudes dos atores sociais, prenunciado no objetivo do estudo. Para Minayo e Sanches (1993, p. 239), “instrumento para orientar uma conversa com finalidade, que é a entrevista, ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação”.

A participação nas entrevistas e a sua importância, tanto quanto seus objetivos em relação ao tema, foram explicadas para os profissionais de saúde participantes. Foram também elucidadas as dúvidas quanto ao anonimato da participação, tanto quanto à liberdade de participar ou não da pesquisa. Houve a concordância de todos em colaborar, com registro feito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi devolvido em cópia assinada por este pesquisador aos sujeitos (APÊNDICE B).

### **3.6 Análise dos dados**

Ao término das entrevistas, as mesmas foram ouvidas inúmeras vezes para que se tivesse visão geral do todo com o intuito de apropriação adequada dos seus

conteúdos. Em seguida, procedeu-se à transcrição rigorosa das mesmas. As entrevistas foram cadastradas por um código (E), a saber: E1 = entrevista 1, E2 = entrevista 2, assim sucessivamente, E6 = entrevista 6.

Sabendo-se dos dados e informações que se pretendia coletar, como plano de organização foi empregado o plano metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é indicado por Lèfevre e Lèfevre (2005). Segundo esses autores, em se tratando de pesquisa qualitativa, independentemente de qual técnica seja utilizada pelo pesquisador, devem permanecer inalterados os depoimentos, por serem discursos, ou seja, conservados em suas qualidades durante e depois de serem processados. Referindo-se ao processamento dos depoimentos, o que se quer dizer é que foram dispostos em grupos ou associados pontos em conjunto, o que significa adicionar qualidades, qualitativamente.

Ao se adicionarem os discursos individuais uns aos outros, tem-se como resultado um ou vários discursos do sujeito coletivo. Vale, ainda, acrescentar que o pensamento coletivo não está conectado ao somatório dos pensamentos individuais, e sim ao discurso da coletividade, ao imaginário social, às representações sociais, ao pensamento preexistente.

A técnica do DSC tem por fim fazer as correlações apropriadas que a sociedade traz embutida nos seus discursos, incluindo valores intrínsecos, presentes no dia-a-dia dos agentes sociais.

Essa metodologia apresenta, para Lèfevre e Lèfevre (2005), quatro figuras para sua utilização, que foram preparadas para auxiliar a organização e tabulação dos depoimentos e outros discursos, condição prévia e imprescindível para a boa análise e explicação dos depoimentos. Essas figuras são representadas por: expressões-chave, ideia central, ancoragem e o discurso do sujeito coletivo.

Expressões-chave (ECH) são fragmentos, segmentos ou transcrições literais do discurso, que devem ser sublinhadas, iluminadas, coloridas pelo pesquisador e que revelam a essência do depoimento ou, mais especificamente, do conteúdo

discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento (que, em geral, correspondem às questões de pesquisa).

Nessa etapa, buscou-se o resgate da literalidade do depoimento, o qual é essencial na medida em que, por meio dele, o leitor é capaz – comparando um trecho selecionado de depoimento com a integralidade do discurso e com as afirmativas reconstruídas sob a forma de ideias centrais e ancoragens – de julgar a pertinência ou não da seleção e da tradução dos depoimentos. Desta forma, as expressões-chave são uma espécie de prova discursivo-empírica da verdade das ideias centrais e das ancoragens, e vice-versa.

De acordo com Lèfevre e Lèfevre (2005), é com a matéria-prima das expressões-chave que se constroem os discursos do sujeito coletivo e para isso devem ser coletadas com rigor e observação. Toda a veracidade do depoimento oral entre um trecho selecionado e as afirmativas reconstruídas está representada por elas, devendo-se decidir relevante ou não a forma de traduzir discursivamente a ancoragem ou a ideia central.

No que diz respeito à ideia central (IC), ela é um nome ou expressão linguística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC. É importante assinalar que a IC não é uma interpretação, mas uma descrição do sentido de um depoimento ou de um conjunto de depoimentos.

Essas ICs podem ser resgatadas com base em descrições diretas do sentido do depoimento, revelando o que foi dito, ou a partir de descrições indiretas ou mediatas, que revelam o tema do depoimento ou o que o sujeito enunciator está falando. Neste último caso, será preciso, após o levantamento do tema, identificar a - ou as - ICs correspondentes a cada tema.

Lèfevre e Lèfevre (2005) afirmam que, para efeito de análise dos depoimentos, a IC poderia ser entendida como a “síntese do conteúdo discursivo verbalizado

pelos sujeitos”. São as afirmações, negações e dúvidas a respeito da realidade presente, bem como os juízos de valor do dia-a-dia dos depoentes.

Quanto à ancoragem (AC), algumas ECHs remetem não a uma IC correspondente, mas a uma figura metodológica que, sob a inspiração da teoria da representação social, denomina-se ancoragem (AC). Esta é a manifestação linguística explícita de uma dada teoria ou ideologia ou crença que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica. Vale observar que todo depoimento tem uma ou várias ICs, mas apenas alguns apresentam, de maneira explícita, as marcas discursivas da ancoragem.

O DSC, por ser a principal entre as figuras metodológicas, merece desenvolvimento mais aprofundado. Ele é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto das ECHs que têm a mesma IC ou AC.

Com efeito, com o DSC, os discursos dos depoimentos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora, já que o que se busca fazer é reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessário para expressar uma dada “figura”, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno.

O DSC é, assim, uma estratégia metodológica que, utilizando uma estratégia discursiva, visa a tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário.

Posto assim, essa técnica tem como objetivo examinar o conteúdo verbal coletado, tirando-se de cada um dos depoimentos orais as ICs e as suas respectivas ECHs e, com essas duas, construir um ou vários discursos-síntese, que Lèfevre e Lèfevre (2005) denominam de DSC. Ainda para esses autores:

Parte-se dos discursos em estado bruto, que são submetidos a um trabalho analítico inicial de decomposição que consiste, basicamente, na seleção das principais ancoragens e/ou ideias centrais presentes em cada um dos discursos individuais e em todos eles reunidos e que termina de forma sintética, na qual se busca a reconstituição discursiva da representação social (LÉFEVRE; LÉFEVRE, 2005, p. 20).

No capítulo seguinte, serão exibidos os resultados das representações sociais obtidas por meio dos DSCs originados das entrevistas referentes aos procedimentos de gestão social na escuta qualificada e elementos para formação continuada em saúde, indicando mudanças que poderiam qualificar o cuidado e a atenção aos profissionais e usuários.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão exibidas agora as referidas representações sociais dos entrevistados, tendo como instrumento a descrição das “ideias centrais” e as “expressões-chave” para cada resposta de acordo com a pergunta formulada.

Neste estudo, foi utilizado um único instrumento de análise de discurso (IAD2), no qual foram listadas todas as ideias centrais e todas as expressões-chave para cada um dos participantes, relativo às mesmas respostas para cada uma das quatro perguntas da entrevista, com total resgate da literalidade dos sujeitos em questão. Após várias releituras das entrevistas, partiu-se para a exata localização das expressões-chave, tendo-se em mente que, por várias vezes, alguns pensamentos presentes nas falas dos profissionais tinham sintonia e expressavam o cerne da questão que originou este estudo. A seguir, reuniu-se em torno de uma ou mais ideias centrais tais pensamentos expressos, preocupando-se sempre com a preservação e fidelidade deles.

### QUADRO 3

Desenvolvimento do Instrumento de Análise de Discurso – 2 (IAD-2): escuta

| <b>(P1) O que significa “escutar” efetivamente o outro?</b>  |   |
|--|---|
| <b>Ideia central</b>   | <b>Expressões-chave (<i>sic</i>)</b>  |
| Eu pressuponho o reconhecimento do outro, senão não há como fazer escuta. Ela deve ser livre de preconceitos e também ser feita com os olhos. A partir da experiência profissional percebe-se se o outro é escutado ou não, ela é uma escuta da pessoa como um todo. | <b>E1.</b> [...] Pressupõe primeiro reconhecimento deste outro, se você não reconhece que existe o outro você não tem como fazer esta escuta. [...] a escuta tem que ser livre de preconceito, de julgamento, de expectativas, ela é livre, você está ali disponível para quem você está ouvindo[...] você também escuta com os olhos[...] tem a ver com o <i>feeling</i> que o profissional já deve ter e a pessoa a partir das respostas vai te dizendo se ela está sendo escutada ou não. [...] se ela tá começando a ficar mais restrita é porque ela não tá sentindo escutada[...] eu acho que a experiência vai te dizendo qual a melhor forma de observar isso[...] ela é uma escuta da pessoa como um todo. |

continua

Continua Quadro 3

| Ideia central  | Expressões-chave ( <i>sic</i> )   |
|--|---|
| <p>Eu penso ser uma integração da equipe de forma consciente, confiante e respeitosa e que envolve qualidade no atendimento. Eu reivindico e não sou ouvida, aí as motivações não ocorrem devido à forma de gestão.</p>  | <p><b>E2.</b> Escutar eu penso é uma integração do profissional com a equipe de forma consciente, do respeito e da confiança. Então escutar abrange uma qualidade no atendimento [...] não é apenas ouvir uma queixa, mas estar presente e vivenciar [...] o que incomoda enquanto equipe, o que tá incomodando o usuário. [...] motivações nós temos, mas o nosso sonho, da realização daquilo que se sonha de fato não acontece, por causa da forma de gerenciamento, forma de gestão [...] Alteração da gestão, organização sim [...]</p>  |
| <p>Eu percebo que escutar é ficar passivo frente ao que o paciente quer dizer. Também que a norma está acima do ouvir e que a organização do trabalho depende do saber ouvir. O não escutar incomoda a gestão e reproduz imagem ruim.</p>  | <p><b>E3.</b> É você se colocar na posição passiva, ouvir o paciente, prestar atenção, buscar [...] o que ele tá querendo te dizer. Então é não se impor, ficar ali passivamente ouvindo [...] as pessoas estão mais preocupadas em colocar norma e não ouvir [...] a partir do ouvir é que cê entende todo o seu processo de trabalho [...] aqui não ouvimos o paciente. Eu percebo isso [...] Ninguém quer escutar, é o eu, eu que sei, é a norma e pronto. Isso me incomoda e dificulta... minha gestão aqui. É difícil lidar com o paciente após um contato ruim, ele vai reproduzir essa imagem que ele teve. Aqui, de não ser escutado.</p>   |
| <p>Eu acredito que é você direcionar sua atenção e ouvir atentamente o sujeito como um todo. São raras a sensibilidade e a percepção de escutar. Eu percebo que as pessoas trabalham como máquinas e que a qualidade não é importante. A melhora do paciente fica comprometida.</p>  | <p><b>E4.</b> [...] é você parar tudo e voltar a sua atenção para aquele que tá te falando. Eu penso que... você tem que ouvir o sujeito como um todo. A sua postura corporal, sua expressão facial [...] Que naquela fala não verbalizada tem muito conteúdo da demanda das pessoas que te procuram. A maioria de nós, essa sensibilidade de perceber, analisar, avaliar o outro nas linguagens não faladas é muito raro. As pessoas trabalham como máquinas, como produção, as pessoas fazem, mais atender de fato, a qualidade desse trabalho realmente fica prejudicado. Eu tenho percebido... que a qualidade em si ela não significa muito. Está extremamente comprometida. E com isso, muito da necessidade real do sujeito fica relegada. E ele continua voltando indefinidamente nas consultas, sem,, contudo se melhorar.</p>   |
| <p>Escutar é ter a boa vontade de resolver o que o outro demanda. A clareza da escuta depende da relação que você tem com a pessoa. O pré-julgamento interfere no processo de escuta. Uma coisa básica na escuta é ser necessário gostar de gente doente. A escuta depende do nosso lado humanístico como solidários para atender à real necessidade do outro.</p> | <p><b>E5.</b> Pra mim... é você tá absolutamente disposto a entender exatamente o que a outra pessoa quer de você. [...] não necessariamente aquilo que a pessoa fala pra você é aquilo que ela precisa. Tem uma coisa que é aquilo que tá no nível do dito, que a pessoa diz pra você, tem aquilo que tá no nível do não dito, que é na relação que você estabelece com ela [...] por exemplo, a gente tem que saber com clareza o que a pessoa quer. A gente pode basear uma escuta na nossa percepção naquilo que a gente pré-julgou... nós temos que tomar cuidado com isso. Outra questão. Primeiro cê tem que gostar de gente doente, gente em sofrimento, pra você conseguir escutar as pessoas, que é você se permitir, se deixar surpreender pelas pessoas. [...] porque somos humanos também somos capazes de ações belíssimas, fantásticas, de sermos solidários, de estarmos juntos, de escutar a demanda do outro e atender a demanda do outro. Escutar o outro é estar literalmente disponível pra entender qual é a real necessidade daquela pessoa e aí, assim, fazer os encaminhamentos necessários.</p> |

continua

### Continua Quadro 3

| Ideia central   | Expressões-chave ( <i>sic</i> )  |
|---|--|
| <p>Eu aprendi na faculdade a diferença entre ouvir e escutar e a dar espaço para que o outro possa falar. Nem todo mundo sabe escutar. A escuta é poderosa e efetiva quando se tem o retorno positivo do outro. É um dispositivo de ajuda ao próximo.</p> | <p><b>E6.</b> Eu comecei diferenciar na faculdade ouvir de escutar, onde eu vi que a escuta tinha algo a mais, indo além do conteúdo que tá saindo da boca dela... Escutar [...] não significa exatamente algo de uma precisão matemática. É dar esse espaço para que o outro possa falar e ele vai... que não é algo também, vamos dizer, muito fácil pensar que todo mundo tem que saber escutar o outro, né. [...] ele não está se escutando, ele não consegue captar, ele não tá captando o discurso... certamente não será capaz de escutar. É uma busca, que você mais vezes consiga escutar o outro [...] eu vou saber que foi uma escuta efetiva pelo outro... vai me dar um retorno se eu conseguir escutar... muitas vezes esse retorno mostra onde a gente falhou. [...] à medida que você vai se empenhando nisso e sabendo o poder disso, você pode utilizar disso e, bem, e ajudar outros... Também envolve conseguir fazer um intervalo ali... também tem um pouco isso assim, que tipo de posição que a gente pode ocupar.</p> |

#### 4.1 O significado de escutar

Do agrupamento das ideias centrais, procedentes dos depoimentos dos profissionais de saúde que compõem o grupo de pesquisa, em relação à categoria “o significado de escutar”, levantam-se os seguintes “discursos dos sujeitos coletivos”:

- Eu pressuponho o reconhecimento do outro. A escuta tem que ser livre de preconceitos, de julgamentos e de expectativas. Eu percebo que o outro é escutado a partir da experiência, do *feeling* e também com os olhos.
- Eu entendo escutar como ter boa vontade de resolver a necessidade do outro e sem pré-julgamento. É na relação que se estabelece com ela que dependerá a clareza da escuta.
- Eu penso ser uma integração da equipe e que envolve qualidade no atendimento. A forma de escutar interfere na gestão, pois se não sou ouvido as motivações não ocorrem. Eu penso que a organização do trabalho depende do saber ouvir para que se tenha uma gestão de qualidade.
- Eu aprendi que a escuta é poderosa e efetiva quando se tem o retorno positivo do outro. É dar esse espaço para que o outro possa falar. Eu percebo que as pessoas trabalham como máquinas e a qualidade não é importante. A escuta é um dispositivo de ajuda ao próximo.

A leitura, por diversas vezes, dos depoimentos, das ideias centrais e das expressões-chave sinalizou que os sujeitos desta pesquisa conceituam “escutar” na sua concepção mais originária, pois corrobora o que autores consagrados nesta temática apresentam.

Resgatando Rogers (1990), apreende-se das unidades apresentadas anteriormente que escutar transcende o ouvir, uma vez que não são apenas as palavras que penetram no nosso ser, mas todo o sentido posto nelas pela pessoa que fala. Complementando, a integralidade da pessoa se faz por meio de sua “escuta ativa” quando se escuta objetivamente sua linguagem verbal e não verbal e pela sua subjetividade desvelada nas relações tecidas com o profissional de saúde. Desse modo, é possível “cuidar” com qualidade (BRASIL, 1997).

Um dos sujeitos verbalizou que escutar é “[...] resolver a necessidade do outro, sem julgamento” e outro revela que “[...] escutar é dar espaço para que o outro possa falar”. Esses fragmentos de discursos indicam primeiro que o profissional de saúde propicia espaço para que o falante/ usuário revele seus pensamentos e sentimentos relativos à saúde, necessidades e dúvidas (FILGUEIRAS; DESLANDES, 1999). E, nessa mesma linha de pensamento, Mariotti (2007) explicita que o usuário precisa ser ouvido sem interrupções, sem inferências: simplesmente silencia-se para que seu ser seja escutado.

Esses dizeres convocam ao que o **E1** revela: “[...] eu pressuponho o reconhecimento do outro” quando o escuto. Isso sugere que se deve calar, fazer silêncio, estar inteiramente disponível para o outro que diz e revela seu mundo e situação de saúde. Assim, será possível atender, de fato, suas necessidades de saúde.

Sintonizando com Alves (2005), a arte de escutar, no modelo herdado no decorrer do tempo, nunca foi particularmente valorizada, pois todos querem aprender a falar, mas ninguém quer aprender a ouvir.

Nesse contexto de “escuta”, é fundamental atentar para o que Sclavi (2000) esclarece ao afirmar que sempre quando as mesmas coisas apresentam sentidos diversos, ou seja, em contextos / realidades complexos e multiculturais, a capacidade de escutar o outro se amplia e se abre, dando novos matizes à leitura de como se vê o mundo.

Poder-se-ia acrescentar a esses dizeres que a abertura para se enxergar o mundo possibilita novas descobertas e novos conhecimentos que permitem compreender o outro nas suas singularidades, auscultando-lhe o ser e, conseqüentemente, atendendo-o como cidadão.

Assim, no processo de escutar o outro, ao se assumir a provocação de pôr as próprias certezas entre quatro paredes e passar a acolher o ponto de vista do paciente, amplia-se a capacidade de antever outras dimensões possíveis. Trata-se aqui de uma competência que não se pode dispensar, a qual deveria ser ensinada e exercitada a partir da graduação dos cursos da área da saúde e também em todos os aspectos de interação e atendimento do ser humano.

Ao tratar da saúde como direito à cidadania, a audição, entre todos os sentidos, talvez seja a mais importante na aprendizagem. Até tempos atrás, na formação em saúde, nos currículos, é inexistente o aprendizado do ouvir. Entretanto, a comunicação significativa com o outro é originada da escuta, o que pode ser confirmado por Mariotti (2007), ao afirmar que o diálogo se processa quando se aprende a ouvir.

Hoje, com as mudanças no ensino institucionalizadas a partir das novas Diretrizes Curriculares Nacionais e com as políticas de humanização emanadas dos programas do Ministério da Saúde, espera-se que a formação dos profissionais, principalmente os da área da saúde, avance em direção à linha ética, humana, política, científica e estética. Afinal, o mundo é dinâmico e a perspectiva do vir-a-ser exige a busca constante da aprendizagem e se sair-se da sintonia desse mundo pode-se desconectar do processo global de desenvolvimento.

Sugere-se aqui, a todos os profissionais da saúde, que, apesar da sua justa preocupação com o falar claro, que também tenham a mesma preocupação com o escutar claro. O que importa ao cuidar da pessoa não é o fato de que ela tenha linguagem fluente, correta, elegante, bonita, mas que o profissional saiba decodificar sua linguagem, ou seja, que ele faça uma escuta de qualidade. E essa é uma excelente cadeira na qual os pacientes podem se assentar.

