

Relações entre Profissionais da Gestão e dos Serviços: Falar para um Vazio?

Alexandra Iglesias¹

¹ Universidade Federal do Espírito Santo,
Vitória, ES, Brasil.

Nadilu Cardoso Drumond¹

¹ Universidade Federal do Espírito Santo,
Vitória, ES, Brasil.

Luciana Bicalho Reis¹

¹ Universidade Federal do Espírito Santo,
Vitória, ES, Brasil.

Gabriele Izaguirres Ortiz¹

¹ Universidade Federal do Espírito Santo,
Vitória, ES, Brasil.

Kelly Guimarães Tristão¹

¹ Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

Resumo: O Sistema Único de Saúde se sustenta pelos pressupostos do trabalho coletivo, de relações transversalizadas e do compartilhamento de saberes e práticas. Tais princípios, todavia, encontram dificuldade de efetivação perante o modelo biomédico e o desmonte da saúde pública nos últimos anos. Assim, objetivou-se analisar as relações entre profissionais de uma equipe gestora municipal e profissionais dos serviços de saúde. Para isso, realizou-se sete grupos focais com profissionais de gerência e trabalhadores e diretores de serviços de saúde, totalizando 100 participantes. As transcrições dos grupos compuseram um corpus que foi submetido à análise lexical do tipo classificação hierárquica descendente com o auxílio do software Iramuteq, originando cinco classes: “Cotidiano dos Serviços”, “Metáforas da Relação Gestão-Serviço”, “Cotidiano da Gerência”, “Construir Junto?” e “Relação Gestão e Serviço”. A relação gestão-serviços é marcada por ambiguidades. Ora é percebida como distante, e os profissionais da gestão são tidos como os que planejam e decidem e os dos serviços, como os que executam. Ora é vista como lugar de construção conjunta de projetos coletivos em torno de um sistema que dá certo. Isso afirma a discussão de um hibridismo entre o paradigma dominante e o paradigma emergente. Esse último com a intenção de incluir no rol das práticas cotidianas da saúde um olhar para as subjetividades presentes e a perspectiva da construção de relações transversalizadas entre os diversos atores sociais, demandando espaços que potencializam coletivos capazes de promover cogestão.

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Serviços de Saúde, Sistema Único de Saúde.

Relations between Professionals from Management and Services: Talking into the Void?

Abstract: The Unified Health System is grounded on the assumptions of collective work, cross-sectional relationships, and the sharing of knowledge and practices. However, these principles find are difficult to implement in the face of the biomedical model and the dismantling of public health in recent years. Therefore, this work aimed to analyze the relationships between professionals from a municipal management team and health service professionals. Hence, seven focus groups were held with management professionals and workers and directors of health services, a total of 100 subjects. The groups' transcriptions composed a corpus that was subjected to lexical analysis of the descending hierarchical classification type with the support of Iramuteq software creating five classes: “Service Day-to-Day,” “Management-Service Relationship Metaphors,” “Management Day-to-Day,” “Building Together?,” and “Management and Service

Relationship.” The management-service relationship is marked by ambiguities. Sometimes it is perceived as distant, and the management professionals considered as those who plan and decide and the services professionals as those who perform. Other times it is seen as a place of joint construction of collective projects around a system that works. This affirms the discussion of a hybridism between the dominant paradigm and the emerging paradigm. The latter with the intention of including in the list of daily health practices a look at the subjectivities present and the perspective of building cross-sectional relationships among the various social actors, demanding spaces that potentiate collectives capable of promoting co-management.

Keywords: Health Management, Health Services, Unified Health System.

Relaciones entre Profesionales de Gestión y Servicios: ¿Hablar a un Vacío?

Resumen: El Sistema Único de Salud es sustentado por las premisas del trabajo colectivo, por las relaciones transversales y por compartir saberes y prácticas. Sin embargo, tales principios encuentran dificultades frente al modelo biomédico y al desmantelamiento de la salud pública en los últimos años. Por esta razón, se buscó analizar las relaciones entre los profesionales de un equipo gestor municipal y los profesionales del servicio de salud. Para esto, se determinó siete Grupos de Enfoque con profesionales de una gerencia, trabajadores y directores del servicio de salud, con un total de 100 personas. Las transcripciones de los grupos constituyeron un cuerpo que fue sometido a un análisis léxico del tipo Clasificación Jerárquica Descendiente, con el auxilio del software Iramuteq, originando cinco clases: “Cotidiano de los servicios”, “Metáforas de la relación gestión-servicio”, “Cotidiano de la Gerencia”, “¿Construir junto?” y Relación Gestión y Servicio. La relación gestión-servicio está marcada por ambigüedades. Puede ser percibida como distante, y a los profesionales de gestión como los que planean y deciden, y a los de servicio, como los que ejecutan. También puede ser vista como un lugar de construcción conjunta de proyectos colectivos en torno a un sistema que funciona de manera correcta. Eso afirma la discusión de un hibridismo existente entre el paradigma dominante y el paradigma emergente. Este último con la intención de influir en el rol de las prácticas cotidianas de la salud una aproximación a las subjetividades presentes y la perspectiva de construcción de relaciones transversalizadas entre los diversos actores sociales, demandando espacios que potencialicen a colectivos, capaces de promover la cogestión.

Palabras clave: Gestión en Salud, Servicios de Salud, Sistema Único de Salud.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) se sustenta nos pressupostos do trabalho coletivo, solidariedade e igualdade, tendo em vista seus princípios: universalidade, equidade e integralidade, e suas diretrizes: descentralização, hierarquização, regionalização e participação social. Isso supõe a construção de relações transversalizadas, pautadas em princípios democráticos, autonomia, negociação cotidiana e compartilhamento de saberes e práticas (Paim, 2018).

Contudo, a influência de um modelo gerencial, historicamente consolidado, marcado por relações

hierarquizadas entre planejamento e execução, se faz presente também neste sistema (Arcari, Barros, Rosa, Marchi, & Martins, 2020). Assim, diante das dificuldades em sustentar os pressupostos do SUS, a Política Nacional de Humanização (PNH) surge para reforçar a necessidade de inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e processos de trabalho, conforme os princípios e diretrizes deste sistema. Para tanto, tal política se orienta pelos conceitos de acolhimento, gestão participativa e cogestão e clínica ampliada e compartilhada (Ministério da Saúde, 2009).

Tais conceitos vão ao encontro daquele paradigma emergente que se pretende hegemônico, pois, em verdade,

o paradigma dominante na saúde se sustenta nos preceitos do modelo biomédico, o qual perpetua “saberes e práticas individualizados em cada profissão, centrados em interesses corporativos, em territórios e práticas hierarquizadas que fragmentam as ações em saúde” (Ojeda & Strey, 2008, p. 2). Nele, configuram-se relações verticalizadas entre profissionais de saúde, entre trabalhadores e gestores, entre profissionais e usuários.

Pereira Jr. e Campos (2014) discorrem sobre a coexistência de propostas antagônicas no contexto da gestão do SUS: de um lado há uma aposta em efetivar melhorias ao modelo tradicional e, de outro, a pretensão em instaurar um novo modelo de atenção e gestão, baseado na cogestão e na humanização. Essa discussão corrobora os desafios trazidos por alguns autores (Arcari et al., 2020; Galavote et al., 2016; Scherer, Pires, & Schwartz, 2009), os quais apontam o modelo hegemônico, centrado no médico e na doença, como entraves para a gestão compartilhada.

Destaca-se a vivência de um hibridismo ou de uma transição paradigmática (Belotti, 2019; Ojeda & Strey, 2008; Souza Santos, 2005), já que se convive, no setor da saúde, com um modo de fazer e pensar biológico e curativo, mas também com uma intenção de efetivação da integralidade da atenção; de práticas fragmentadas em saberes profissionais e práticas pontuais e discursos bem elaborados sobre a interprofissionalidade; de uma racionalidade gerencial hegemônica, a qual trabalha com o aprisionamento da vontade, do desejo e dos interesses dos

trabalhadores (Campos, 2010; Pimenta, 2012) e com a proposta de cogestão trazida pela PNH.