Dos discursos dos sujeitos desta pesquisa, emergiram falas que indicam a “[...] forma de escutar” como uma instrumentalização poderosa na gestão, pois, conforme mencionam, “[...] se não sou ouvida as motivações não ocorrem”. “[...] Eu penso que a organização do trabalho depende do saber ouvir para que se tenha uma gestão de qualidade”. Trazendo à tona os dizeres de Fischer e Melo (2006), constatam-se eco e respaldo para afirmar que é possível exercer uma gestão de qualidade quando o gestor possui características como visão compreensiva, orientação ética, sensibilidade e habilidade de comunicação e articulação. Essas características permitem que o gestor conheça a instituição, as pessoas de seu grupo de trabalho e, assim, possa promover o desenvolvimento de ambos. Pode-se inferir que isso só ocorre se ele fizer uma escuta, de fato.

Referente à operacionalização da gestão social quanto a espaços coletivos, estes vêm se tornando de certa forma e cada vez mais pertinentes como arranjos organizacionais, criados para impulsionar a construção de sujeitos e coletivos organizados. De fato, os DSCs revelam, “[...] é dar esse espaço para que o outro possa falar”; “[...] a escuta é um dispositivo de ajuda ao próximo”. Concorde-se com Fischer (2002) quanto a espaços concretos dedicados à escuta e tráfego de informações referentes a anseios, interesses e detalhes da realidade, assim como à análise da escuta e do processamento das informações e consequente tomada de decisão.

Esses espaços coletivos são instrumentos que podem se transformar em grupos de trabalho e de cogestão, como unidades de produção de saúde, e por meio da gestão participativa criar vínculos solidários e de participação coletiva com todos os atores da saúde, garantindo gestão de qualidade às pessoas (MORAES; TORRE, 2004).

O deslocamento dessas representações em direção à prática profissional em saúde pode contribuir para que os serviços se tornem mais efetivos na promoção da saúde. Ao mesmo tempo e de alguma maneira, pode contribuir e intervir nos processos de formação continuada dos profissionais da saúde.

#### QUADRO 4

##### Desenvolvimento do Instrumento de Análise de Discurso – 2 (IAD-2): escuta qualificada

| <b>(P2) O que é “escuta qualificada” para você?</b>   |  |
|---|--|
| <b>Ideia central</b>  | <b>Expressões-chave (sic)</b>  |
| <p>Eu pressuponho que ela tenha habilidades específicas, havendo necessidade de preparo para isso. Falta no hospital organizar e sistematizar isso. Ela é interativa, coletiva e social dentro da organização do trabalho. O acolhimento passa pela escuta qualificada, caracterizando mudança de conduta.</p>                                | <p><b>E1.</b> Ela pressupõe técnica, habilidades [...] uma habilidade específica. Não é só um desejo de escutar o outro. Ah, então, assim, uma pessoa que quer fazer uma escuta qualificada ela tem que se preparar para isso. Mas essencialmente é uma escuta dos profissionais da saúde, mas não exclusivamente. Todo profissional ele tem como atividade, primeiro, a escuta daquela pessoa que tá ali frente a ela [...] O que falta no hospital não é [...] é organizar e sistematizar. Às vezes eu não tenho tempo para escutar o paciente, ou eu percebo que o paciente tá querendo me falar de coisas e eu não me sinto preparado [...] porque eles não foram preparados para lidar com a pessoa e sim com a doença. [...] o paciente... ele quer uma escuta de quem tá cuidando dele. Então, isso [...] vai desenvolver uma sensibilidade desses profissionais que hoje a gente não tem. Então é coletivo no sentido que vai envolver todo o processo de trabalho, da porta de entrada até a alta, né, ela é social porque ela envolve uma mudança na concepção do próprio hospital em relação a seu paciente, dos vários profissionais [...] Entra aí a questão da interação. O acolhimento ele é importante porque ele tem que ser uma atitude de todos os profissionais. Ele passa pela escuta qualificada. É igual eu falo, informação e acolhimento, qualquer profissional da saúde que tá aqui dentro ele deveria saber-fazer. Se você não tem habilidade, cabe a instituição prover pra você os recursos para que você tenha. [...] é um processo de mudança de conduta.</p> |
| <p>Eu penso que é quando todos os profissionais da saúde buscam alternativas para ouvir bem o outro. Nós profissionais somos individualistas e egoístas, não vemos o outro de forma integral. Todos têm habilidades e competências, mas que poderiam melhorar. Devemos nos conscientizar da escuta e mobilizar todos sobre o que fazemos.</p> | <p><b>E2.</b> Eu preciso de pensar nessa qualificação, tá, porque [...] a escuta qualificada é quando, éh... eu, enquanto enfermeira, éh, você enquanto fisioterapeuta, éh, o médico na sua especificidade, éh... e, como aqui no ambulatório é muito complexo [...] nós necessitamos às vezes dentro do nosso próprio processo... éh... ainda buscar alternativas para ouvir bem o usuário, entendeu? [...] cada profissional qualificado ele só, ele age de forma egoísta. Porque... individualizada, então ele só olha, ele não olha o todo, ele olha, éh... éh... a atenção dele tá centrada, é focada... é focada, entendeu? Em pontos e não no todo. Então, no que eu posso ajudar, eu posso melhorar minha ajuda naquilo que eu já sei, entendeu? Mas eu tenho que deixar meu orgulho, entendeu? E se eu quiser fazer um serviço bem feito, eu tenho que chegar e aproximar é... descer até o usuário. Todos têm a sua habilidade profissional, tá [...] seja o porteiro até o mais alto nível aqui dentro [...] e exerce as suas competências, mas pode melhorar a cada dia. Então nós precisamos de nos descobrir, enquanto dentro da instituição [...] porque se hoje eu tenho uma carga, vamos pensar assim, de amor pra dar, eu tenho que dar exatamente aquilo que eu tenho. É pensar mesmo no que é este escutar e mobilizar de alguma forma, conscientizar nossa equipe para o que que nós estamos fazendo. [...] eu tenho a minha competência, a minha habilidade, isso é claro, agora, na instituição eu sou valorizada?</p>  |

Continua

## Continua QUADRO 4

| Ideia central  | Expressões-chave (sic)   |
|--|--|
| <p>É o paciente ser ouvido na integralidade por todos na resolução do seu problema, é uma prática. Os profissionais aqui não sabem o que é escuta qualificada. Para disseminar essa ideia é necessária capacitação.</p>  | <p><b>E3.</b> É um paciente que ele é ouvido... ser ouvido na integralidade. E aí significa a recepção da portaria acolher ele bem, ouvi-lo e aí ele vai passando, secretário, profissional médico... e ouvi ele em todas as nuances do seu atendimento. Escutá-lo. Então a escuta qualificada é uma prática de todos os profissionais tarem escutando esse paciente [...] E quando ele não é ouvido [...] inviabiliza o tratamento dele completamente. É toda essa gama de profissionais ouvir bem esse paciente, escutá-lo bem, saber o que que ele quer aqui. Infelizmente o ambulatório e as pessoas que estão aqui ainda não sabem o que que é escutar com qualidade, o que que é qualificar sua escuta, não, ainda não sabem. [...] uma vez que você saiba e tem noção do que que é, nooossa cê, avança muito nos processos de trabalho. Treinamento é a palavra. Isso precisa ser disseminado. Eu quero gerir um hospital com qualidade.. E qualidade ela tem que passar pela escuta, ela tem que passar pelo acolhimento, senão não caminha. [...] nós temos que ditar as regras, ensinar para a comunidade hospitalar... o que que é acolher [...] é um hospital-escola. O paciente tem o conselho de usuário e diz como tá sendo tratado [...] O médico que não escuta o seu paciente, ele vai ficando sozinho. [...] porque aí a gestora está escutando, a diretora clínica está ouvindo esse paciente. O médico percebeu que não trabalha sozinho.</p> |
| <p>Eu penso que é saber interpretar, compartilhar e intervir na fala e na postura do sujeito como um todo. Ela passa por todos os profissionais da saúde. Eu acho que há má-vontade e interesse de mudar a assistência. Eu penso que falta sensibilidade e capacitação para uma assistência qualificada e para uma melhoria social do indivíduo.</p> | <p><b>E4.</b> Pra mim, é você ouvir as falas do sujeito e saber interpretar além, um pouquinho além das palavras. Às vezes por de trás de uma simples expressão está um contingente de situações em que cabe intervenções e cuidados [...] é você se voltar inteiro por indivíduo, saber interpretar, compartilhar a sua interpretação e também saber intervir nas falas e nas posturas. Desde a portaria, desde a recepção desse paciente, até a consulta médica, até a pós-consulta de enfermagem, em todos os níveis [...] é aquela em que você percebe o indivíduo como um todo. Você vai filtrando todas as possibilidades de adequar o tratamento daquela pessoa à vida social que ela tem. Eu acho que particularmente falta vontade das pessoas de quererem realmente essa qualidade, querer mudar as perspectivas da assistência aos pacientes. Porque não adianta você querer fazer um acolhimento se você não tem uma sensibilidade para ver o outro além da aparência. Falta sensibilização e que passa por uma capacitação. Eu penso que é... ensinar as pessoas, é preparar as pessoas para fazer. Eu acho que humanamente falando, saber-fazer. Eu penso que sensibilização é a palavra [...] para uma assistência diferenciada, para uma assistência qualificada e pra uma melhoria social do indivíduo.</p>   |
| <p>Eu a entendo como uma habilidade, um olhar diferenciado que todos precisam ter. O profissional que não sabe escutar irá sofrer. Ela é para o contexto em que vivo e para o processo de trabalho. Ela é uma parte da questão do acolhimento. Fazem-se necessárias capacitação e mobilização.</p>   | <p><b>E5.</b> [...] um olhar diferenciado. Eu entendo ela, talvez, como uma habilidade que o profissional da saúde tem que desenvolver [...] ele tem que ser competente pra fazer isso o tempo todo. Se ele não conseguir fazer isso, ele vai sofrer. Escutar, abrir os olhos pra essas coisas traz pra gente sofrimento. [...] porque a escuta qualificada não é só com meu paciente não, não é só pro contexto que eu tô vivendo não, ela é pro processo de trabalho também. Você tá entendendo que escuta qualificada pra mim é muito maior, muito mais amplo? E ela é uma parte da questão do acolhimento. O usuário desde que bem esclarecido e entendendo o processo, ele é nosso colaborador. [...] talvez passaria por uma capacitação... e depois talvez... fazer um processo de mobilização. [...] pode ser uma norma desde que construída coletivamente e legitimada no grupo. [...] tomar uma decisão sobre uma determinada questão, você empodera as pessoas e você corresponsabiliza [...] a construção coletiva ela é lenta. Isso é um processo de empoderamento, de participação coletiva, de senso de pertencimento.</p>  |

Continua

Continua QUADRO 4

| Ideia central   | Expressões-chave (sic)   |
|---|--|
| <p>Eu penso ser uma prática, uma atitude, a qual me exige mais qualificação. A escuta qualificada revela minha posição no contexto e é uma ferramenta estratégica gerencial que auxilia na sensibilização do profissional. Com uma equipe capacitada o usuário recebe um discurso mais adequado. Se eu escuto o paciente, minha relação com a equipe também melhora, tanto quanto minha responsabilidade.</p> | <p><b>E6.</b> Eu fico pensando [...] que é de uma escuta que tenha um objetivo,...na verdade não é um termo que entra pra mim já com um conceito definido. Uma prática, uma atitude, [...] a medida em que eu escuto [...] eu exijo mais dessa minha escuta, eu estou qualificando [...] tem algo que tem a ver com o sujeito, com o emocional, com o humano, a tecnização da saúde que todo profissional hoje não pode virar as costas. Ele precisa se qualificar sim, ele precisa se informar, sobre o que que é isso [...] é uma exigência de um contexto da minha escuta. Eu penso que aí é busca de uma escuta qualificada nesse sentido, qual que é minha função aqui. [...] Tão exigindo mais dos profissionais, [...] ele precisa ter uma escuta. Ele precisa ter uma clareza que ele vai tá sujeito a ser chamado a dar informação, a dar algum tipo de recepção a alguém [...] e deve ser pensado em estratégias de como sensibilizar e trabalhar isso com os profissionais. Ora, uma equipe é bem capacitada [...] o usuário recebe um discurso mais de acordo pra ele. É, cada um na sua área de competência [...] na verdade pode haver muito, mais ela sozinha não segura um processo de equipe que se escuta. Se eu consigo escutar... o paciente... isso marca também um pouco a minha relação com os meus colegas, porque eu vou ter noção de que sozinha e não dou conta. [...] eu tenho clareza sim da minha responsabilidade, assumi-las [...] eu tô envolvida agora num processo de busca de um modelo que caminha exatamente, defendendo essa escuta mais ampla, uma clínica ampliada, um modelo de cuidado, de gestão [...]</p> |

#### 4.2 Compreensão da escuta qualificada na visão dos profissionais de saúde

Referente à categoria “compreensão sobre escuta qualificada”, obtida por meio do conjunto das ideias centrais extraídas das falas dos profissionais de saúde, surgiram os seguintes “discursos dos sujeitos coletivos”:

- Eu entendo como uma prática, uma habilidade, um olhar diferenciado, em que todos precisam ter ao ouvir o paciente, na sua integralidade e para a resolutividade do seu agravo. Os profissionais aqui não sabem o que é escuta qualificada.
- Eu penso que é saber interpretar, compartilhar e intervir na fala e na postura do usuário como um todo. Somos individualistas e egoístas, pois não vemos o outro de forma integral. Ela passa por todos profissionais da saúde e os que não sabem escutar irão sofrer.
- Eu a vejo como uma ferramenta gerencial que sensibiliza, conscientiza e mobiliza todos os profissionais de saúde a uma mudança de conduta. Minha responsabilidade aumenta.

- Eu entendo que ela seja interativa, coletiva e social dentro do processo de trabalho. Eu penso que todos são habilitados e competentes, mas que poderiam melhorar.
- Eu pressuponho algo muito mais amplo, é uma parte da questão do acolhimento e que nos leva à real necessidade de capacitação e mobilização. Falta no hospital organizar e sistematizar isso para uma assistência qualificada e uma melhoria social do indivíduo.

Primeiramente, as ideias centrais dessa categoria mostram haver discrepâncias ou mesmo dificuldades relativas ao conceito de escuta qualificada na visão dos profissionais de saúde, sujeitos desta pesquisa. Percebe-se, contudo, que no cômputo geral a escuta qualificada conceituada por eles traz, no seu bojo, a sua essência, ou seja, mostra adesão aos conceitos e pressupostos advindos da PNH.

Pode-se inferir, também, baseando-se em dois discursos, que há diferentes níveis de construção do que seja escuta qualificada: “[...] todos precisam ter ao ouvir o paciente, na sua integralidade... Os profissionais aqui não sabem o que é escuta qualificada”; “[...] somos individualistas e egoístas, pois não vemos o outro de forma integral”. À primeira vista, chamam a atenção os dizeres referentes à não visão do usuário como ser integral, evocando, assim, reflexão acerca da dissociação existente entre escuta qualificada e integralidade. Esta pressupõe escutar o outro, pois a atitude interativa inclui o relacionamento entre o profissional de saúde e o usuário, compreendendo, por conseguinte, o sujeito na sua integralidade pela escuta da sua história de vida. Esses dizeres também mostram que um dos princípios doutrinários do SUS não está sendo contemplado no cotidiano assistencial - o da integralidade.

Nesse momento, cabe resgatar que os sujeitos desta pesquisa compõem uma equipe de trabalho de um hospital reconhecido pela sua política assistencial fundamentada no HUMANIZA SUS. Dessa forma, deve, a partir de sua filosofia de trabalho cotidiano, reconhecer que cada pessoa é um ser indivisível e, assim, as ações de saúde não podem ser compartimentalizadas e as unidades prestadoras de serviço se configuram em um sistema capaz de prestar assistência integral.

Como se vê, os próprios profissionais de saúde, ao se autoanalisarem, reconhecem que suas condutas precisam ser norteadas por uma nova prática, personalizada, interativa, dialógica, ética e, portanto, erigida em pilares eletivos do homem na sua integralidade.

Mattos (2001) conceitua integralidade como recusa ao reducionismo e à objetivação do sujeito e afirmação da abertura para o diálogo. Entende-se, a partir desse conceito, que a escuta qualificada é uma ferramenta essencial para que o usuário seja atendido na perspectiva do cuidado como ação integral, uma vez que por meio dela é possível a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado.

É, ainda, necessário o resgate da integralidade da pessoa/usuário, percebido como sujeito participante nas suas ações de saúde, o reconhecimento de sua subjetividade e o seu acolhimento por meio da escuta ativa (BRASIL, 1997). Nisso consiste estabelecer a confiança do profissional com o usuário, na compreensão do encontro como funcional, na visão da pessoa como um todo. Para tal, torna-se condição importante rechaçar o homem coisificado e elegê-lo como sujeito de cuidado.

Pode-se ainda observar que os discursos encontram-se carregados de um *mix* de obrigação e do reconhecimento da escuta qualificada com a assistência ao usuário. Nota-se que o cuidado pode ser visto como um retorno, um ato normal, como se fosse uma consequência do que se recebeu.

A escuta qualificada é concebida como ferramenta gerencial “[...] eu entendo que ela seja interativa, coletiva e social dentro do processo de trabalho”. Essa fala remete ao que Lobato (2008) afirma sobre a pesquisa e a intervenção na área da gestão social em saúde, ao focalizar a urgência de reflexão sobre os valores assumidos no território das microdecisões durante o percurso da ação e da compreensão da prática e da subjetividade dos servidores da saúde e do dinamismo da organização do processo de trabalho.

Nessa linha de pensamento, Fidalgo e Machado (2000) complementam afirmando que a gestão social exige modelos flexíveis e participativos, pois envolve participação e negociação de vários interlocutores nas decisões e ações a serem tomadas e implementadas. Diante dessa argumentação, pode-se dizer que, de fato, a gestão social na saúde por meio da escuta qualificada possibilita a interlocução entre as pessoas para que a interação ocorra e o coletivo se faça presente.

Fischer (2002) contribui analiticamente com o discurso dos sujeitos coletivos ao abordar que a gestão é um ato relacional que se cria entre as pessoas com o objetivo de realizar interesses individuais, grupais e coletivos, em tempos e espaços delimitados. Aprofunda, ainda, ao mencionar que se objetiva também possibilitar a criação de sujeitos mais autônomos e mais cidadãos.

Faz-se também necessário ressaltar aqui, conforme advogam Fischer e Melo (2006), a importância dos procedimentos da gestão social nos sistemas de escuta qualificada. Realmente o discurso a seguir ilustra essa importância: “[...] eu a vejo como uma ferramenta gerencial que sensibiliza, conscientiza e mobiliza todos os profissionais de saúde a uma mudança de conduta”.

Prosseguindo na análise, as seguintes ECHs demonstraram urgência de reflexão: **E1** - “[...] o acolhimento, ele é importante porque ele tem que ser uma atitude de todos os profissionais”; “[...] é um processo de mudança de conduta”; **E4** - “[...] falta vontade das pessoas de quererem realmente essa qualidade, querer mudar as perspectivas da assistência aos pacientes”. De acordo com Schwartz (1998), há que se reconhecer que a negociação dos “usos de si” é sempre lugar de uma “dramática”. Refletindo-se sobre a gestão e a avaliação de competências no trabalho, também reafirma que toda abordagem nesse pensamento é legítima e útil.