Diante desse contexto de transição paradigmática, Belotti (2019) discorre sobre o desafio que se coloca para os trabalhadores que, além de propor mudanças no uso de tecnologias de cuidado, devem fomentar transformações culturais que proporcionem novas formas de relações entre os atores sociais, com vistas à produção de sujeitos participativos e inventivos no processo de promoção à saúde.

Assim, faz-se importante investigar os caminhos pelos quais as relações entre trabalhadores dos serviços e profissionais da gestão têm se guiado. O interesse por esse recorte se deve ao fato de entendermos a importância dessas relações entre serviços e gestão para compreensão das relações que se reproduzem com os usuários. Essas relações têm a potencialidade de dar o tom do modo como se guiarão as práticas para a inclusão efetiva daqueles sujeitos, requerida pela proposta de cogestão. Assim, objetivou-se analisar as relações entre profissionais de uma equipe gestora municipal e profissionais dos serviços de saúde, a partir da perspectiva desses atores.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada em um município do sudeste brasileiro, cuja Secretaria Municipal de Saúde (Semus) se compõe conforme apresentada na Figura 1. Destaca-se nesta pesquisa a participação dos trabalhadores dos serviços dessa rede municipal e da Gerência de Atenção à Saúde (GAS).

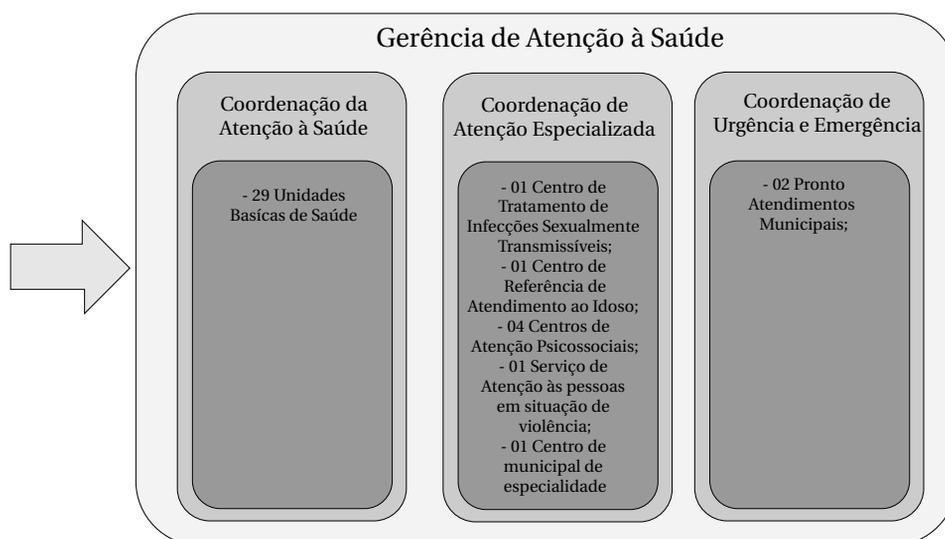


Figura 1
Composição da Semus com seus serviços integrantes da pesquisa.

Foram realizados sete grupos focais (GF) com 45 profissionais da GAS (PGer), 39 profissionais representantes dos serviços (PServ) e 16 diretores de serviços (DServ), totalizando 100 participantes. Destes, 90% eram do sexo feminino e 10%, do sexo masculino, com idade entre 35 e 55 anos. No que diz respeito ao vínculo empregatício dos participantes, cerca de 70% estão sob regime estatutário.

Todos os serviços de saúde foram convidados, via rede informatizada própria do município, a participarem da pesquisa. No convite indicou-se que seria importante a participação de pelo menos um representante de cada serviço. Em relação aos profissionais da gerência em questão, o convite foi feito nominalmente a cada trabalhador.

Foram realizados três GF com os PGer, três com PServ e um com DServ, com duração média de 90 minutos cada, no espaço da Escola Técnica de Saúde do SUS, vinculada ao município em questão. Optou-se pela composição de grupos homogêneos por entender que a presença de PGer junto com PServ e DServ poderia levar a certa inibição dos participantes. Assim, considerou-se adequado preservar a identidade e lugar de fala a partir da posição que cada participante ocupa na rede (Miranda, Figueiredo, Ferreira, & Onocko Campo, 2020).

O GF iniciou-se com a disposição de figuras recortadas aleatoriamente de revistas, seguido da solicitação de que os participantes escolhessem a imagem que consideravam representar a relação gestão-serviço. A partir da escolha, cada participante apresentou ao grupo sua figura e comentou sobre a associação feita entre a imagem e a relação gestão-serviço. Essa estratégia foi um disparador para a discussão seguinte, orientada por um roteiro específico para os PGer, outro para os PServ e um para os DServ. As discussões abordaram: a relação gestão-serviços de saúde e os caminhos e impasses na produção de integração para a cogestão. Os encontros foram gravados e transcritos, após a assinatura pelos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (2012). Vale destacar que este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa sob o nº 2.410.025.

Seguiu-se com a análise lexical dos dados textuais, que permitiu descrever o material produzido coletivamente pelos participantes. Nesse processo a unidade de análise são os vocabulários presentes

no material verbal transcrito. Assim, as palavras são “identificadas e quantificadas em termos de frequência e até mesmo posição dentro do corpo do texto” (Justo & Camargo, 2014, p. 10), para em seguida serem interpretadas pelo pesquisador.

Como ferramenta de exploração dos dados, utilizou-se o software Iramuteq (<http://www.iramuteq.org/>), que “permite diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas de indivíduos por palavras” (Camargo & Justo, 2013, p. 513). A escolha pela utilização desse recurso se deve ao volume de textos a serem analisados e à busca por maior transparência e fidedignidade das análises do material transcrito.

Esse material foi organizado em um corpus único e, com o auxílio do Iramuteq, utilizou-se a técnica da classificação hierárquica descendente (CHD), a qual classifica os segmentos de texto de acordo com seus vocabulários, para em seguida fazer a partição para obtenção das classes de unidades de contexto elementares (UCE) que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das UCE das outras classes (Camargo & Justo, 2013).

Resultados

O corpus submetido à CHD se desdobrou em 2.060 segmentos de textos com 5.613 formas distintas e 72.156 ocorrências. A CHD teve um aproveitamento de 96,84% e particionou o corpus em cinco classes distintas. A princípio, houve uma divisão do corpus em dois subcorpus. Nesta primeira partição foi criada a classe 5, denominada “Cotidiano dos Serviços”, de modo que esta se separa das demais. A partir de uma segunda partição, obteve-se a classe 4, nomeada “Metáforas da Relação Gestão-Serviço”. A terceira partição resultou na classe 3, denominada “Cotidiano da Gerência”. Por fim, ocorreu uma quarta partição, resultando nas classes 1 e 2, respectivamente intituladas: “Relação Gestão e Serviço” e “Construir Junto?”. A Figura 2 demonstra as partições do corpus e dos subcorpus para a construção das cinco classes. Dentro de cada classe, as palavras aparecem por ordem de qui-quadrado (χ^2), que consiste na força de associação da palavra à classe.