Baseando em Colen (2005), afirma-se que a intencionalidade e a definição do gestor estão interligadas ao grau de comprometimento e ação que se consegue dos profissionais de saúde. Para alcançar esse envolvimento efetivo de todos no processo de trabalho, a articulação intrasetores da instituição e a habilidade

comunicacional se tornam essenciais. Por conseguinte, a escuta qualificada é um instrumento de gestão participativa e possibilita a melhoria na qualidade do cuidado prestado ao usuário.

As representações contidas nesses depoimentos remetem às afirmações de Hardt (2003), em que a prestação de serviços, a comunicação e o processamento de informações tornaram-se essenciais à produção econômica na contemporaneidade.

O trabalho conjunto, compartilhado, a valorização do profissional de saúde, as posturas/attitudes ativas no trabalho, a transferência de informações e o domínio das ações simbólicas passaram a serem princípios fundamentais nos atuais processos de produção em saúde. Esses princípios surgem no DSC: “[...] eu entendo como uma prática, uma habilidade, um olhar diferenciado, onde todos precisam ter ao ouvir o paciente, na sua integralidade e para a resolutividade do seu agravo”.

Uma vez mais a integralidade se mostra como a força-motriz no atendimento ao usuário, inclusive, como propositiva de resolução dos agravos que o acometem. Ela tem origem também na escuta qualificada que se materializa por meio da “[...] habilidade e do olhar diferenciado”. Guizardi e Pinheiro (2004) tutelam que a integralidade deve contemplar uma ação de cuidado que, na perspectiva do cuidado como ação integral, gera relações de dignidade, de acolhimento, de respeito e encontro dos vários protagonistas envolvidos, ou seja, dos usuários, profissionais e instituições.

Outros DSCs que vêm à baila são: “[...] minha responsabilidade aumenta” e “[...] eu penso que todos são habilitados e competentes, mas que poderiam melhorar”. Reiteramos os dizeres de Colen (2005) a respeito da transparência, da ética, do respeito e da responsabilidade social como procedimentos de gestão social que devem nutrir as ações dos profissionais de saúde. Prossegue afirmando que os atores, no processo de gestão social na escuta qualificada, precisam compreender que, ao dar respostas, a equipe precisa ter em mente que as soluções

encontradas não competem somente a ela, mas são de responsabilidade de toda a instituição.

Ainda no que concerne à responsabilidade do profissional de saúde, Franco, Bueno e Merhy (1999) enfatizam que a produção de relações de escuta qualificada e de responsabilizações entre os profissionais de saúde é relevante para intervir e controlar o sofrimento dos usuários. Essas falas ganham eco em Reis e Tirol (2002) e Fracoli *et al.* (2003), ao sinalizarem que a escuta qualificada, por se tratar de uma ferramenta de gestão social, permite priorizar o olhar atento em direção não só aos procedimentos intervencionistas, mas favorece que cada caso seja atendido e priorizado de acordo com a sua especificidade.

Sob esse ponto de vista, vale ressaltar aqui o que Ferrara (2002) explicita em relação à gestão social da clínica. Afirma que nem sempre as ações revelam sentidos de saber-fazer e de saber-relacionar-se por meio de um plano estratégico compartilhado: a gestão da organização. Boulosa e Schommer (2008) acrescentam que a gestão social acontece por meio das ações de profissionais de saúde que as discutem, refletem cotidianamente e compartilham suas experiências em uma busca constante de aprender. O aprendizado vai se construindo à medida que caminham juntos.

Henriques e Pinheiro (2008) referem que a integralidade, como prática social, impõe o exercício de saber ouvir e respeitar os diferentes, de buscar somar saberes e experiências, de construir o novo, o ainda não pensado, outro caminho viável e possível para se formar a responsabilidade coletiva.

O trabalho em saúde afetivo ou imaterial, ao disparar afetos, produz e/ou reproduz subjetividades coletivas, sociabilidade e a própria sociedade (FERREIRA, 2000). Apreende-se essa assertiva do seguinte discurso: “[...] ela passa por todos profissionais da saúde, e os que não sabem escutar irão sofrer”.

Há muito a ser feito, nesse sentido, como levam a pensar Henriques e Pinheiro (2008, p. 74):

Espaços de participação, alargamento das possibilidades de sentido e escuta do outro têm sido temas caros no debate acerca dos muitos sentidos da integralidade. A integralidade nos ajuda a considerar todo o circuito comunicacional e produção, circulação e apropriação, com sua diversidade e desigualdade, mas também a pluralidade de experiências, saberes, afetos, memórias, lutas e expectativas que mobilizam.

O desafio está posto: é mister querer mudar a forma como a escuta, a comunicação, se entranha nas relações entre os profissionais e usuários. Caso não se processe efetivamente, as vozes de todos os atores sociais da área da saúde ficarão inaudíveis e acarretarão, conseqüentemente, sofrimento.

O discurso “[...] eu pressuponho algo muito mais amplo, é uma parte da questão do acolhimento e que nos leva a uma real necessidade de capacitação e mobilização” permite abordar o que Schommer e França Filho (2006) dizem a esse respeito. Afirmam a importância do acolhimento, dos projetos de construção coletiva de ambiência, dos colegiados de gestão com a participação de todos junto à gerência na tomada de decisões e nas atividades de formação em saúde e trabalho.

Conforme preconiza Fischer (2000), são atividades que devem ser pautadas no paradigma da educação permanente e que, a partir de gestão relacional, é possível que nova relação entre os servidores do ABF surja, conforme explicita o seguinte DSC: “[...] falta no hospital organizar e sistematizar isso para uma assistência qualificada e uma melhoria social do indivíduo”. Acredita-se que na vigência de encontros e de diálogos críticos entre o saber e a prática, por meio de reuniões de equipe, oficinas, pesquisa e atividades de análise, consiga-se atingir essa assistência qualificada - a reconstrução do modo de pensar e de agir das pessoas.

## QUADRO 5

 Desenvolvimento do Instrumento de Análise de Discurso – 2 (IAD-2):  
 percepção

| <b>(P3) Como você percebe o paciente/usuário quando ele é, de fato, escutado nas suas dúvidas e/ou expectativas?</b>   |  |
|--|--|
| <b>Ideia central</b>   | <b>Expressões-chave (sic)</b>  |
| <p>Eu penso que ao ser bem-acolhido ele adere ao tratamento com redução na ansiedade pelo reconhecimento da diferença. Se você não é escutado, você se fecha a escutar o outro. Percebe-se aumento no vínculo e na confiança e o diagnóstico é melhor.</p> | <p><b>E1.</b> A primeira questão é a adesão ao tratamento ou uma relação menos angustiada e menos dolorosa com o processo da doença. [...] se ele se sente, é acolhido no sentido assim de atendido [...], mas ele percebe assim, [...] e que as pessoas entendem que ele é singular. Que ninguém tá tratando a doença dele, mas que estão tratando o fulano de tal. Então, assim, [...] você percebe que diminui a ansiedade [...] ele fica mais aderente ao tratamento porque ele percebe que ele foi reconhecido com a diferença dele. Então ele se abre pra escutar os diversos profissionais, porque se você não é escutado, você também se fecha a escutar o outro. Sabe, quando ele tem esse processo da escuta e ele adere, até a continuidade do cuidado fora, ele mantém, porque ele criou um vínculo com a instituição. Ele fica mais seguro, mais confiante. [...] ele retorna com menos agravo [...] ele se sentiu identificado e reconhecido na singularidade dele. Aí é muito mais fácil. A prevenção, por exemplo, é uma questão que tem muito a ver com o acolhimento. Que se você faz uma escuta adequada, cê faz um diagnóstico melhor. Se você reconhece que o indivíduo... ele não adoecer. Quando ele não quer falar, tá no olhar, na resposta que ele te dá, em algumas perguntas que ele te faz, às vezes a pergunta é muito mais uma resposta pra você do que uma pergunta.</p> |
| <p>Eu percebo a partir da aceitação e adesão dele após orientações e resultados positivos. Eu vejo interação entre as partes.</p>  | <p><b>E2.</b> Quando eu consigo exercer a assistência [...], quando eu consigo com ele fazer as orientações. Quando eu consigo resultados com isso, então, realmente vejo a aceitação, a adesão do paciente conforme eu orientei. Consigo porque eu vejo que houve um entendimento dele. Houve uma interação entre o profissional e o paciente. Ele conseguiu entender e compreender aquilo que eu ensinei, aquilo que eu falei, aquilo que eu orientei. [...] primeiro passo já é a conscientização. [...] é preciso que todos entendam e vamos trabalhar com objetivo comum, que é o usuário, cliente, paciente.</p>   |
| <p>Eu percebo que quando é bem-escutado ele se torna bem humorado e contribui. Ele faz elogios diretos e também usa a <i>web</i> para demonstrar satisfação. O acolher está no ser humano.</p>   | <p><b>E3.</b> [...] quando ele é bem ouvido, ele é bem-assistido, ele...é visível, ele é uma pessoa bem-humorada, ele chega, ele dá opinião a respeito do nosso trabalho, ele contribui. Ele vai nas estâncias superiores e diz o tanto que ele está satisfeito. A gente recebe no <i>e-mail</i> do hospital, “fale HC”, elogios, ele diz a respeito da equipe médica, do administrativo. Ele foi ouvido na portaria, pelo médico, pelo secretário, por todos os profissionais, ele teve sua demanda atendida. [...] ele vai na minha sala, ele diz o tanto que ele está feliz e isso é repassado às equipes. [...] que é um prazer consultar no HC, diz que vai passar isso pra as outras pessoas. O acolher tá dentro do ser humano.</p>   |

continua

## continua QUADRO 5

| Ideia central   | Expressões-chave (sic)   |
|---|--|
| <p>Eu noto certo agradecimento como se estivesse fazendo um favor, e isso é o nosso trabalho. Eu percebo a emoção, a alegria e a gratidão pelo atendimento. Eu penso que não podemos ser cobrados pelo paciente do seu direito.</p>                                   | <p><b>E4.</b> [...] quando eles são de fato eh... bem-atendidos, quando eles são ouvidos, acolhidos, eles agradecem tanto como se a gente tivesse fazendo um favor e nós estamos trabalhando. Mais agradecer pelo trabalho prestado, é esse que teria ser o comum e tá sendo excepcional, então eu tenho percebido neles isso, a emoção, a alegria, a gratidão, pra um trabalho, pra uma assistência à qual eles tem direito. [...] o nível de entendimento desse usuário, dentro do contexto de comunicação social, ele tá cada vez melhor. As pessoas estão começando a cobrar e eu acho que nós não deveríamos esperar a cobrança. [...] é como se fosse uma necessidade vital pra sobrevivência de determinadas profissões, de determinados seguimentos, a humanização da assistência. A gente quer que as pessoas se sintam responsáveis e não obrigadas a fazer [...]</p>  |
| <p>Quando se percebe a satisfação dele ao ser colocado no processo de produção de saúde dele. Você empodera esse indivíduo. Eu digo que não existe processo de escuta mais fantástico do que esse. Eu vejo redução no tempo de internação e adesão ao tratamento.</p> | <p><b>E5.</b> Olha, quando a pessoa é de fato escutada no processo, ela também faz parte dessa construção da saúde junto com o profissional de saúde. Por exemplo, cê escutar a pessoa não é só ouvir a demanda dela não, é você dar conta de botar ela no processo junto com você. Quando você faz uma escuta do paciente que ele traz pra você toda a estória dele, todo o impacto que a doença tem na vida dele pra ele. Quando ele traz tudo isso pra você e você coloca tudo isso no processo de produção de saúde dele, junto com ele, você vai ter ali também um indivíduo [...] satisfeito [...] Mais porque você trabalhou com ele a autonomia dele, você trabalhou com ele a capacidade que ele tem de fazer parte do processo de busca da sua própria saúde. Você empoderou aquele indivíduo [...] dentro da proposta da clínica ampliada da PNH, você tem o projeto terapêutico singular, que a equipe senta junto com o paciente pra discutir o caso [...] você quer processo de escuta mais fantástico do que esse? Se a gente conseguir fazer esse exercício de ouvir as demandas reais do indivíduo e enfiar ele nesse processo junto com a gente, com certeza você vai ter tempo de internação reduzido, você vai ter adesão ao tratamento.</p> |
| <p>Eu observo que ao ser escutado ele se torna mais autônomo, passa a ser protagonista do tratamento dele. Eu sinto que apesar de toda dificuldade prática e na ambiência ele perdoa. Eu vejo a adesão dele quando é atendido com humanidade e civilidade.</p>        | <p><b>E6.</b> Olha, faz uma diferença imensa quando o paciente ele é escutado, a gente promove esse tempo pra ele, pra ele criar a sua, inclusive, sua autonomia, pra ele ser protagonista do tratamento dele, ou do direito dele, ou da indignação dele, diante de um determinado tratamento. [...] quando o paciente ele é escutado, a gente sente que no conjunto... é até o contrário, até alguns erros que possam ocorrer, uma falta de conforto ou uma dificuldade prática ou até técnica, ele perdoa. [...] é preciso haver formas do paciente se responsabilizar pelo que ele tá aceitando, mas ele tem que saber o que ele tá fazendo. A medida em que a gente observa que o paciente, [...] foi orientado e foi atendido minimamente com bom senso e com um mínimo de humanidade, de civilidade, o retorno dele no geral é dentro do esperado. Agora, aquele que não é, a gente vê a diferença. Inclusive com a relação que ele pode estabelecer com a unidade de saúde.</p>   |

### 4.3 Percepções dos profissionais de saúde relativas à escuta na atenção ao usuário

As expressões-chave e ideias centrais desta categoria encontram-se sintetizadas nos fragmentos a seguir:

- Eu vejo que o paciente bem acolhido fica mais aderente ao tratamento através de uma relação mais interativa e menos angustiada. Ele fica mais seguro e confiante por entender e aceitar o que eu ensinei.
- Eu observo pela emoção, alegria e satisfação dele, como se a gente tivesse fazendo um favor. Eu penso que não podemos ser cobrados pelo paciente do seu direito, a gente quer que as pessoas se sintam responsáveis e não obrigadas a fazer.
- Eu percebo pelo humor que ele foi bem-assistido e ouvido, pois ele contribui. Ele demonstra satisfação nas estâncias superiores através de elogios. Ele criou um vínculo com a instituição e o seu retorno no geral é dentro do esperado, pois ele foi atendido com humanidade e civilidade.
- Eu empodero o indivíduo ao colocá-lo no processo de produção de saúde dele, porque você trabalhou com ele a autonomia dele. Eu não conheço processo de escuta mais fantástico do que este.

Torna-se evidente, por meio das representações levantadas, que a observação do sentimento de satisfação pelos usuários ao receberem uma escuta adequada evoca possível e mais compreensão da postura e das atitudes tomadas pelos profissionais de saúde durante o atendimento.

Nesse sentido, concorda-se com Mariotti (2007) ao relatar a necessidade de reforço na educação continuada nas atividades dos profissionais, com o intuito de atender aos usuários com responsividade, presteza, utilizando-se de comunicação clara, simplificada e totalmente compreensível em todos os momentos da atenção. De fato, é observado no depoimento de **E5**: “[...] você tem o projeto terapêutico singular, que a equipe senta junto com o paciente pra discutir o caso [...], você quer processo de escuta mais fantástico do que esse?”.

Recorrendo a Habermas (1989), a comunicação é processo fundamental para a assistência à saúde, além de representar um instrumento para agenciar o vínculo do paciente ao profissional e à instituição de saúde. E, também, resgatando-se Ayres (2006), no tocante a um conceito estendido de acolhimento, o mesmo passa ao nível de qualidade de escuta, em que qualquer informação extra emitida pelos usuários jamais pode ser entendida como ruídos comunicacionais. Percebe-se essa afirmação no discurso de **E1**: “[...] porque se você não é escutado, você também se fecha a escutar o outro”.

De acordo com Campos (2005), o vínculo com usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece sua participação na prestação do serviço. Isto posto, qualifica a atenção. Essa confirmação é encontrada nos DSCs: “[...] quando você percebe a satisfação dele ao ser colocado no processo de produção de saúde dele” e “[...] ele criou um vínculo com a instituição e o seu retorno no geral é dentro do esperado, pois ele foi atendido com humanidade e civilidade”.

Esses dizeres conectam-se com o disposto na PNH, ou seja, deve-se valorizar a dimensão subjetiva e social do usuário em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS e com garantia de seu acesso às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, possibilitando-o, assim, construir vínculos solidários (BRASIL, 2008). Nessa perspectiva, pode-se falar que a satisfação do usuário é materializada quando ele se vê incluído, protagonista e corresponsável pela sua saúde, quando ele fala e sua fala tem sentido para quem o escutou qualitativamente.

Para Hennington (2008, p. 5), “o trabalho em saúde pressupõe patrimônio e demanda necessariamente a socialização, a cooperação e a conformação de grupos e redes”. De fato, **E5** corrobora essas explicações: “[...] quando a pessoa é de fato escutada no processo, ela também faz parte dessa construção da saúde junto com o profissional de saúde” e também “[...] você trabalhou com ele a capacidade que ele tem de fazer parte do processo de busca da sua própria saúde”.

Vale lembrar que se está referindo, também, à gestão social na saúde e, neste caso, cabe destacar que se trata de um produto com características muito especiais, comprometido com a vida. Realmente, os seguintes DSCs fazem lembrar: “[...] eu observo pela emoção, alegria e satisfação dele, como se a gente tivesse fazendo um favor” e “[...] eu percebo pelo humor que ele foi bem-assistido e ouvido, pois ele contribui”. Nesse sentido, Colen (2005), discorrendo a respeito da gestão social, menciona ser um produto a ser aprendido. Ela precisa ensinar a ouvir e responder as demandas dos usuários de forma responsiva e eficaz e saber o que responder, analisando de forma adequada o que foi falado e como foi escutado.

O acolhimento surge aqui como um dispositivo de gestão estratégica fundamental na reorganização da assistência, como se percebe nas seguintes ICs: “[...] eu penso que ao ser bem-acolhido ele adere ao tratamento com redução na ansiedade pelo reconhecimento da diferença”; “[...] o acolher está no ser humano”; “[...] eu vejo redução no tempo de internação e adesão ao tratamento”. O acolhimento como dispositivo dispara a cogestão e passa a ser instituído no serviço com a produção de novos sujeitos (PASCHE, 2009).

A gestão social, democrática e participativa que se consubstancia por meio da construção de sistemas de escuta qualificada (cogestão) é um sustentáculo essencial nessa aposta de mudança institucional. Resgatam-se aqui Campos e Campos (2007), ao se proporem espaços coletivos como operacionalização desses sistemas (referente à relação eficiência-efetividade), pois os mesmos vão sendo cada vez mais demandados como arranjos organizacionais criados para impulsionar a construção de sujeitos e coletivos organizados.

Vale destacar que a satisfação do usuário pelo acolhimento depende também da satisfação dos profissionais de saúde no exercício de suas atividades. E, mencionando Sucupira (2005), não se pode deixar também de ouvir o profissional nas suas necessidades e desejos, atentando-se para os direitos e deveres destes e dos usuários, reconhecendo a relação dialética que se celebra entre esses direitos e deveres.

Quanto à imensa força potencial do trabalho afetivo, Hardt (2003) alude ao fato do que se cria nos serviços de saúde como trabalho afetivo uma forma de vida. De fato, resgatam-se os DSCs que ilustram tal inferência: “[...] eu percebo a emoção, a alegria e a gratidão pelo atendimento”, “[...] eu penso que não podemos ser cobrados pelo paciente do seu direito”.

Não é possível propor e/ou pensar a gestão em saúde, seja a gestão do sistema, seja a dos serviços, seja a gestão social da atividade, sem que se leve em conta o modo como essas políticas se constroem e o que nelas se reafirma como público (SANTOS-FILHO; BARROS, 2007).

Ao analisar, de forma geral, todas as representações extraídas dos depoimentos, converge-se com Carvalho (1999) ao entender-se que a construção de políticas públicas deve estar ligada, comprometida com a coletivização da gestão, com a publicização das relações entre trabalho (saberes), sujeitos (necessidades, desejos e interesses) e poderes (modos de pôr em relação saberes e sujeitos).

Destaca-se aqui a PNH, que propõe outras formas de fazer gestão e organizar a atenção. E aqui, especificamente, por meio de seu procedimento de gestão social no sistema de escutas qualificadas, como uma das políticas que têm insistentemente ressaltado a indissociabilidade entre a mudança/melhoria nos modos de atender os usuários e os modos de gestão dos processos de trabalho. Vale ressaltar aqui a posição dos DSCs: “[...] eu observo que ao ser escutado ele se torna mais autônomo, passa a ser protagonista do tratamento dele” e “[...] você empodera esse indivíduo”.

Sinteticamente, pode-se afirmar que a PNH, como indutora na gestão do ABF, permite incorporar novas práticas e negociar com equipes e usuários modos para operar os princípios e diretrizes do SUS, implementando-os, tecendo redes organizacionais e afetivas para que as políticas do SUS se efetivem.

Dos princípios da PNH (BRASIL, 2008), o da indissociabilidade entre gestão e atenção faz crer que é possível e viável vivenciar a dor e o prazer no trabalho como questão experimental por e em cada trabalhador, mas relacionada aos

modos como ele vive seus vínculos com o processo do trabalho e com os outros trabalhadores.

Analisa-se aqui a questão da gestão social, que se intenciona perpassar por um hospital público ambulatorial, tradicional e cerceado de aspectos políticos e de poder, além de ser uma instituição de ensino superior. A humanização como política de gestão pela inclusão de trabalhadores da saúde é um processo transformador, que produz articulação entre os eixos multidisciplinar, epistemológico, político e ético e das pessoas.

Desse modo, a PNH tem como ponto crucial a gestão dos processos de trabalho em saúde. Isso leva a crer na concepção e na aceitação não apenas das discussões macrossociais, políticas e econômicas, incluindo-se também os saberes e as capacidades de saber-fazer na produção de saúde, legitimados no dia-a-dia dos atores da saúde e na materialização de suas ações, o que para alguns autores é um espaço microtransgressor, gerador de criatividade e de resistência (HENNINGTON, 2008).

Outro princípio que vale a pena salientar é o pedagógico, que manifesta um aspecto crítico da realidade, ou seja, assegurar a amabilidade no processo de atenção e na relação do dia-a-dia em equipe (BRASIL, 2008). Por exemplo: “[...] quando eu consigo com ele fazer as orientações”, “[...] quando eu consigo resultados com isso”, “[...] houve uma interação entre profissional e o paciente”, “[...] ele conseguiu entender e compreender aquilo que eu orientei”.

A análise das representações dessa categoria faz refletir que não se pode deixar de mencionar, ou de pensar, que ao se incluírem trocas de afeto e saber é preciso levar em conta o caráter do trabalho dos servidores do ABF na produção de cuidados e de ações humanizadoras. Esse caráter deve ser enfatizado especialmente nas questões que envolvem a utilização intensiva das capacidades procedimentais de escuta qualificada destes, incluindo-se as físicas e psíquicas, intelectual e emocional.

Cabe aqui lembrar, também, o convívio diário com as diversas formas de sofrimento, além da íntima e inevitável provocação com o mundo da saúde e da doença, da vida e da morte e as irremediáveis reflexões em nosso corpo e mente.

Acrescenta-se a toda essa discussão expressiva demanda atual de incansável e veloz apropriação de novos saberes e de tecnologias relacionais e do desenvolvimento incessante de aptidões comunicacionais e de arranjo de informações. A PNH veio para ficar e, acredita-se, não tem volta.

A questão afetiva aqui não está apenas relacionada à emotividade, mas também à ação de abertura ao saber e ao aprendizado permanente. Portanto, postura perante o mundo e os saberes e fazer político-pedagógico.

#### QUADRO 6

Desenvolvimento do Instrumento de Análise de Discurso – 2 (IAD-2):  
procedimentos do programa

| <b>(P4) Que procedimentos devem conter um programa institucional de capacitação em serviço para o desenvolvimento das capacidades de se realizar escutas qualificadas?</b>  |  |
|---|--|
| <b>Ideia central</b>  | <b>Expressões-chave (sic)</b>  |
| Eu penso que a escuta é um processo de autoconhecimento, uma habilidade que eu preciso desenvolver. Eu acho que a capacitação seria ideal para sensibilizar o outro a expor suas fragilidades. As dinâmicas de grupo (oficinas) por meio de técnicas de comunicação para promover interação humanizada. Eu vejo o processo de mudança pelo acolhimento como formação continuada e deve vir assegurado pela avaliação. | <b>E1.</b> Eu penso o seguinte, que o processo de escuta [...] também é um processo de autoconhecimento. Prá [...] ter essa habilidade de escutar, eu tenho que me conhecer um pouco. Eu acho que assim, uma capacitação ela tem que passar por esse processo de sensibilização, [...] que o profissional possa expor as suas fragilidades [...] aquilo que eu não vou dar conta. Océ vai ter dois momentos que eu entendo na capacitação: o de reflexão, que é mais subjetivo, que vai ser a discussão [...] Então são as dinâmicas, são as simulações, são os textos, os conteúdos [...] E o outro é a habilidade. Vai ter gente que por mais que queira ele não tem muita facilidade para se comunicar. [...] tem uma parte que é técnica de comunicação, de oratória, diálogo, de conhecer a patologia. Então exige que eu estude. [...] ela tem que ser uma escuta qualificada inclusive tecnicamente. [...] é conhecendo o trabalho do outro e aí as oficinas multiprofissionais, acho, facilitam muito isso. Não é só sensibilizar, mas permitir que esses medos e inseguranças possam ser falados. [...] não é um processo fechado [...] os grupos devem ser sempre mistos. Eu não posso separar área administrativa da área técnica [...] eu vou tá discutindo comportamento. Eu acho que esses cuidados, quando for discutido a escuta, vai passar pela comunicação [...] eu acho que ocê mudar o processo de trabalho, naturalmente a ambiência muda, porque a minha concepção com a relação ao próprio ambiente muda. [...] além da gente implantar qualquer processo de mudança, a gente tem que garantir a avaliação desse [...] porque senão ele se perde. Então qual que é o processo de acolhimento? Ele é de formação e de educação continuada, até porque você tá sempre recebendo novos profissionais. |

Continua

## continua QUADRO 6

| Ideia central   | Expressões-chave ( <i>sic</i> )   |
|---|---|
| <p>Eu penso que há necessidade de treinamento humanizado, organizado e participativo. Precisamos desenvolver valores como simplicidade, honestidade e motivação para assumirmos metas. Eu acredito que precisamos de um líder.</p>  | <p><b>E2.</b> Então, nós precisamos ter treinamentos constantes, de forma integral, não de técnicas básicas, mas essas técnicas humanas, sabe... nesse atendimento. O ambulatório ele não comporta, eh... essa desorganização. Então nós precisamos de organizar mais [...] ser mais participativa [...] Primeiro nós temos que ver como nós estamos trabalhando [...] e onde que nós vamos, eh... eh... e metas né... e seguir as metas e pontuar e saber pra onde estamos indo. [...] porque aqui não há disponibilidade para nada. [...] nós temos que ter nossa disponibilidade e nos adequar [...] ser o humano que tá exercendo o cargo. Precisamos assim, mais de simplicidade, honestidade [...] e mostrar nosso real objetivo, nosso compromisso [...] então é preciso mais amor. Eu acredito que precisa de motivação para isso. Nós precisamos de uma reunião geral [...] e traçar nossas metas. Então a gente tem que ouvir primeiro, nós mesmos. Entendeu? Precisamos é de um líder para reunir [...] sem exclusão [...] se acontecer uma exclusão já não funciona você quer implantar uma mudança.</p>  |
| <p>Eu sugiro capacitação para o acolhimento, pois se aprende mais quando se escuta. Desenvolver sensibilidade para uma prática de atenção melhor. Eu não vejo necessidade de se criar norma.</p>  | <p><b>E3.</b> A UFMG ela encaminha pra gente um programa de capacitação anual, né? Que destoa totalmente do que a gente precisa. [...] mas eu sempre sugiro acolhimento, porque o hospital busca excelência em quase sempre em tudo. Eu sempre sugiro pro RH que tem que ensinar os profissionais a escutar [...] fica parecendo estranho, como assim? Ter um treinamento pra escutar? [...] nós seres humanos só queremos falar né, a gente esquece uma coisa, a gente fala, mas a gente aprende muito mais quando a gente escuta. Isso é fato. [...] é ensinar [...] a ter sensibilidade, a escutar, a buscar as melhores práticas, mas tudo voltado pro nosso cliente [...] Eu creio que essa pesquisa vai ensinar pras pessoas, o que que é escuta qualificada. Todo mundo precisa descobrir isso. Porque hoje não existe uma porta, um caminho para dizer pra pessoas que elas estão ou não escutando de forma qualificada. [...] até estranho a gente falar assim: temos que acolher, vamos ensinar acolher, não... devia ser uma coisa natural o acolher dentro dos hospitais. Não precisava tá nordeando criar norma [...]</p>  |
| <p>Eu penso que deveria selecionar pessoas aptas a esse tema e submetê-las a uma dinâmica de grupo. Perceber o comportamento delas em um modelo que é inadequado. Eu proponho dramatizações, leituras, <i>slides</i> e conceitos de humanização. Eu vejo a necessidade de um grupo coordenando e avaliando as oficinas de sensibilização.</p> | <p><b>E4.</b> Eu acho que primeiramente é encontrar elementos nas equipes que são mais sensíveis ao fato de uma assistência qualificada, buscar elementos nas diversas equipes que são capazes de ouvir [...] Então esses elementos seriam selecionados [...] Uma dinâmica de grupo, de como que as pessoas se comportam num modelo que a gente tem tido ultimamente. Inadequado, de muita demanda. Eu proponho dinâmicas de grupo [...] dramatizações, leituras, leituras pequenas, essas disposições em <i>datashow</i> que trazem <i>slides</i> e frases, pensamentos dos diversos precursores da humanização. E aí, nessas oficinas, nessas trabalhos de grupo, nessas dinâmicas de grupo, nessas capacitações, é... de termos, vamos dizer, um coordenador, um grupo coordenando [...] pessoas [...] que soubessem avaliar e aproveitar a qualidade de cada ser humano, de cada profissional, no sentido de usar essas qualidades em favor do todo. Aproveitar o que há de bom no profissional em favor da qualidade, do trabalho. [...] e que também um projeto como esse sensibilize as pessoas em nível, vamos dizer, mais alto, em nível de gerência, direção, de coordenações e que isso chame a atenção das pessoas para voltar esse olhar pra essa demanda que o trabalho propõe.</p> |

Continua

Continua QUADRO 6

| Ideia central   | Expressões-chave ( <i>sic</i> )  |
|---|--|
| <p>Eu proponho a intervenção direta pela metodologia da roda ou oficinas, em que todos falam das dificuldades que têm. O apoiador institucional sistematiza as informações no processo. Eles passam a fazer cogestão e tornam-se sujeitos de construção coletiva do processo e devem ser legitimados pelo gestor.</p> | <p><b>E5.</b> [...] é a proposta da PNH da intervenção direta. [...] trabalha com a ideia da metodologia da roda [...] é criar esses espaços de conversa. Possibilitar que as pessoas possam falar das dificuldades que elas têm. Você pode trabalhar com módulos (oficinas) ou com rodas. [...] é um conhecimento que você que é o apoiador, o cara que vai capacitar o grupo com o conhecimento que você tem e que vai usar num determinado momento desse processo, pra sistematizar um mundo, o derramamento de informações que vai acontecer. Você joga o tema e as pessoas vão falar daquilo. Então ele vai dar sugestões empíricas ali. Você depois [...] é que vai estruturar esse saber. É você dar pra ele condições dele executar o que que ele quer fazer. Então eles começam um processo de empoderamento, eles começam o processo de perceber que eles estão fazendo cogestão. O gerente tem que acompanhar o tempo todo isso. Ele tem que legitimar esse processo. E aí você cai na questão da valorização do trabalhador. [...] a possibilidade daquele trabalhador de analisar o seu processo de trabalho e intervir [...] pra conseguir melhorar aquele processo. Você dá voz pra ele, é botar ele como sujeito de construção coletiva daquele processo. É legitimar a fala dele. Você pode linkar isso com o que tá colocado hoje no bam-bam-bam da gestão, que são os instrumentos da gestão pela qualidade. É um processo contínuo, coletivo, que dá trabalho, leva tempo [...] Então, é muito legal você conseguir fazer esse trabalho lá no Bias. E começar uma mudança de cultura naquele ambiente.</p> |
| <p>Eu digo que, em se tratando de humanização e educação continuada, a capacitação em serviço é um importante procedimento. A roda de conversa gera novos instrumentos.</p>   | <p><b>E6.</b> Olha, primeira coisa que é o instrumento, já é a capacitação. Só de você manter no horizonte de uma equipe de humanidade a valorização de capacitação em serviço de Educação Continuada, eu te falo que isso já é um instrumento. O grupo definir que curso que queremos [...] que tipo de supervisão, que tipo de experiência nova que queremos [...] fulano que fez o projeto dele de mestrado, será que pode apresentar pra gente o que foi o resultado? Eu comecei escutar na semana passada uma coisa, não li nada sobre o assunto, mais gostei muito, roda de conversa. Tem que ser algo que o sujeito se implique, é responsabilidade nossa se fulano não pode atender. A capacitação, a discussão em grupo vira um grande instrumento, até mesmo pra bolar outros instrumentos. Mas agora a gente vai querer fazer uma jornada, um grupo organizar um evento científico, educativo e que vai mostrar pro restante da instituição, pra outros colegas, o que faz, a que veio, oficinas...então, assim, eu acho que é um grande instrumento.</p>   |

#### 4.4 Procedimentos de gestão social como plano estratégico do saber-fazer

A seguir, apresentam-se os “discursos dos sujeitos coletivos” elaborados a partir da organização das ideias centrais provenientes dos profissionais de saúde entrevistados nesta pesquisa, em relação à categoria “procedimentos de gestão social”.

- Eu penso que a capacitação tem que passar pelo processo de sensibilização do profissional. Ela apresenta dois momentos, que é a reflexão (discussão), que é mais subjetivo, e a habilidade que o outro tem que desenvolver para expor suas fragilidades.
- Eu proponho dinâmicas de grupo com elementos das equipes que sejam mais sensíveis a uma assistência qualificada, a partir de dramatizações, leituras, princípios da humanização, no sentido de usar essas qualidades em favor do todo.
- Eu acho que as dinâmicas de grupo (oficinas), ao se discutir a escuta, vão passar pela comunicação e ao mesmo tempo promover interação humanizada. Eu penso que a necessidade do treinamento humanizado, organizado e participativo nos leva a mudar o processo de trabalho.
- Eu acredito que precisamos de um líder, um grupo coordenando e avaliando as oficinas de sensibilização. Precisamos organizar mais, ter motivação e disponibilidade para mostrar nosso real objetivo, é preciso mais amor.
- Eu creio que esta pesquisa vai ensinar para as pessoas o que é escuta qualificada, pois todo mundo precisa descobrir isso. Eu sugiro uma capacitação para o acolhimento, pois a gente aprende muito mais quando escuta.
- Eu proponho a intervenção direta pela metodologia da roda de conversa para possibilitar que as pessoas possam falar das dificuldades que elas têm. O apoiador institucional que vai capacitar o grupo é habilitado para tal e sistematiza as informações no processo.
- Eu falo que a capacitação em serviço é um importante procedimento que deve ser legitimado pelo gestor, pois dá ao profissional condição de ele executar o que ele quer fazer. Eu começo um processo de empoderamento que os faz perceber que eles estão fazendo cogestão.
- Eu promovo a questão da valorização do trabalhador ao trazê-lo para analisar e intervir no seu processo de construção coletiva do trabalho. O gestor tem que acompanhar o tempo todo isso. É legitimar a fala dele.

- Eu posso também coligar tudo isso com os instrumentos da gestão pela qualidade, que é um processo contínuo, coletivo e que leva tempo para começar uma mudança de cultura.

As representações envolvidas nos depoimentos dos profissionais de saúde não refletem só os princípios de senso comum, elas também se organizam sobre o fundamento dos seus aprendizados e de suas próprias reflexões em torno do pensamento científico.

Dos diversos discursos dos sujeitos desta pesquisa emergiram dizeres referentes, por exemplo, a conteúdos procedimentais. A expressão “conteúdos procedimentais” inclui todos aqueles conteúdos de aprendizagem que se enquadram na definição de ser um conjunto de ações ordenadas e dirigidas para um fim. Ao falar de conteúdos procedimentais, alude-se a um conjunto de “saber-fazer” (ZABALA, 2007).

Então, como saber-fazer escutas qualificadas? Refere-se aqui às habilidades que definem as dimensões de competência. Essas habilidades são esperadas dos profissionais de saúde para se obter boa *performance* direcionada para a aplicação produtiva do conhecimento em questão. Os seguintes DSCs confirmam esta constatação: “[...] Eu penso que a capacitação tem que passar pelo processo de sensibilização do profissional.” “[...] Ela apresenta dois momentos, que é a reflexão (discussão), que é mais subjetivo, e a habilidade que o outro tem que desenvolver para expor suas fragilidades” e “[...] Eu penso que a necessidade do treinamento humanizado, organizado e participativo leva a mudar o processo de trabalho”.

Percebe-se que estão embutidos nos DSCs os princípios e conceitos centrais da PNH, como: transversalidade, rede e grupalidades, valorização do trabalhador, autonomia e protagonismo deste, bem como o fortalecimento do trabalho em equipe e o grau de corresponsabilidade, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva, sustentando a inseparabilidade entre a atenção e a gestão (SANTOS-FILHO; BARROS, 2007).

Verifica-se, também, por meio dos DSCs, que é urgente realizar reformas estruturais no Ambulatório Bias Fortes em relação ao seu modelo de funcionamento, especialmente quanto à reconstrução da maneira de pensar e agir das pessoas: “[...] Eu creio que esta pesquisa vai ensinar para as pessoas o que é escuta qualificada, pois todo mundo precisa descobrir isso”; “[...] Precisamos desenvolver valores como simplicidade, honestidade e motivação para assumirmos metas”.

A leitura desses depoimentos convoca à reflexão da necessidade de operar mudanças significativas no ABF. Nesse sentido, cabe lembrar Tenório (2002a), ao relatar que a ambiência de qualidade privilegia a dimensão comunicacional e relacional importante para a formação de novos sujeitos, mais livres, mais criativos, mais solidários, mais capazes de se deslocarem de interesses imediatos. De fato, segundo a IC do **E5**, “[...] eles passam a fazer cogestão e tornam-se sujeitos de construção coletiva do processo e devem ser legitimados pelo gestor”.

A gestão social teria, nessa direção, a capacidade de produzir sujeitos melhores (PASCHE, 2009), mais capazes de suportar a existência em panoramas mais heterogêneos, nos quais a expressão do humano como força social e política é mais diversa.

Sob esse ponto de vista, ao se combinarem arranjos organizacionais com várias modalidades de espaços coletivos que favoreçam a comunicação, a responsabilização, a clínica ampliada, entre outros, proporciona-se um sistema de escutas qualificadas (cogestão) e democracia institucional (CAMPOS; CAMPOS, 2007).