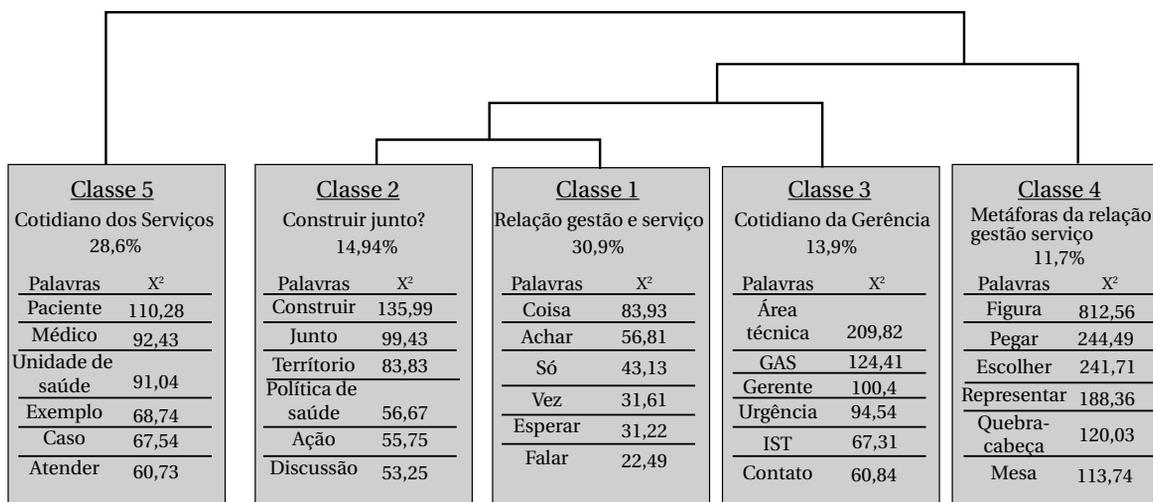


Figura 2
Dendrograma com as classes produzidas a partir do Iramuteq.

A classe “Cotidiano dos Serviços” representa 28,6% do conteúdo analisado. Trata-se de um cotidiano permeado por uma lógica biomédica, de modo que as palavras com maior qui-quadrado (χ^2) nessa classe são: “paciente” ($\chi^2 = 110,28$) e “médico” ($\chi^2 = 92,43$). A palavra “atender” ($\chi^2 = 60,73$) também aparece em destaque. Segundo os participantes, trata-se de uma prática muito valorizada inclusive pelos usuários no cotidiano dos serviços, com a expectativa de um atendimento rápido e objetivo.

Os participantes caracterizam o cotidiano como permeado por sobrecargas e exigências: “é um serviço de saúde ou é uma esponja?” (PServ). Os participantes falam também da falta de condições de trabalho: “é extremamente adoecedor . . . estou atendendo uma grande quantidade de crianças que vêm por conta de automutilação, de tentativa de suicídio; e como um profissional como eu trabalha sem material?” (PServ).

Essa classe traz também relatos de diferenças marcantes no cotidiano dos serviços, de exigências entre níveis de formação e de atuação dos profissionais. Segundo relatos dos participantes, há diferenças quanto à exigência de produtividade e resolutividade entre profissionais de nível superior e técnico, havendo maior pressão sobre estes últimos.

Em relação à organização da agenda e à presença da gestão nesse processo de trabalho, os participantes relatam: “A gestão entrega justamente tudo já pronto para o profissional executar dentro do que eles planejaram. . . . E você tem que dar conta dessa agenda. E no que resulta? No profissional doente” (PServ).

Os participantes também apontam uma perspectiva fragmentada desse cotidiano, de modo que para cada um cabe uma tarefa a ser cumprida: “Os pacientes ficam cobrando de nós, porque não estão tendo atendimento, mas a gestão tem que cumprir o papel dela, para o profissional cumprir a atividade dele e cada um o seu” (PServ).

Contudo, essa classe também apresenta interferências da gestão que geraram mudanças positivas no cotidiano dos serviços, como no relato referente à redistribuição das famílias acompanhadas por duas equipes de uma Unidade de Saúde (US):

Foi feita uma reestruturação e se dividiu as equipes misturando Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da US Orquídea com os outros bairros e melhorou muito o funcionamento. Isso foi discutido em roda de Educação Permanente em Saúde (EPS). Então, é esse tipo de fórum que oferece resolutividade (PServ).

Os participantes apontam a expectativa de aproximação da gestão com os serviços para melhorias no cotidiano de trabalho: “Nós esperamos da gerência aproximação” (PServ). Todavia, essas aproximações para resolução de problemas dos serviços parecem vir a partir de crises: “eu trouxe isso dos problemas do cadastro em um dia em que nós tivemos um espaço com a gerência, porque a médica lá foi violentada e aí parou a US” (PServ).