Com base nesses argumentos, pode-se apreender que as novas organizações do trabalho requisitam que os trabalhos se deem de forma coletiva e articulada, mais linear e que os trabalhadores sejam sujeitos ativos, com capacidade de decisão individual e coletiva. E, também, que sejam inovadores e inventivos.

Nessa acepção, ao discorrer acerca da nova estruturação do trabalho que convoca qualificação diferenciada de seus trabalhadores, Peduzzi (2003, p.78) comenta que ela inclui:

[...] habilidades cognitivas, de abstração e análise simbólica, comunicacionais; de inter-relação com os clientes e demais trabalhadores; iniciativa e criatividade; capacidade de trabalhar cooperativamente em grupo; competência para avaliar o produto de seu trabalho e tomar medidas para melhorar sua qualidade; domínio de técnicas de planejamento e organização do trabalho.

Assim, tanto os saberes dos profissionais da equipe de saúde quanto dos usuários terão visibilidade e mobilizarão valores, permitindo a ocorrência da “[...] construção coletiva do processo e... legitimada pelo gestor”.

Para Merhy e Franco (2003), o trabalho em saúde é sempre relacional, uma vez que depende de “trabalho vivo” em ato, isto é, o trabalho no momento em que ele está ocorrendo. Dessa forma, ao produzir um ato de saúde, o profissional, com base na escuta qualificada que ele faz do usuário, vai propor uma ação compatível com a necessidade deste para que ele seja atendido efetivamente.

Nessa direção, Santos Filho (2009) cita que o trabalho se realiza como atividades vivas, postas em ação pelos trabalhadores, sujeitos capazes de inventar e reinventar modos de fazer e de se transformar durante esse processo. Os discursos dos sujeitos coletivos mostram esse aspecto. Percebe-se que têm a intencionalidade de operar mudanças, que se encontram abertos ao novo.

A PNH, como método de inclusão, concretiza-se aqui como proposição ético-política que aposta na possibilidade da produção de mudanças no ABF, desde a inclusão de seus profissionais nos processos de interpretação e análise de todo o contexto organizacional, bem como da intervenção que se fizer necessária. Essa afirmação corrobora a expressão-chave posta na ideia central do DSC de **E1**: “[...] eu vejo o processo de mudança pelo acolhimento como formação continuada e deve vir assegurado pela avaliação”.

Os autores Neves e Rollo (2006), Santos Filho e Barros (2007) e Pasche (2009) declaram que todos os profissionais da equipe de saúde fazem acolhimento, mas que as instituições de saúde não têm essas equipes capacitadas para desenvolverem tecnologia relacional, compartilhada e solidária de acordo com os princípios da gestão social. Esta delibera agilidade no atendimento ao usuário, pautada nas suas necessidades de saúde.

A PNH, como política transversal, propõe outras formas de fazer gestão e organizar a atenção nos serviços de saúde. O importante aqui é o saber-fazer juntos, apoiando experiências, agregando o saber com a transformação da realidade: “[...] eu penso que deveria selecionar pessoas aptas a esse tema e submetê-las a uma dinâmica de grupo”; e “[...] o apoiador institucional sistematiza as informações no processo”.

Vários outros discursos acentuam a dinâmica de grupo ou oficinas como caminho a ser trilhado para a capacitação de seus profissionais: “[...] Eu proponho dinâmicas de grupo com elementos das equipes que sejam mais sensíveis a uma assistência qualificada... no sentido de usar essas qualidades em favor do todo”; “[...] Eu acho que as dinâmicas de grupo (oficinas) ao se discutir a escuta vão passar pela comunicação e ao mesmo tempo promover interação humanizada”.

Freire (1992) relata que um dos grandes teóricos que estudaram o funcionamento do grupo foi Pichon-Rivière. Para ele, grupo significa um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes e que se propõem à realização de determinada tarefa. Na execução dessas tarefas, deixam de ser um amontoado de pessoas para cada um assumir-se como participante de um grupo com um objetivo comum. Assim, grupo não é a soma de seus participantes, pois o grupo constrói sua identidade, características e formatos próprios, estabelecendo, por conseguinte, uma dinâmica de relação na qual o grupo exerce influências sobre o indivíduo e este sobre o grupo. Esse processo se ancora na construção de um vínculo grupal, na construção de um elo afetivo que abraça todos que do grupo participam.

Para Afonso (2003), grupo é união de pessoas que têm objetivos e ideais em comum (horizontalidade), diferenças individuais (verticalidade), reconhecimento da união e interligação pelos objetivos e proposição de uma tarefa ou trabalho, entre outros. Avança no conceito ao dizer que grupo é a possibilidade de invenção de um espaço social de reflexão, aprendizagem, construção e assimilação de conhecimentos compartilhados como bem coletivo, com a clara intenção de promover mudanças.

Os sujeitos desta pesquisa propõem a formação de grupo para a efetivação de uma capacitação que seja inclusiva, afetiva e interativa, baseada na construção coletiva e comunicacional, em que todos aprendam a fazer a escuta qualificada partindo da própria escuta. Propõem, portanto, a capacitação a partir da construção de um grupo/ oficina e que opere as mudanças necessárias e desejadas.

Ao discorrer sobre oficina, Afonso (2003) afirma que esta é um trabalho estruturado, centralizado em torno de uma questão cuja elaboração acontece em um contexto social, proposta pelo grupo e independente do número de encontros programados. Há que se atentar que o primeiro passo a ser dado de acordo com a estruturação dos encontros para a realização de uma oficina é o acolhimento, que é a disposição para receber todas as manifestações dentro de determinado tempo e tema e sensibilizar os participantes para que a oficina aconteça.

Convém destacar que todo grupo tem um líder e essa assertiva é exposta nos discursos: “[...] Eu acredito que precisamos de um líder, um grupo coordenando e avaliando as oficinas de sensibilização. “[...] Precisamos organizar mais, ter motivação e disponibilidade para mostrar nosso real objetivo, é preciso mais amor.” “[...] Eu falo que a capacitação em serviço é um importante procedimento que deve ser legitimado pelo gestor...”. “[...] Eu começo um processo de empoderamento que os faz perceber que eles estão fazendo cogestão”.

Nesse sentido, Freire (1992) defende que o líder é aquele que se encarrega de levar adiante as tarefas, driblando os conflitos, buscando soluções, enfrentando novos desafios, possibilitando a realização de tarefas e levando o grupo para

frente. Afonso (2003) declara que ele deve ser facilitador ou incentivador; ajudar na sistematização dos conteúdos e sugerir significados para ações e interações; ter papel ativo na condução do grupo, mas não pode ser intrusivo, deve propor, mas não impor uma condição. Os dizeres de Nogueira (2005) complementam esse raciocínio ao se referir à gestão participativa que busca modificar a articulação entre comandos e comandantes, uma vez que o gestor/líder deve ser interativo, superando distâncias entre as pessoas.

Por intermédio das entrevistas, viu-se que é preciso aprender a fazer muitas coisas e que no ABF deve-se ensinar a fazê-las. Apurou-se, também, que aprendê-las e ensiná-las requer considerar a natureza específica dos conteúdos procedimentais, que comportam, de certa forma, entender a intervenção educativa pela qual se pretende favorecer e ajudar no processo de aprendizagem dos profissionais da saúde, na utilização da gestão social nos sistemas de escuta qualificada para a construção coletiva do acolhimento.

De fato, a maioria dos entrevistados reforçou a importância e a necessidade de capacitação como ferramenta imprescindível no desenvolvimento de se realizarem escutas qualificadas como instrumento de gestão para disparar ações de acolhimento sistematizadas. Por exemplo, **E1** contribui com: “[...] eu acho que a capacitação seria ideal para sensibilizar o outro [...]”; para **E3**, “[...] eu sugiro capacitação para o acolhimento, pois se aprende mais quando se escuta”; e segundo **E4**, “[...] eu vejo a necessidade de um grupo coordenando e avaliando as oficinas de sensibilização”.

Baseando-se na pesquisa realizada, pode-se concluir que os procedimentos de gestão social na saúde, aqui especificamente a ferramenta de escuta qualificada, referem-se às competências necessárias, às habilidades, aos saberes e às posturas/ atitudes fundamentais para a eficácia funcional e organizacional do ABF. Incluem-se principalmente as lacunas de capacitação, que contribuem com informações valiosas na colaboração de tomada de decisões, além de um novo alinhamento estratégico e de delimitação de planos de ação.

É preciso executar a escuta qualificada, tanto dos usuários quanto dos trabalhadores. E também propor metas e desenvolver indicadores específicos que atendam às demandas institucionais, o que fica implícito no DSC: “[...] eu posso também linkar tudo isso com os instrumentos da gestão pela qualidade, que é um processo contínuo, coletivo e que leva tempo para começar uma mudança de cultura”. Registrando o parecer de Boullosa e Schommer (2008), aqui o desafio está não apenas em apropriar-se desse dispositivo, mas entendê-lo e utilizá-lo como um potente instrumento de gestão social na saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se iniciou esta pesquisa, e durante todo o tempo, questionou-se o porquê da dificuldade de não se conseguir implementar a prática do acolhimento no ABF como preconizada pela PNH. Onde estariam os entraves que impediam a aplicação dessa estratégia como um procedimento de gestão social na saúde? Quis-se, na verdade, refletir sobre as representações dos procedimentos de gestão social em torno da escuta qualificada e do seu comportamento entre as equipes de saúde como ferramenta para se organizar o processo de trabalho.

As representações analisadas nos depoimentos identificaram que os profissionais do ABF têm algum conhecimento referente aos atributos/ habilidades da escuta qualificada e são conhecedores de que estes aumentam a qualificação técnica dos trabalhadores da saúde, de maneira a promover interação humanizada, cidadã e solidária (procedimentos estes também de gestão social), com usuários, familiares, comunidade. Reconhecem, ainda, que a escuta qualificada é condição *sine qua non* para a efetiva atuação ética e política no que tange não só aos problemas de saúde de natureza aguda ou crônica, mas também à efetivação das políticas do SUS. Verificou-se, também, na opinião dos entrevistados, que o ato de escutar está presente em todos nas circunstâncias do cotidiano da vida.

A pesquisa identificou alguns procedimentos de gestão social na escuta qualificada de acordo com a PNH, como: ação da escuta e a produção de vínculo como atividade terapêutica; as maneiras de organização dos serviços de saúde; o uso ou não de saberes e afetos para a melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto esses saberes e afetos estão a favor da vida; a humanização das relações em serviço; a adequação da ambiência e a compatibilização entre a oferta e demanda por ações de saúde; a governabilidade das equipes locais e as formas de gestão vigentes na unidade de saúde. Orienta, dessa forma, para a preparação de protocolos, sob a ótica da intervenção multi e interprofissional na qualificação da assistência, legitimando a inserção do conjunto de profissionais

ligados à assistência na identificação de risco e definição de prioridades, contribuindo, assim, para a formação e fortalecimento da equipe.

Os resultados desta pesquisa indicaram que uma atitude é sempre definida de acordo com a percepção que o profissional de saúde tem do ato de escutar, uma vez que está sempre subjetivamente relacionada aos acontecimentos futuros. Desse modo, as práticas vão depender da capacidade de reconstrução contínua do profissional de saúde nas suas interações com os outros, para definir seus próprios limites e fazer escolhas.

Sinalizam também que a sistematização de procedimentos de gestão social na escuta qualificada são ferramentas imprescindíveis para a tomada de decisões em relação à definição de gestão social da clínica, na obtenção de investimentos institucionais como capacitação para o setor, no monitoramento da humanização à saúde, na avaliação do impacto dessa gestão e da qualidade dos serviços prestados.

A implementação de estratégias, como a da gestão social na PNH, contribuirá para que a atenção básica de saúde, vista pelos profissionais, possa se desenvolver de forma mais humanizada, acolhedora e participativa, com escuta afinada, de modo a possibilitar o alcance do ideário de saúde para todos.

É importante também que os gestores reconheçam a importância da contribuição desse contexto. Quer-se dizer aqui que não existe a mínima possibilidade de se produzirem estratégias e compromissos de intervenção em uma instituição de saúde sem a cooperação de todos. Mais do que isso, reconhecer também a importância dos profissionais de saúde no elenco de suas preocupações de garantia de atenção de qualidade e de efetividade da verdadeira gestão social.

Como fisioterapeuta, esta pesquisa proporcionou a oportunidade de reflexão, de esclarecimento de dúvidas, permitindo a compreensão das representações que permeiam o imaginário social dos profissionais de saúde que lidam com o outro (usuário e colegas de equipe) no dia-a-dia, querendo expressar-se e esperando ser escutado. Mostrou, de forma contundente, que a escuta qualificada é uma

ferramenta que fará a diferença no ABF, tanto no que diz respeito à assistência ao cidadão que procura ser atendido na suas necessidades e expectativas quanto aos membros da equipe de saúde e da instituição. Nesse sentido, fica evidente que o modo de acolher/ atender o usuário se expressa pelo encontro entre quem atende e quem é atendido; na relação dos saberes e dos valores de ambos; nos vínculos criados, pois o atendimento de qualidade não é casual, mas realizado a partir da intencionalidade de quem o realiza. Assim, optar por fazer uma escuta qualificada como procedimento de atenção é acreditar que o outro é sujeito ativo da sua história e das suas próprias.

Com base nos objetivos que originaram este trabalho, conseguiu-se, no desenvolvimento desta pesquisa, alcançar os principais questionamentos ora apresentados, especialmente no quesito da necessidade de se reconhecer a importância da atenção humanizada a ser implementada no ABF.

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que foi muito gratificante trabalhar nesta pesquisa, por se tratar de um tema que é da ordem do dia nas questões da saúde e devido à importância da sua relevância para a sociedade, da mesma forma que se pôde ajudar e dar contribuições na luta por uma prática da PNH de forma persuasiva e consciente.

A expectativa é de que este estudo possa conduzir a novos caminhos para melhor elucidação da importância das percepções dos profissionais de saúde quanto ao uso da escuta qualificada como procedimento de gestão social importante na atenção humanizada. Não se pode esquecer de que se está tratando de vida humana que procura pelo alívio de sua dor e sofrimento e que cabe a todos os profissionais atender com competência, atenção e respeito, numa relação intersubjetiva, mediada pela linguagem, convocando, portanto, uma escuta.

Os resultados desta dissertação poderão subsidiar mudanças no ABF a partir da discussão entre todos os profissionais que compõem a equipe de saúde que aí trabalha, transformando as dificuldades e as fragilidades pertinentes à escuta, ao acolhimento e à gestão em substratos para reflexão e mudanças que otimizem os recursos de toda natureza no ABF. Nessa direção, que a capacitação dos atores

envolvidos no processo de produção de saúde propicie gestão social mais participativa e solidária, adequando o serviço à ambiência social e cultural local por meio do acolhimento saudável, conforme recomenda a PNH.

Estes resultados encontram amparo na decisão política proposta pelo plano diretor do HC-UFMG para a gestão 2010/2014, tendo como uma das linhas mestras o quesito consolidar o “Projeto de Humanização na Assistência do HC-UFMG”. O desafio aqui é institucionalizar a PNH e possibilitar a formação dos trabalhadores de saúde no sentido de promover um processo de educação continuada, considerando-se que o ensino é uma característica essencial do HC.

Como toda investigação aponta novos rumos, sugere-se a possibilidade e necessidade de realização de outras pesquisas que possam aprofundar sobre o tema, considerando a fala de outros atores sociais envolvidos na prestação da assistência à saúde dos usuários do SUS.

## **6 ELABORAÇÃO DE PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO**

### **Processo de construção coletiva para o acolhimento: procedimentos de gestão social na escuta qualificada como proposta de intervenção**

#### **6.1 Introdução**

O acolhimento, dispositivo tecnológico relacional na humanização entre atores, serviço de saúde e usuários, é uma diretriz operacional de extrema importância na Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, tendo como objetivo a reorganização do processo de trabalho e a humanização deste. Este dispositivo resgata as dinâmicas e as normas para a acessibilidade dos usuários do sistema de saúde.

Como instrumento questionador das práticas gerenciais cotidianas, deve ser aplicado com o intuito de apreender “ruídos nas relações” que ocorrem entre profissionais de saúde e usuários, garantindo-se efetivamente a capacidade de modificá-las e, a partir dessa alteração, ajustar a organização do serviço de saúde, integrando, especialmente, o benefício ao usuário (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Este trabalho tem por objetivo elaborar um processo de construção do acolhimento para uma unidade ambulatorial de um hospital-escola, a partir de elementos para um programa de formação em serviço, utilizando para isso procedimentos de gestão social na escuta qualificada e aplicação dos conteúdos procedimentais levantados nesta dissertação, que deram as bases para uma proposta de capacitação.

Esta proposta passa por quatro aspectos norteadores:

- Qualificação profissional.
- Constituição do serviço ambulatorial.

- Melhor escuta qualificada: procedimentos de gestão social.
- Busca pela motivação profissional.

Espera-se, com a implementação desta proposta, que os servidores do ambulatório percebam suas qualidades, fraquezas e entraves na relação de trabalho em torno da assistência prestada aos usuários do SUS. Que eles passem a refletir e se sensibilizar com o processo de organização do trabalho em equipe, aplicar os procedimentos de escuta qualificada como uma ferramenta de gestão social na clínica e que se possa criar uma ambiência dialógica adequada sobre os embaraços relacionais baseada na performance de suas ações no grupo.

Almeja-se, também, com esta proposta, poder estabelecer metas para alcançar a qualificação do acolhimento, tanto quanto a qualidade do vínculo interpessoal entre os atores do ABF (SILVEIRA, 2003).

Acredita-se que, com a implantação do acolhimento em saúde, tecnologia esta de caráter predominantemente interacional e eficaz para se reestruturar a gestão social da clínica e acolher as demandas dos profissionais e usuários, possa-se criar subsídios positivos para a elaboração de ações de saúde cujas integralidade, resolutividade e equidade possam compor as estruturas básicas para sua realização (RAMOS, 2001).

Baseando-se nesses enfoques, percebe-se que o mercado na área da saúde vem demandando, dia após dia, profissionais cada vez mais inovadores, dinâmicos e motivados. A formação-intervenção vem sendo exigida para contribuir com ideias inovadoras e de novas ações (BARROS, 2007; HECKERT; NEVES, 2007). Um servidor público de saúde motivado e criativo deve ser, antes de tudo, um ator sempre atento e que esteja constantemente à procura de soluções para perturbações imediatas, além de não se limitar a planejar projetos extraordinários e fora dos trâmites da instituição de saúde em que exerce suas atividades laborais.

## 6.2 Referencial teórico

A interpretação das diretrizes da PNH em arranjos operativos, ou conteúdos procedimentais, é o que se chama de dispositivos. Estes, colocados em funcionamento, promovem modificações nos processos de trabalho imbricados nas práticas de atenção e de gestão (SANTOS-FILHO, 2009).

Para esse autor, a PNH apresenta vários dispositivos que estão sempre sujeitos a serem revistos, aprimorados, descartados ou ampliados, conforme os contextos de necessidades. Trabalhar-se-á aqui com um dos principais deles, a escuta qualificada, ora em experimentação nos serviços de saúde e que é representativo de intervenções-processos-efeitos nos modelos de atenção e de gestão social da clínica.

Outros dispositivos também se alinham ao presente propósito, como: a gestão colegiada, de orientação e organização do atendimento com base em necessidades e prioridades clínicas (acolhimento), de articulação de equipes multiprofissionais, estabelecendo-se como referência de vínculo e de metodologias específicas, não convencionais, para análise e intervenção no processo e condições do trabalho em saúde (BRASIL, 2008).

Todas essas categorias conceituais-operacionais sustentam o que se chama de intervenções para transformação dos processos de trabalho e práticas de saúde. Torna-se prudente destacar o que se entende por intervenção na PNH, sempre adicionando visão pedagógica, ou seja, intervenção almejada de forma indissociada de um processo de formação dos sujeitos, equipes e coletivos. Isso ocorre ao passo que esses dispositivos se estabelecem como campo de análise sobre o trabalho, introduzindo-se para discussão de uma gestão coletiva das práticas, dos graus de implicação, das interações em termos de fluxos de saberes, ações, normas e também de vínculos (SANTOS-FILHO, 2009).

Uma intervenção permite, assim, dimensão programática (planejamento), podendo-se nela separar objetivos e metas guias de situações desejadas. Por outro lado, também embute em si o poder de mobilizar os atores e equipes,

inclusive na função avaliativa. Portanto, intervir é despertar novas leituras dos cenários e fatos, produzindo mudança nos posicionamentos, atitudes, perante os fatos e no contexto (acionando movimentos para outras mudanças) (PASCHE, 2009).

### 6.2.1 Intervenção como estratégia de articulação

Plano de intervenção tem sido uma solução bastante utilizada em todos os cursos da PNH com o objetivo de delimitar a intervenção desejada de forma indissociada da formação. Em recente publicação, Santos-Filho (2009, p. 173) demarcou as diretrizes de concepção dos planos de intervenção na PNH, tendo em sua intencionalidade uma sistematização integradora:

[...] das problematizações realizadas, movimentos que refletem as análises que se abrem no coletivo (e válidas em si mesmas como processos/produtos); [...] das direções de estratégias e ações que se propõem ou se disparam para enfrentamento das situações problematizadas, e [...] permeando essa movimentação, o que se reflete como posicionamentos dos sujeitos envolvidos na análise daquela realidade e referenciais que vão utilizando na sua (re)leitura e direcionamento das intervenções.

Baseando-se nessa concepção, percebe-se uma ideia de intervenção no sentido compreendido na PNH, ou seja, aquela que declara intervenção como **estar e agir** no “**entre**” (BARROS, 2007), fundamentando-se na análise coletiva da situação de trabalho, intervindo no sentido de ajudar a melhor compreender e transformar a realidade. Daí anexando-se dimensões do planejamento e/ou pensamento estratégico para encaminhar metas e ações para viabilizar a mudança dessa realidade.

O plano de intervenção é uma ferramenta para a qual devem dirigir as análises situacionais, propostas e/ou ações e todas as inquietudes acionadas pelos coletivos que estejam analisando uma realidade. Segundo Santos-Filho (2009), ele deve dividir-se em eixos e matrizes eficazes em encaminhar os problemas e ações. Por outro lado, não pode se declinar a esse momento programático da planificação. Pelo contrário, o plano é oferecido exatamente para adquirir maior

dimensão, sendo almejado como dispositivo no sentido de se instituir como campo de análises das múltiplas e complexas dimensões que concorrem no processo de mudanças e/ou transformações institucionais.

No sentido processual, os planos vêm sendo valorizados e devem ser tratados nos cursos da PNH para que funcionem como canalizadores e catalisadores de todos os movimentos acionados com o curso no espaço da formação e do trabalho, capazes de ir agregando e atualizando as contínuas análises-intervenções na realidade (SANTOS-FILHO, 2009).

De acordo com Teixeira (2002, s.p):

O trabalho (plano) não se restringe a um simples preenchimento de planilhas e corresponde a uma verdadeira análise do “estado da arte” em termos do conhecimento e da tecnologia disponível para o enfrentamento do problema selecionado, ao tempo em que liberta a imaginação dos participantes para que possam pensar em formas inovadoras de organização das atividades previstas, com os recursos disponíveis.

A percepção do planejamento na visão da humanização da atenção e da gestão deve destacar, em sua perspectiva participativa e situacional, a noção de que o plano é um recurso que necessita e deve traçar metas sempre como expressão das políticas, dos compromissos e das prioridades coletivamente definidas e compartilhadas e analisadas como viáveis (SANTOS-FILHO, 2007).

Pensando assim, é interessante que seja espaço e/ou momento de reflexão sobre o processo de trabalho, originando reflexão sobre suas fragmentações e fatores intervenientes e acerca de articulações e integrações necessárias, mas buscadas na ótica da corresponsabilização. Esse próprio movimento de busca da estratégia de corresponsabilização, ele mesmo devendo ser entendido como do âmbito dos planos e não de externalidade a eles (SANTOS-FILHO, 2009).

Deve ser visto então como analisador de possibilidades, dificuldades, favorabilidades, viabilidade e, mais que isso, na perspectiva formativa da PNH, espaço para se qualificar para negociações e pactuações para desencadear processos e/ou movimentos (PASCHE, 2009).

Observa-se aqui que a aceitação voluntária dessa ideia ou instrumento nos processos de formação da PNH pode efetivamente assegurar a indissociação formação-intervenção e trazer em si a expressão de múltiplos aprendizados ou de ganho ou exercício de diferentes âmbitos de competências (SANTOS-FILHO, 2009).

### **6.2.2 O “saber-fazer” como conteúdo procedimental**

O acolhimento, como postura e tecnologia do encontro, e a escuta qualificada numa direção clínico-política são, como já mencionado, diretrizes que estão totalmente afinadas com a perspectiva da cogestão e gestão social. E nesse contexto, partindo de necessidades do Ambulatório Bias Fortes do Hospital das Clínicas da UFMG de ampliar e aprofundar mudanças na organização do trabalho em saúde, é que se está propondo este projeto de capacitação que aborde este tema (BRASIL; NEVES; ROLLO, 2006).

Escuta qualificada se aprende-fazendo ou se faz-aprendendo, a partir do trabalho. Não se pode pretender discutir essa questão de escuta, de relações, de forma abstrata. Isso está sempre na ótica do trabalho (SANTOS-FILHO, 2009).

Desta forma, o projeto proposto de capacitação no âmbito do acolhimento e da escuta qualificada segue os devidos eixos centrais que estão envolvidos na lógica dessas duas dimensões. Isto é: convocação de grupos (trabalhadores e gestores, no caso) a colocarem o processo de trabalho em análise. E a partir do próprio ato de análise coletiva do trabalho, formarem-se ou aprimorarem-se como sujeitos, protagonistas e corresponsáveis, para propor as novas posturas e práticas no trabalho. A isso se chama de intervenção (novos processos que mudem as relações entre si e a escuta-ação com os usuários). Na verdade, aqui mora todo o cerne da PNH (CAMPOS; CAMPOS, 2007; PASCHE, 2009; SANTOS-FILHO, 2009).

Na área educacional, chama-se de conteúdos de aprendizagem a um conjunto de aprendizagens como conhecimentos diversos, habilidades, técnicas e estratégias que respondem à pergunta: o que se deve ensinar? A expressão inclui tudo o que é objeto de aprendizagem em uma proposta educacional. Esses conteúdos são classificados em três grandes grupos: os conteúdos conceituais, os procedimentais e os atitudinais. Como exemplos, haverá conteúdos que é preciso “saber” (**conceituais**), conteúdos que é preciso “saber-fazer” (**procedimentais**) e conteúdos que admitem “ser” (**atitudinais**) (ZABALA, 2007).

No grupo dos conteúdos procedimentais distinguem-se ações que são muito simples, como abrir uma porta, ou ações “saber-fazer” extremamente complexas, como é o caso da escuta qualificada, nosso foco de intervenção pedagógica. Segundo Coll (1986, p.46), “um procedimento também chamado de regra, técnica, método, destreza, habilidade é um conjunto de ações ordenadas e com uma finalidade, quer dizer, dirigidas para a realização de um objetivo”. Nesta definição, utiliza-se o termo procedimento por extensão, em referência a todos os conteúdos procedimentais.

Pode-se aqui inferir que os procedimentos de gestão social na escuta qualificada, como métodos ou estratégias, são conteúdos procedimentais. Por serem ações dirigidas a um objetivo e que podem ser situados, sem dúvida alguma, na categoria do “saber-fazer”, ou seja, nos conteúdos procedimentais. Os traços distintivos de um conteúdo procedimental remetem à formulação de Valls (1990, p. 56):

Referem-se a um curso de ação, um caminho, um processo, uma sequência, uma operação ou uma série de operações; deve haver uma ordem determinada que os presida (o curso de ação, o processo, etc.), de modo que algumas coisas sucedam as outras de acordo com critérios determinados; a intenção é obter um resultado ou chegar com êxito a uma meta.

Nesta proposta de intervenção, o que implica neste trabalho é aprender um conteúdo procedimental, o qual provém de seu caráter de “saber-fazer”, conforme exemplos de Zabala (2007, p. 14):

- Realização de ações. Como se aprende a realizar ações? A resposta parece óbvia: fazendo-as. Falar aprende-se falando; observar, observando; e no presente caso, escutar, escutando. Tem-se aqui uma primeira conclusão: que os conteúdos procedimentais são aprendidos realizando-se as ações que os conformam.
- Exercitar-se. A consciência da necessidade de se exercitar permite, ao mesmo tempo, apreciar os diferentes ritmos de aprendizagem e, portanto, a necessidade de estabelecer diferentes tipos e número de atividades, conforme as características diferenciais dos profissionais de saúde, assim como dos conteúdos que devem aprender.
- Reflexão sobre a própria atividade. É necessário poder refletir sobre o modo como se está realizando o exercício e sobre quais as condições ideais de seu uso. Ou seja, é imprescindível conhecer as chaves do conteúdo para que sua utilização seja otimizada. Assim, para progredir na competência de realizar escuta qualificada, não basta escutar muito, embora esta seja uma condição imprescindível. Ter um instrumento de análise e reflexão pode ajudar a melhorar as capacidades de escutar, sempre e quando se tiver aprendido a utilizar tais recursos no próprio processo de escuta.
- Aplicação em contextos diferenciados. Aquilo que se aprende será mais útil, ou seja, mais potente, na mesma medida em que se possa utilizá-lo em situações nem sempre previsíveis. Essa necessidade torna imprescindível que os exercícios sejam o mais numerosos o possível e se realizem em âmbitos distintos, de modo que as aprendizagens possam ser utilizadas sempre que requeridas.
- Gerenciar conflitos de forma criativa. O ponto de partida é a noção de conflito como recurso cognitivo, componente inevitável de uma sociedade complexa. Lidar criativamente com essa realidade é uma porta de acesso a outras visões de mundo possíveis.
- Alimentar processos de cooperação. Entendendo que a convivência da unidade na diversidade é a base e objetivo, sendo a cooperação para o bem comum um elemento necessário a ser desenvolvido.

- Desenvolvimento da sensibilidade. Na percepção das situações, na escuta do outro e dos olhares diversos sobre determinada situação.
- Capacidade de integrar as racionalidades sensorial, intuitiva e intelectual.

Todas essas são pré-condições da capacidade de sustentar a causa, visão e a missão das organizações de saúde.

## **6.3 Objetivos**

### **6.3.1 Objetivo geral**

Construir e analisar, por meio de procedimentos de gestão social, de escuta qualificada, uma proposta de capacitação com a intenção de aprimorar a qualificação das ações em saúde para um processo inicial de acolhimento.

### **6.3.2 Objetivos específicos**

- Escutar as interpretações de acolhimento por parte dos servidores da saúde.
- Formar um argumento para elaboração de um conceito coletivo sobre acolhimento.
- Estimular a melhoria de uma postura acolhedora.
- Incrementar a relação e a comunicação dos servidores.
- Contribuir com apoio na orientação da estruturação da gestão estratégica do acolhimento.
- Aperfeiçoar o vínculo nas relações.
- Preparar para a assistência centrada no usuário.

## **6.4 Metodologia / ação**

Visando à construção coletiva de novo arranjo organizacional, propõe-se à realização de oficinas de sensibilização com quatro módulos de encontros com os profissionais do setor de capacitação/Recursos Humanos (RH) do Hospital das Clínicas da UFMG. As oficinas terão como meta trazer para o debate as experiências e as propostas dos servidores da saúde para transformar o trabalho desenvolvido.

As oficinas de sensibilização serão constituídas por dinâmicas de grupo, apresentação e discussão de conceitos sobre escuta qualificada, acolhimento e gestão social, além do diagnóstico da instituição e estabelecimento de acordos.

O processo iniciará com as discussões em pequenos grupos a partir de temas geradores. Os encaminhamentos produzidos nos pequenos grupos serão debatidos em plenária final quando, então, serão selecionados aspectos a serem trabalhados nos próximos módulos.

No intervalo entre as oficinas, os servidores realizarão as tarefas deliberadas nas plenárias finais que, inicialmente, se formaram a partir dos diferentes setores de trabalho, sendo que a grupalização será, posteriormente, pautada no interesse em desenvolver algumas ações definidas pelo coletivo dos trabalhadores.

### **6.4.1 População e local**

Profissionais da saúde nas diversas especialidades de nível superior, de nível médio e servidores administrativos do Ambulatório Bias Fortes do Hospital das Clínicas da UFMG.

Para a implantação do projeto de capacitação em saúde e trabalho, pretende-se constituir uma equipe formada por uma tutora da PNH e de profissionais especializados no tema, convidados pelo serviço de humanização do HC, para o

trabalho de apoio institucional ao hospital. A participação nessas oficinas será de livre e espontânea vontade dos servidores.

#### **6.4.2 Das estratégias e métodos a serem utilizados**

Pretende-se nesta proposta basear em pelo menos cinco procedimentos de gestão social como estratégias para o acolhimento:

- Agendamento: incluir a diretriz do acolhimento na agenda e no planejamento do ABF, ou seja, falar e pensar sobre acolhimento, ver e ouvir sobre itens que possam ser melhorados, planejar mudanças e avaliar resultados.
- Reflexão sobre a sensibilização: no serviço público, os servidores devem ser sensibilizados como agentes, além de desenvolver valores e potencialidades para o acolhimento com respeito e compromisso de todos os cidadãos.
- Articulação: reforço no vínculo entre o serviço público e a comunidade, por intermédio da participação ativa na coprodução da saúde, incentivando as parcerias e o voluntariado organizado.
- Comunicação: aprimorar os mecanismos de escuta qualificada ao cidadão, abrindo-se canais para ouvir e avaliar, coletivamente, disponibilizando-se informações aos usuários e, desta forma, compartilhando o poder e o saber, além de se ampliar a autonomia do usuário no processo de atendimento.
- Prover: articular o fornecimento de itens de bem-estar para os usuários atendidos no ABF.

Ao se discutir sobre formação continuada em serviço de saúde, tem-se como objetivo a transformação das ações profissionais tanto quanto do processo de organização do trabalho, devendo-se estruturar a partir da problematização do trabalho em si e de sua capacidade de gerar acolhimento e atenção às diversas ordens e demandas de saúde dos usuários e dos coletivos.

Concorda-se aqui com os processos de formação segundo aposta da PNH:

- Estratégias de produção de sujeitos mais livres, autônomos, criativos e corresponsáveis;
- espaços substantivos de formação de compromisso e de solidariedade entre as pessoas, entre os povos;
- espaços de trocas afetivas e simbólicas, sem as quais a eficácia das práticas fica comprometida;
- espaço de produção de excelência ética e técnica, as quais são inseparáveis.

Na área da saúde, formar-intervir-mudar é um exercício. Em se tratando nesta pesquisa de um hospital-escola, é necessário formar cidadãos-trabalhadores da saúde que percebam e tenham mecanismos de intervenção sobre o campo que constitui diversos cenários de poder e que muitas vezes interfere e define os processos de trabalho. Desta maneira, torna-se necessário formarem-se servidores da saúde com capacidade técnica e política para que se possa alcançar nova organização institucional e novas práticas, mais eficientes, mais verdadeiras e igualitárias.

#### 6.4.3 Planejamento – oficinas

#### QUADRO 7

Exposição de categorias de análise baseadas na observação do ABF

| <b>Categorias</b>   | <b>Subcategorias</b> | <b>Subsídios para análise</b>  |
|---|----------------------|--|
| 1. Visão do pesquisador acerca do atendimento aos usuários no ABF | 1.1 Agilidades       | - Bem-atendido sempre<br>- Médico sempre disponível<br>- Ser bem atendido por médicos e enfermagem<br>- Rapidez no atendimento, não necessita esperar<br>- Ambulância disponível em eventualidades<br>- Mais servidores para a atenção |
|   | 1.2 Transtornos      | - Lentidão nos exames<br>- Lentidão na marcação de consulta<br>- Dificuldade no atendimento por algumas especialidades<br>- Em caso de emergência<br>- Médico não cumpre horário   |

Continua

Continua QUADRO 7

| <b>Categorias</b>   | <b>Subcategorias</b>            | <b>Subsídios para análise</b>   |
|---|---------------------------------|---|
| 2. Percepção dos servidores sobre como deveria ser a atenção ao usuário           | 2.1 Capacitação do servidor     | - Profissionais mais qualificados   |
|   | 2.2 Organização                 | - Aumento da área física<br>- Aumento de recursos humanos<br>- Melhor distribuição de tarefas<br>- Espaço de acolhimento<br>- Prontuário informatizado<br>- Melhorar sistema de interconsulta do usuário para cada especialidade  |
|   | 2.3 Qualificação da atenção     | - Receber com presteza, ternura, compaixão e de bom humor<br>- Fornecer precisão nas informações<br>- Usuário ser bem-escutado e acolhido<br>- Tempo de espera curto  |
| 3. Percepção dos servidores sobre as facilidades do ABF em acolher bem o usuário  | 3.1 Capacitação do Servidor     | - Servidores competentes  |
|   | 3.2 Organização                 | - Atenção domiciliar<br>- Marcação de consultas e distribuição de senha<br>- Organização de filas   |
|   | 3.3 Qualificação do acolhimento | - Usuários bem-atendidos no geral<br>- Usuários bem-atendidos pela enfermagem<br>- Equipe preocupa-se em agilizar o atendimento   |
|   | 3.4 Qualificação da gerência    | - Localização do ABF<br>- Distribuição de remédios com diversidade<br>- Acessibilidade aos atendimentos básicos<br>- Segurança dos usuários   |
| 4. Percepção dos servidores sobre as dificuldades do ABF em acolher bem o usuário | 4.1 Organização                 | - Demarcar de forma adequada as responsabilidades<br>- Excesso de trabalho para os servidores   |
|   | 4.2 Qualificação do acolhimento | - Excesso no número de usuários<br>- Referente à atenção ao usuário: sobre informações e atendimento adequado   |
|   | 4.3 Qualificação da gerência    | - Deficiência de pessoal (todas as especialidades)<br>- Ausência de sala de reunião<br>- Equipamentos sucateados  |
| 5. Conceitos que os servidores têm sobre acolhimento                              | 5.1 Relacional                  | - Atender bem aos usuários sem distinção, com respeito, ética e educação<br>- Maneira pela qual os usuários são recebidos ao chegarem ao ABF<br>- Escutar, proteger os usuários, proporcionar diálogo<br>- Receber usuários como se fossem da família<br>- Ser bem-recebido por todos os atores da saúde, inclusive pelos servidores administrativos<br>- Ter visão mais humanizada visando melhor qualidade de vida do usuário |
|   | 5.2 Organizacional              | - Reduzir o tempo de espera no ABF e elevar o grau de satisfação do usuário como diferencial no atendimento e na qualidade  |
|   | 5.3 Resolutividade              | - Ter o mínimo necessário para o atendimento e solução para os problemas do usuário<br>- Acolher o usuário, escutar sua demanda, fazer a interconsulta correta, tudo com consideração e bom serviço<br>- Aconselhar quanto às suspeitas do paciente   |

## Oficina 1

| <b>Proposta:<br/>Objetivos</b>   | <b>Conteúdo<br/>Procedimental</b>   | <b>Dinâmicas de<br/>grupo</b>   | <b>Ideia central</b>   |
|--|---|---------------------------------|--|
| Fazer apresentação do colega, falar o nome e uma habilidade profissional dele  | Fazer a introdução e relacionamento com a equipe de trabalho  | Atitude: apresentação da equipe | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecer uma qualidade do colega</li> <li>- Dedicção e capacidade</li> <li>- Atendimento adequado</li> <li>- Disposição ao trabalho até fora do horário</li> <li>- Passar segurança</li> <li>- Conseguir fazer várias tarefas e dar conta de tudo</li> </ul>  |
| Em apenas 2 minutos, usando a mão dominante, fazer o máximo de nós possível, individualmente. Agora, repetir tudo c/ a outra mão em menos tempo  | Provocar reflexão sobre dificuldades e alternativas de mudanças   | Do nó                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetivo de se conseguir fazer</li> <li>- Aprender o mistério</li> <li>- Depois que aprende, o resto fica fácil</li> <li>- Facilitar por não achar que iria aprender</li> <li>- Treinando tudo se consegue</li> </ul>   |
| A partir do desenho de um corpo, desenhar individualmente uma parte desse corpo que foi passado a todos. Numa cartolina, monte um corpo inteiro juntando as partes feitas por cada um da equipe. Em seguida, cada grupo desenhará um corpo em um cartaz, em que todos devem participar | Alcance de uma construção coletiva a partir de comunicação, gratidão da equipe e da relevância da interdisciplinaridade | Do Corpo                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Detectar problema e compreensão</li> <li>- Conferir organização e orientação</li> <li>- Desenhar se torna mais fácil quando todos dão palpites. O mérito é de todos quando responsabilidades são divididas</li> <li>- A noção de que no todo é melhor</li> <li>- Com apoio de todos vai-se aprimorando</li> </ul> |

## Oficina 2

| <b>Proposta:<br/>Objetivos</b>  | <b>Conteúdo<br/>Procedimental</b>   | <b>Dinâmicas de<br/>grupo</b>  | <b>Ideia central</b>  |
|---|---|--|---|
| Fazer apresentação pelo nome e ocupação no ABF. Arremessar um novelo de lã p/ um colega, porém segurando uma parte dele antes | Noção de grupo conectado em rede e relevância da interdisciplinaridade  | Da lã  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interação entre pessoas</li> <li>- Percepção de todos estarem interligados uns aos outros</li> <li>- Percepção de que a ação de um reflete na do outro</li> </ul>  |
| Cada participante deverá dizer sua definição de acolhimento a todos   | Levantar as noções sobre acolhimento da equipe  | O que constitui acolhimento para a equipe                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informação precisa</li> <li>- Atenção</li> <li>- Recepção</li> <li>- Bem-estar</li> <li>- Espaço confortável</li> <li>- Confiança</li> <li>- Respeito</li> </ul>   |
| Demonstrar que acolhimento está relacionado também à organização e à resolatividade, e não apenas a aspectos relacionais      | Introduzir aqui conceitos de gestão social, escuta e acolhimento, trazendo reflexão ao profissional e ao ABF de acordo c/ o contexto da instituição | Conceito de gestão social, de escuta qualificada e de acolhimento              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Noção de ser atendimento individualizado</li> <li>- Noção de reorganização do atendimento médico para triagem</li> <li>- Noção de que em serviço público tudo demora, mas se organizar melhorará</li> <li>- Se o usuário terá confiança</li> <li>- Percepção de não dizer não</li> </ul> |
| Demonstrar o ponto de vista dos servidores sobre os serviços do ABF aos usuários e suas percepções sobre o acolhimento        | Levantamento de matérias conforme as necessidades dos servidores  | Discussão coletiva de procedimentos de gestão social na resolução de problemas | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saber o que querem os usuários</li> <li>- Se a triagem é um problema (de quem é a urgência?)</li> <li>- A quem cabe avaliar se é urgência? O enfermeiro?</li> </ul>  |
| Identificar como todos os servidores estão inseridos no ABF   | Reflexão sobre a gerência do ABF e a atuação profissional desenvolvida por todos  | Organograma  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar procedimentos de gestão compartilhada, de corresponsabilidade</li> </ul>   |

### Oficina 3

| <b>Proposta:<br/>Objetivos</b>  | <b>Conteúdo<br/>Procedimental</b>  | <b>Dinâmicas de<br/>grupo</b>                      | <b>Ideia central</b>  |
|---|--|--|---|
| De forma anônima, pensar em um colega e escrever uma atitude positiva e uma negativa sobre a atuação desse colega na equipe | Construção coletiva e reflexão a respeito das qualidades profissionais e performance | Dinâmica dos atributos na performance profissional | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Atributos pessoais</u>: impulsivo, hábil, bondoso, estressado, dá o melhor de si, confuso, desatento, mistura problemas de casa c/ o serviço, prestativo, fala sem pensar, arrogância, falta de paciência, cortês</li> <li>- <u>Atributos profissionais</u>: atendimento carinhoso, animado, falta de vontade, empreendedor, responsável, enrola no serviço, sociável, perfeccionista, competência, bruto e sem atenção com usuário, colaborativo no serviço, responsável, senso de decisão, apatia, organização, indisposição</li> </ul> |

### Oficina 4

| <b>Proposta:<br/>Objetivos</b>   | <b>Conteúdo<br/>Procedimental</b>   | <b>Dinâmicas<br/>de<br/>grupo</b> | <b>Ideia central</b>   |
|--|---|-----------------------------------|--|
| Esclarecer um tópico ou uma pergunta, que será objeto da roda. Definir um facilitador. Técnica do objeto falante: coloca-se um objeto no meio da roda que autoriza a fala de quem o pega | Chamar atenção p/ o fato de que certos procedimentos tornam-se atitudes, posturas integradas que irão formatar nossa maneira de olhar o mundo         | Dinâmica da roda                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escuta ativa, gestão criativa dos conflitos e competência emocional</li> <li>- Praticar a escuta</li> </ul>   |
| Expor sobre o trajeto percorrido pelo usuário ao ingressar no ABF  | Ter noção da organização e administração do ABF: reflexão/avaliação   | Trilhas dos pacientes no ABF      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumulto na recepção.</li> <li>- Impaciência ao esperar ser atendido</li> <li>- As demandas do usuário devem ser todas resolvidas na recepção</li> </ul>   |
| Levantar questionamentos sobre como os servidores poderiam fazer p/ implantar o acolhimento no ABF   | Provocar reflexões tipo: qual meu papel no acolhimento? Como tornar realidade esse processo no ABF, por meio de dificuldades, viabilidades e soluções | Acordos                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizar grupo de acolhimento</li> <li>- Alternância no grupo para não sobrecarregar</li> <li>- Perceber que quem se adapta ao modelo sente-se a vontade</li> <li>- Perceber que não é p/ qualquer servidor</li> </ul> |

De acordo com Campos (2000), com a gestão colegiada acredita-se que uma roda de cogestão da educação continuada em saúde se constituirá em novidade aos servidores em parceria. Passam a ser disponibilizados novos instrumentos, acordos e novas composições organizativas que estejam compromissadas com o modelo ético-político da Reforma Sanitária brasileira, com base em uma ética de planejamento e de gestão descentralizados.

Ainda segundo Campos (2000, s/p), “o desafio da roda, em lugar da verticalidade, como nos organogramas de hierarquia, impõe não apenas a mudança na estrutura, mas na imagem/concepção do sistema e de sua condução”. Ela tem natureza política e crítico-reflexiva. Serve para nutrir circuitos de troca, como mediadora de aprendizagens recíprocas e/ou associar competências.

A ideia de gestão colegiada, procedimento este sugerido pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde do MS para a formação em serviço, convida à elaboração de um ato conjunto em que se usufrui do protagonismo e da produção coletiva. Desaparece aqui o organograma e surge a dinâmica da roda, cujo movimento deverá ser seguir e acatar multiplicidades em busca de resultados responsáveis.

#### **6.4.4 Sistematização do acolhimento**

Visto que se está falando de política pública de saúde, compreende-se que se deve apresentar, para a expansão das capacidades procedimentais dos servidores do ABF, condições para que a equipe incorpore a noção de autonomia como concepção-chave para a análise da efetividade dos procedimentos de gestão social na humanização. Essa noção atuará como condição de vida aos usuários atendidos, enriquecida pela reflexão sobre liberdade, capacidade de opção e oportunidades.

A sistematização, neste sentido, pretende ser uma ferramenta de gestão social informacional que permita ser nutrida de maneira consistente com informações de

qualidade, fazendo da organização de saúde e seus serviços mais transparentes e direcionados para a construção coletiva e, ao mesmo tempo, possibilitando o exercício do controle social.

Algumas ideias para sistematização do acolhimento no ABF após término das oficinas poderiam ser descritas, tais como:

A) Acolher com resolutividade os usuários que procuram o serviço do ambulatório

Todos os usuários que necessitam dos serviços do ABF deverão ser acolhidos pelos trabalhadores da saúde da equipe técnica. Eles deverão escutar a queixa, indicar os riscos/vulnerabilidade (aqui entra a escuta qualificada) e a questão da responsabilização para sanar a demanda do seu problema. A utilização do acolhimento no ABF visa a desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência, além de criar um vínculo entre o usuário e o sistema de saúde.

Meta 1: implementação de recepção técnica baseada na escuta qualificada.

Meta 2: ampliação da resolutividade das ações de promoção de saúde.

Meta 3: promoção da qualificação de pelo menos 50% dos servidores do ABF para ampliar suas capacidades de escuta e intervenção.

B) Gestão social da humanização das relações entre servidores e usuários e entre serviços e usuários

Meta 1: melhorar a ambiência (condições de trabalho) e assistência no serviço.

Meta 2: garantir a participação dos servidores e usuários na gestão social do serviço e organização do processo de trabalho.

## **6.5 Resultados esperados**

A formação de apoiadores institucionais e colaboradores (multiplicadores) para agirem coletivamente deve conferir a construção de um novo modelo de gestão social na saúde. Baseando-se nas temáticas aqui discutidas, as mesmas devem permitir aos profissionais essa construção, tanto quanto um plano de ação para a

sua implantação. Acredita-se que esse modelo possa contemplar a verificação de que a função gerencial se torne compartilhada, sendo que os resultados possam ser favoráveis com a nova capacitação dos profissionais e com o desenvolvimento do seu grupo.

Os elementos pedagógicos devem apoiar-se nas seguintes comprovações, segundo Teodósio, Melo e Ckagnazaroff (2000): profissional como sujeito do processo de ensino-aprendizagem; verbalização da condição profissional dos gerentes resulta num processo de reflexão sobre a condição profissional desse grupo; busca por modelo gerencial endógeno (resgate das práticas de gestão brasileira e a construção de um saber gerencial); ênfase no desenvolvimento de habilidades de diagnóstico (ou leitura) da realidade organizacional e cultural na saúde.

A partir dessa proposta espera-se contribuir para o desenvolvimento de algumas capacidades procedimentais, tais como: gerenciar conflitos de forma criativa; nutrir processos de cooperação; desenvolver a sensibilidade na percepção situacional, na escuta do outro e de um novo olhar sobre determinada situação; capacidade de integrar as racionalidades sensoriais, intuitivas e intelectivas. Todas estas são pré-condições da capacidade de assegurar a causa, visão e a missão das organizações de saúde.

Já como capacidades procedimentais com foco em empreendedorismo e desenvolvimento de competências, de acordo com Wiesel (2010), pode-se esperar:

- Um trabalho coletivo com mais ética, melhor comunicação, capacidade analítica e gestão compartilhada. A capacidade de análise de problemas na saúde tem que estar presente no profissional de saúde que seja realmente criativo. O servidor com essas habilidades está apto a qualquer momento a ter ideias concretas e cabíveis conforme o funcionamento da organização de saúde. Encontrar um servidor criativo hoje é uma tarefa difícil, visto que esta é uma capacidade que está cada vez mais difícil de encontrar.
- Não ter receios de correr riscos. Tem que ser corajoso.

- É imprescindível ser um vendedor de ideias. É sabido que qualquer inovação sempre nasce de uma ideia. No caso do profissional de saúde empreendedor, este é quem faz a ideia acontecer. Os servidores da saúde precisam ter ampla capacidade de convencer e envolver os outros na concretização das ideias.
- Motivação. As instituições de saúde necessitam estar alertas para conferir se realmente estão dispostas às suas equipes possibilidades como: desenvolvimento pessoal, reconhecimento, responsabilidade, realização, progresso e prazer pelo que estão fazendo.
- Servidores desmotivados são pouco produtivos. Ao se perceberem profissionais desmotivados na equipe, é necessário identificar, entre eles, quem tem a melhor capacidade de reverter esse clima, quer dizer, qual ator tem o perfil motivador, qual deles detém a capacidade de encorajar os demais.
- Servidores motivados estão sempre desenvolvendo bem seus papéis e procedimentos do dia-a-dia, os quais irão influenciar os outros. Os motivadores canalizam as facilidades em vez das dificuldades, gerando uma situação que convença a equipe; faz com que os outros se sintam parte do todo e também aprendam com os demais; são direcionados aos objetivos, porém sabem ser flexíveis quanto às maneiras de atingi-los; sabem influenciar a equipe a acreditar que as metas valem a pena e são alcançáveis.
- O gestor de saúde deve tratar as pessoas como indivíduos, olhar para elas e tentar compreendê-las, deixar claro que elas são importantes e que se está empenhando todos os esforços para isso.
- Somente amando as pessoas se poderá auxiliá-las no mais íntimo significado da palavra.
- Demonstrar por gestos e atitudes diárias que se ouve o que outro tem a dizer. Isto somente será viável se se criar clima de amizade e comprometimento.
- Sorrir bastante, pois esse ato contamina todos.

Deseja-se alcançar algumas metas, como, por exemplo: implementar a ouvidoria (recepção técnica com escuta qualificada) no ABF; aumentar a resolutividade das práticas de saúde; fomentar a qualificação dos servidores da saúde para aumentar sua aptidão de escuta e intervenção; desenvolver a ambiência em termos de condição de trabalho e assistência e garantir no ambulatório a participação dos profissionais e usuários na gestão social e organização do processo de trabalho.

Essa lógica de formação continuada em serviço é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. A partir dela também se pode propor: instituição mais democratizada; melhor aperfeiçoamento das capacidades de aprendizagem e de docência e forma mais criativa de enxergar as condições de saúde; o trabalho em equipe e/ou grupo com o intuito de melhorar permanentemente a atenção, assim como elaborar ações técnicas mais críticas, éticas e humanizadoras.

Resumindo, a verdade é que todas as instituições de saúde necessitam se aprimorar permanentemente e o dispositivo de formação continuada deve ser oferecido sempre com novidades e de maneira acelerada. Para que isso ocorra, os servidores precisam ser versáteis e dispostos a inovações. Profissionais conservadores, contrários às mudanças são entraves como participantes em processos inovadores, levando-se em consideração o novo cenário em gestão social na humanização da saúde, visto que o mundo está cada vez mais veloz e anseia por mudanças a todo o instante.

## **6.6 Comentários**

Na maioria das vezes, percebe-se que a aceitação das condições precárias de trabalho provoca comodismo, um “acostumar-se” com o cenário, apesar do sofrimento, desgaste, desânimo e distanciamento do trabalho inventivo que pode ser disparado.

Para acabar com esse conformismo, deve-se manter ou instituir algum mecanismo que dê aos servidores condições de colocar seu cotidiano de ações de saúde em

foco e em análise, tornando-se, assim, uma via importante para que esse processo de aceitação seja alterado.

Os procedimentos de gestão social na escuta qualificada, juntamente com o dispositivo do acolhimento, podem produzir trocas e novas ações que podem se desdobrar, além dos esforços se consolidarem de forma a produzir transformações no trabalho. Essas ações, ao travarem diálogos com as rotinas e normas estabelecidas, podem complementá-las ou questioná-las, levando-se a possível aumento da capacidade normativa dos servidores.

É necessário que os trabalhadores da saúde experimentem novas maneiras de criar procedimentos estratégicos para a gestão, visando à consolidação dos princípios éticos e que apostem em novas maneiras de trabalhar. Se nada for feito nesse sentido, os espaços de discussão poderão estar fadados ao fracasso. Torna-se necessário aqui que a gestão social do trabalho seja gerida com todos os servidores e não por eles ou para eles. Caso contrário, ficarão expostos à execução de tarefas prescritas, repetitivas e, possivelmente, adoecedoras, pois os trabalhadores não terão seus saberes e anseios expressos e vinculados às regulamentações do seu trabalho.

Pode-se afirmar que constituir uma ambiência laboral mais agradável em saúde significa elaborar procedimentos de gestão social a partir de instrumentos cogestivos, de corresponsabilização, transparência e transversalização dos processos decisórios.

Seguindo os ensinamentos de Foucault (2004), acredita-se que no hospital podem ser encontrados saberes que não são desinteressados, como aquele que sabe que está comprometido no que sabe, em uma relação com o contexto histórico que produz o que se pode saber nesse âmbito.

Pensando assim, à frente dos saberes formados no hospital, chama a atenção um posicionamento crítico e, portanto, político, no qual se detectam vestígios de um plano e a combinação fabricada com intencionalidade determinada.

Entendendo-se dessa forma o binômio saber-poder em uma instituição de saúde, compreende-se-lhe como uma vigorosa ferramenta de gestão social para nosso trabalho de análise das relações que se materializam nesses centros de saúde. Passa a ser necessário utilizar esse quadro que constitui essas relações de saber-poder no hospital para que se compreenda o que se produz e o que é ali produzido.

Aparentemente, a maneira como se lida com o saber no âmbito das práticas da gestão em saúde pode se constituir como práticas de liberdade ou também de autoridade e, então, produção, preferencialmente, de adoecimento. A isso se implicam vontade política e intervenção fundamental na organização do trabalho no hospital, uma proposta de mudança de cultura no campo da gestão social da saúde pública, que é um compromisso da Reforma Sanitária brasileira.

Escutar é o princípio, a disposição de escutar é requisito para se iniciar uma relação acolhedora, de paz e não de conflito. É preciso escutar para compreender melhor. Trata-se aqui de se modificar o processo de trabalho em função da escuta.

Fica claro que “uma mudança que passa por atitudes, e não apenas por conhecimentos e habilidades, é cultural, não se faz com rapidez, é um processo pedagógico” (MARIOTTI, 2002, p. 20). Trata-se também de ir atingindo cada servidor, cada gestor, cada usuário, até que a disposição para uma relação de confiança mútua tenha se instalado como regra e não como exceção.

As conquistas nesse sentido não se darão sem muita luta, diálogos e experimentações de uma verdadeira gestão mais social.

## REFERÊNCIAS

ABSC. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA *et al.* *O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade*. Rio de Janeiro: Radis, n. 49, p. 20-27, set. 2006.

AFONSO, M.L. *Oficinas em dinâmicas de grupo na área da saúde*. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2003.

ALVES-MAZZOTTI, A.J.; GEWANDSZNAJDER, F. *O método nas Ciências naturais e sociais: Pesquisa Quantitativa e Qualitativa*. Perdizes, SP, Thomson, 2. ed., 1999.

ALVES, R. *Escutatória*. [s.l.]: 2005. Disponível em: <http://ouvidoria.petrobras.com.br/PaginaDinamica.asp?Grupo=254&Publicacao=320&APRES=PUBL>. Acesso em: 20 de Abr. 2008.

ANDRADE, T. Inovação e ciências sociais: em busca de novos referenciais. São Paulo: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 20, n. 58, jun., 2005.

ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde. *Projeto Saúde Todo Dia*. Aracaju, SE, 2003. Aula da especialização em saúde coletiva com Dr. Emerson Merhy em 12/08/05. Aracaju, SE. Videoteca do Centro de Educação Permanente da Saúde, agosto 2005.

AROUCA, S. *A reforma sanitária brasileira*. Tema, Radis, n. 11, p. 2-4, 1998.

AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S.F. (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 49-83, 2006.

BECKER, H.S. *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec, 1999.

BÍBLIA SAGRADA. *Salmo 130:2*. 2. ed. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 1996..

BORDIN, E.M.B. *A gestão social no contexto das organizações da sociedade civil: desafios para efetivação da cidadania*. Dissertação de mestrado, PUCRS, Porto Alegre, 2009.

BOULLOSA, R.; SCHOMMER, P.C. Limites da natureza da inovação ou qual o futuro da gestão social? In: XXXII ENANPAD – Encontro Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração. Rio de Janeiro: *Anais...*, 2008.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: IMESP, 1988.

BRASIL. Decreto-Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8080.htm>>. Acesso em: 28 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. Brasília. *Saúde: municipalização é o caminho*, 9. Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília, 1992.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Ouidoria do SUS*. Ouvidoria pública de saúde de Belo Horizonte, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). *Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Humanização e ampliação (PNH). 2006a. Disponível em: <[http://portalsaude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=27147](http://portalsaude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=27147)>. Acesso em: 29 jan. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Reformulação do Sistema Nacional de Saúde*. Relatório Final. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aconselhamento em DST, HIV e Aids*. Brasília, Série B Textos Básicos de Saúde, 1997.

BURLEY-ALLEN, M. *The Forgotten Skill: a self-teaching guide*. What is Listening and What Can It Do for You? New York: John Wiley & Sons, p. 1-13, 1995.

CABRAL, E.H.S. *Terceiro Setor: gestão e controle social*. São Paulo: Saraiva, 2007.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 8, n. 4, p. 28-35, 2000.

CAMPOS, G.W.S. *Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?* Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição de sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, R.O.; CAMPOS, G.W.S. Coconstrução de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (organizadores). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 669-88, 2007.

CARVALHO, M.C.B. Gestão social: alguns apontamentos para o debate. *In: Gestão social: uma questão em debate*. São Paulo: EDUC-IEE, 1999.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p.161-77, 2004.

CLOT, Y. *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2006.

COLEN, J. *Ouvidoria pública de saúde de Belo Horizonte*. Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura de Belo Horizonte, 2005.

COLL, C. *Marc curricular per a l'ensenyament obligatori*. Barcelona. Departament d'Ensenyament de La Generalitat de Catalunya, 1986.

DÂMASO, R. Saber e prática na Reforma Sanitária: avaliação da prática científica no Movimento Sanitário. *In: TEIXEIRA, S.F. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, p. 61-90, 1995.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DOWBOR, L. A gestão social em busca de Paradigmas. *In: Gestão social: uma questão em debate*. São Paulo: EDUC-IEE, 1999.

DOWBOR, L. *Gestão Social e transformação da sociedade*. Disponível em: <<http://www.dowbor.org>>. Acesso em Set. 2006.

DURÃES-PEREIRA, M.B.B.B.; NOVO, N.F.; ARMOND, J.E. A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal, na periferia da zona sul, no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 465-76, 2007.

FERRARA, L.F. *Design em espaços*. São Paulo: Rosari, 2002.

FERREIRA, A.B.H. *Novo Dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p. 27, 1975.

FERREIRA, M.C. *Atividade, categoria central na conceituação de trabalho em ergonomia*. Canoas, RS: Revista Alethéia, v. 1, n. 11, p. 711-82, 2000.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Botucatu: *Interface*, v. 9, n. 18, set.-dez., 2005.

FIDALGO, F.; MACHADO, L. *Dicionário da Educação Profissional*. Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Educação. Belo Horizonte, 2000.

FILGUEIRAS, S.L.; DESLANDES, S.F. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Caderno de Saúde Pública*, v. 15, supl. 2, p. 121-31, 1999.

FISCHER, T.; MELO, V.P. Programa de desenvolvimento e gestão social : uma construção coletiva. In: FISCHER, T.; ROESCH, S.; MELO, V.P. (organizadores.). *Gestão do desenvolvimento territorial e residência social: casos para ensino*. Salvador: EDUFBA, CIAGS/UFBA, p. 13-41, 2006.

FISCHER, T. Poderes locais, gestão e desenvolvimento. Salvador: Casa da Qualidade, 2002.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática de liberdade. In: *Foucault. Ética, sexualidade, política. Ditos e escritos*, Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. V, p. 264-287., 2004.

FRACOLLI, L.A. *et al.* A visita domiciliária sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no PSF: um relato de experiência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5, n. 2, p. 68-72, 2003.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, MG, Brasil. Rio de Janeiro: *Caderno de Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FREIRE, M. O que é um grupo. In: GROSSI, E.P.; BORDIN, J. (orgs.) *Paixão de aprender*. Porto Alegre: Vozes, 1992.

GARRET, A. *A entrevista, seus princípios e métodos*. 8. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1981.

GERSCHMAN, S. Sobre a formulação de políticas sociais. In: TEIXEIRA, S.F. *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, p. 119-138, 1995.

GIANNELLA, V. Base teórica e papel das metodologias não convencionais para a formação em gestão social. In: *Os desafios da formação em gestão social*. 1. ed., Palmas, TO: Série editorial Ciags, v. II, 2008.

GIBBONS, M. *et al.* *The new production of knowledge: the dynamics of science and research in contemporary societies*. Sage publications ltd, Londres. p. 17, 1994.

GONÇALVES, A.V.F.; RAMOS, M.Z. Os diferentes modos de trabalhar e expressar a humanização no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 19(supl.2), p. S18-24, 2009.

GONDIM, S.; FISCHER, T.; MELO, V.P. Formação em gestão social: um olhar crítico sobre uma experiência de pós-graduação. In: FISCHER, T.; ROESCH, S.; MELO, V.P. (organizadores). *Gestão do desenvolvimento territorial e residência social: casos para ensino*. Salvador: EDUFBA, CIAGS/UFBA, p. 43-61, 2006.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS /UERJ-ABRASCO, 2004.

HABERMAS, J. *La necesidad de revisión de La izquierda*. Madrid, Tecnos, 1991.

HABERMAS, J. *Teoría de La acción comunicativa: complementos y estudios previos*. Madrid, Catedra, 1989.

HAGUETTE, T.M.F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 1999.

HARDT, M. O trabalho afetivo. *In*: PELBART, .PP.; COSTA, R. (orgs). *Cadernos de subjetividade: o reencantamento do concreto*. São Paulo: Hucitec, p. 143-57, 2003.

HECKERT, A.L.C.; NEVES, C.A.B. Modos de formar e modos de intervir : quando a formação se faz potência de produção de coletivo. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.; BARROS, M.E.B. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; Cepesc,, Abrasco, 2007.

HENNINGTON, E.A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. São Paulo: *Rev. Saúde Pública*, v. 42, n. 3, 2008.

HENRIQUES, R.L.M.; PINHEIRO, R. Responsabilidade pública e extensão universitária. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS /UERJ: ABRASCO, 2008.

JOSSO, M.C. *Experiências de vida e formação*. São Paulo, Cortez, 2004, 285 p.

LAVE, J.; WENGER, E. *Situated learning: legitimate peripheral participation*. 11a reimpressão. New York: Cambridge University Press, 1991.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. 2. ed., Caxias do Sul, RS: Educus, 2005.

LEMOS, C. Inovação na era do conhecimento. *In*: *Parcerias estratégicas*, n. 8, p. 157-179, 2000.

LOBATO, L.V.C. *Gestão social: contribuições para o debate teórico sobre o campo*. Rio de Janeiro, Cebes, 2008.

MACIEL, A.L.S. *Caderno universitário da disciplina de Serviço Social Contemporâneo II*. Material elaborado, exclusivamente, para fins didáticos e uso interno no Curso de Serviço Social da Ulbra, 2003.

MACIEL, L.S.M. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente em face de tecnologia informacional. *Caderno Saúde Bibliográfica em Ciências Sociais*, n. 54, p. 67-80, 2º. semestre 2002. Rio de Janeiro: Rev. Saúde Pública, v. 20, n. 2, p. 502-511, RJ, 2004.

MACIEL, M.L. Ciência, tecnologia e inovação: a relação entre conhecimento e desenvolvimento. *BIB – Revista Crítica de Ciências Sociais*, São Paulo, n. 54, p. 67-80, 2004.

MAIA, Marilene. *Práxis da gestão social nas organizações sociais: uma mediação para a cidadania*. Tese de Doutorado em Serviço Social. Porto Alegre: PUCRS / Faculdade de Serviço Social, 2005.

MARIOTTI, H. *Mudança de modelo mental*. Em acolhimento: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo/Associação Palas Athena, p.17-37, 2002.

MARIOTTI, H. Para lidar com o erro, a incerteza e a ilusão. 2007. Disponível em: [www.humbertomariotti.com](http://www.humbertomariotti.com) Acesso em dezembro de 2010.

MARIOTTI, H. *Pensamento Complexo: suas aplicações à liderança, à aprendizagem e ao desenvolvimento sustentável*. São Paulo: Atlas, 2007.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS- ABRASCO, 2001.

MENDES SOBRINHO, L.; LIMA, T.F.. *O papel da educação na humanização do sistema de saúde*. Revista Ciências Humanas, Uniitau, Taubaté, v. 1, n. 2, 2008.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos technoassistenciais. Rio de Janeiro: *Saúde em debate*, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

MINAYO, M.C.S. *Pesquisa Social, teoria, método e criatividade*. 26. edição, Petrópolis, RJ, Vozes, 2007.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MORAES, M.C.; TORRE, S. *SentiPensar, fundamentos e estratégias para reencantar a educação*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

NEVES, C.A.B.; ROLLO, A. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da PNH. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasil, 2. edição, Brasília, DF, 2006.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 44-57, set./dez. 2004.

PASCHE, D.F. 1º *Seminário Nacional do Pró-Saúde II*. Coord. PNH e Gestão do SUS/MS, 2009.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Rio de Janeiro: *Trabalho, educação e saúde*, v. 1, n. 1, p. 75-91, mar. 2003.

RAMOS, D.D. *Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS no contexto da municipalização da saúde*. 2001. 129 f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, RS, Brasil. Rio de Janeiro: *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

REIS, D.C.; TIROL, C.S. Uma experiência em acolhimento. Belo Horizonte: *Revista Eletrônica Mensal da SMSA-PBH*, n. 6, jun. 2002.

ROGERS, C. Práticas de integralidade: acolhimento e vínculo no cuidado prestado a gestante. In: AMATUZZI, M.M. *O que é ouvir*. Revista Semestral de Estudos de Psicologia, v. 7, n. 1, p. 87-97, 1990.

SALLES, L.M.F. *A representação social do adolescente e da adolescência: uma discussão contrastante entre o genérico e o particular (um estudo em escolas públicas do Estado de São Paulo)*, São Paulo, Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1993.

SANTOS-FILHO, S.B. *Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas*. Ijuí, RS: Editora Unijuí, ABRASCO, 2009.

SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. *Trabalhador da saúde muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí, RS: Unijuí, 2007.

SANTOS FILHO, S.B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. *Primeiro caderno de apoio ao acolhimento: orientações, rotinas e fluxo sob a ótica do risco/vulnerabilidade*, Prefeitura de São Paulo, 2002.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do PSF. *Caderno Saúde Pública*, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, RJ, 2004.

SCHOMMER, P.C.; FRANÇA FILHO, G.C. A metodologia da residência social e a aprendizagem em comunidades de prática. *In: FISCHER, T.; ROESCH, S.; MELO, V.P. (organizadores). Gestão do desenvolvimento territorial e residência social: casos para ensino. Salvador: EDUFBA, CIAGS/UFBA, p. 63-82, 2006.*

\_\_\_\_\_. Gestão social e aprendizagem em comunidades de prática: interações conceituais e possíveis decorrências em processos de formação. *In: Gestão social: práticas em debate, teorias em construção. Juazeiro do Norte: UFCE, julho de 2008.*

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educ Soc, v. 19, n. 65, p. 101-40, 1998.*

\_\_\_\_\_. Trabalho e uso de si. *Pro-Posições, v. 5, n. 32, p. 34-50. 2000.*

\_\_\_\_\_. *Seminário trabalho e saber. Conferência de abertura do Seminário Trabalho e Saber, Belo Horizonte, 12 de maio 2003.*

SCLAVI, M. *Arte di ascoltare e mondi possibili. Traduzido por Valéria Giannella. Milano: Le Vespe, 2000.*

SILVA, A.A. *A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado. São Paulo: Cortez, 2004.*

SILVA, R.C.P.; ARIZONO, A.D. *A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social. Revista Ciências Humanas, UNITAU, v. 1, n. 2, 2008.*

SILVEIRA, D.P.; VIEIRA, A.L.S. Reflexos sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. Estudos e pesquisas em Psicologia. Rio de Janeiro: *Revista de Enfermagem, UERJ, v. 5, n. 1, 2005.*

SILVEIRA, E.R. *Acolhimento: uma trilha em construção - a percepção de usuários e trabalhadores de saúde do Centro de Saúde Saco Grande. 2003. Monografia (Especialização multiprofissional em saúde da família). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.*

SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no sistema de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 5, n. 4, p. 493-503, out.-dez., 2006.*

SUCUPIRA, A.C. *O acolhimento como expressão do direito à saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Fortaleza HumanizaSUS, Curso de Extensão Universitária. Fortaleza: Caderno de Textos 1. Fortaleza, p. 29-35, set. 2005.*

TEIGER, C. Le travail, cet obscur objet de l'ergonomie. *In: Actes du Colloque Interdisciplinaire "Travail: Recherche et Prospective" - Thème Transversal no 1 - Concept de Travail. CNRS, PIRTEM, ENS de Lyon, p. 111-126, 1992.*

TEIXEIRA, C.F. (org.). *Promoção e vigilância da saúde. Salvador: ISC, 2002.*

TEIXEIRA, S.F. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. *In*: TEIXEIRA, S.F. *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, p. 17-46, 1995.

TENÓRIO, F.G. Gestão social: uma perspectiva conceitual. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, v. 32, n. 5, p. 7-23, set.-out, 1998.

TENÓRIO, F.G. (Org). *Gestão Social: metodologia e casos*. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2002a.

TENÓRIO, F.G. *Tem razão a administração?* Ensaio de teoria organizacional e gestão social, Ijuí: Unijuí, 2002b.

TENÓRIO, F.G. *Um espectro ronda o terceiro setor, o espectro do mercado: ensaios sobre gestão social*. Ijuí: Unijuí, 2. ed., 2004.

TEODÓSIO, A.S.S.; MELO, M.C.O.L; CKAGNAZAROFF, I.B. *Parceria: novas exigências para os gerentes do setor público e desafios para a sua formação*, 2000. Disponível em: [http://74.125.155.132/scholar?q=cache:XNPtX8Nto-QJ:scholar.google.com/&hl=pt-BR&as\\_sdt=2000](http://74.125.155.132/scholar?q=cache:XNPtX8Nto-QJ:scholar.google.com/&hl=pt-BR&as_sdt=2000). Acesso em: 29/09/2010.

TEODÓSIO, A.S.S. Pensar o terceiro setor pelo avesso: dilemas e perspectivas da ação social organizada na gestão pública. *In*: XXV ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO (ENANPAD). Campinas – SP: Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração (ANPAD), *Anais...*, 16 a 19 de setembro de 2001, pp. 1-14, 2001.

TRIGUEIRO, M.G.S. *O conteúdo social da tecnologia*. Brasília, DF, Emprapa Informação Tecnológica, 2008.

TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Disponível em <<http://www.hc.ufmg.br/humanizacao/>>. Acesso em: 11 de setembro de 2010.

VALLS, E. *Ensenyança i aprenentatge de continguts procedimentals*. Una proposta referida a l'Àrea de La Història. Tese doctoral. Universitat de Barcelona, 1990.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular nos serviços de saúde*. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

VERÓN, E. *A produção do sentido*. São Paulo: Cultrix/Edusp, 1980.

WENGER, E. *Communities of practice. Learning, meaning and identity*. New York: Cambridge University Press, 1998.

WIESEL; G. *Educação corporativa com foco em liderança, empreendedorismo e desenvolvimento de competências*. 2010 Disponível em: <http://www.gilbertowiesel.com.br>. Acessado em: 01/10/2010.

ZABALA, A. *Como trabalhar os conteúdos procedimentais em aula*. 2. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2007.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

#### Roteiro para entrevista semiestruturada

**Código Identificador:** \_\_\_\_\_ **Data e**  
**Local:** \_\_\_\_\_

**Início:** \_\_\_\_\_  
**Término:** \_\_\_\_\_

#### 1ª. Parte – Identificação

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

#### 2ª. Parte – Questões norteadoras:

- 1- O que significa “escutar” efetivamente o outro?
- 2- O que é “escuta qualificada” para você?
- 3- Como você percebe o paciente/usuário quando ele é, de fato, escutado nas suas dúvidas e/ou expectativas?
- 4- Que procedimentos devem conter um programa institucional de capacitação em serviço para o desenvolvimento das capacidades de se realizarem escutas qualificadas?

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado profissional,

Eu, Jader Sebastião Raimundo, fisioterapeuta, convido-o(a) a participar da pesquisa intitulada “Procedimentos de gestão social na escuta qualificada: elementos para um programa de formação continuada em serviço de saúde.” Trata-se da minha dissertação de mestrado no Centro Universitário UNA, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Matilde Meire Miranda Cadete. O objetivo desta pesquisa é conhecer a sua opinião/percepção sobre a escuta qualificada, os elementos que a compõem e o que um profissional de saúde deve ter como atributos/habilidades para que se possa reorganizar o processo de trabalho em saúde, por meio do acolhimento e sua relação com a assistência humanizada.

Sua participação é de fundamental importância para a realização deste trabalho e seu consentimento em participar deve considerar as seguintes informações:

- 1- Sua participação é voluntária e você pode desistir a qualquer momento, caso deseje, sem risco de qualquer natureza.
- 2- Seu nome será mantido em anonimato, ou seja, não será revelado a ninguém, bem como o sigilo de todos os dados prestados.
- 3- Sua entrevista, se concordar, será gravada para não perdermos suas informações.
- 4- Você não terá qualquer tipo de despesa e não receberá gratificação alguma para participação na pesquisa.
- 5- Não há qualquer benefício direto pela sua participação, mas o conhecimento da sua opinião a respeito deste tema é muito importante para a discussão pedagógica sobre os conteúdos procedimentais para um programa de Educação Continuada em saúde, no contexto da gestão social. Suas respostas serão usadas exclusivamente para os fins deste estudo.
- 6- Este termo de consentimento ficará sob minha guarda até finalização da pesquisa e após será incinerado. Fragmentos de suas respostas, sem a sua identificação, serão reproduzidos nos trabalhos para publicação e/ou apresentação em reuniões científicas, como acontece com a utilização da metodologia qualitativa.

Você poderá entrar em contato com os pesquisadores a qualquer momento que lhe convier ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNA.

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, após ter lido este termo de consentimento e esclarecido minhas dúvidas, concordo em participar da pesquisa, “Procedimentos de gestão social na escuta qualificada: elementos para um programa de formação continuada em serviço de saúde”, uma vez que fui devidamente orientado(a) sobre a finalidade e objetivo do estudo, bem como da utilização dos dados exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Assinatura do profissional

Assinatura do pesquisador mestrando

Jader Sebastião Raimundo      Telefones: 34826699 / 99842227 / 34099483  
Matilde Meire Miranda Cadete      Telefones: 32620861 / 99728033 / 34099936

Belo Horizonte, MG.,

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_