Nessa apresentação do cotidiano, os participantes falam, também, da autonomia vivenciada pelos

Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) como importante na construção do trabalho integrado. *“Eu acho que essa autonomia pode ser repensada nos outros serviços, até pela proposta do SUS, como equipe, por exemplo, equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF)”* (PServ). Argumentam que se trata de um processo de trabalho que funciona, mesmo que a integração ainda aconteça apenas entre os profissionais de uma mesma equipe.

A classe “Metáforas da Relação Gestão-Serviço” representa 11,7% do conteúdo analisado e se refere às metáforas trazidas pelos participantes a partir das imagens disponibilizadas nos GF. A metáfora mais frequente associa a relação gestão-serviço a um quebra-cabeça ($\chi^2 = 120,03$). Os participantes assinalam aqui as diversidades pessoais existentes nessa relação, que precisam se encaixar para a composição do sistema de saúde: *“interessante que são peças diferentes, mas que se encaixam e formam uma só”* (DServ).

A mesa ($\chi^2 = 113,74$) também é uma das metáforas trazidas pelos participantes para representar as dificuldades relacionais presentes na integração: *“eu queria falar um pouco dessa dificuldade de colocar isso tudo em uma mesa”* (PGer). Em outro relato: *“escolhi a figura da mesa, . . . acho que é esse o grande desafio da gestão com os serviços, conseguir realmente se aproximar, de forma sistemática e dialogada”* (PGer).

Foi frequente a associação da relação gestão-serviço com a figura de um olho. Vale destacar a variedade de sentidos dessa imagem para os participantes, podendo ser o olhar de uma gestão que fiscaliza, um olhar que só observa, um olhar que acompanha, um olhar que deve ser conjunto, um “entre olhares”, a necessidade de mudanças de olhares de ambas as partes, gestão e serviço.

Outras metáforas associam a fragmentação e o distanciamento gestão-serviço com malas ($\chi^2 = 38,09$): *“escolhi essas malas coloridas representando, ao mesmo tempo, muitas caixas, com muitas ilhas de saberes, mas também representando diversos territórios e a dificuldade de integrar tudo isso”* (PGer).

Nesta discussão do distanciamento gestão-serviços, os participantes relatam a existência de uma relação virtual: *“A minha figura é um computador, a relação com a Semus é muito virtual, distante, as coisas só chegam, mensagem. . . . A tecnologia está superposta, mas está cada vez mais distante, mais fria, menos humanizada”* (PServ).

Nesta apresentação das metáforas, mais uma vez o Nasf-AB aparece, com sua potencialidade de

ser referência para uma integração gestão-serviço, associado a um sapato:

A minha figura são sapatos lado a lado . . . estando no Nasf, a minha relação profissional é lado a lado, é caminhar pé com pé e juntos . . . [a] relação com a Semus era bem complicada, desconexa e improdutiva . . . mas hoje com o Nasf, eu digo que ela é paralela, construída e não formatada (PServ).

A classe “Cotidiano da Gerência” representa 13,9% do conteúdo analisado, cujas palavras com maior χ^2 são “área técnica” ($\chi^2 = 209,82$), “GAS” ($\chi^2 = 124,41$) e “gerente” ($\chi^2 = 100,4$). Nota-se também a existência de diferenças dentro da gerência, especialmente no que tange às áreas técnicas: *“somos muitas gerências”* (PGer). Os resultados apontam ainda que a percepção dos serviços de estarem recebendo apoio da gerência depende da área técnica com que estão se relacionando: *“existem aquelas áreas técnicas . . . onde eu me sinto apoiada e têm as áreas técnicas onde eu me sinto cobrada”* (DServ). Em outro relato: *“Tem área técnica que está sempre ali, se apresentando, fazendo contato, e tem área técnica que se esconde, mas nós não ficamos sem resposta”* (DServ).

Nessa linha de discussão, os participantes apontam que tais diferenças são necessárias para a organização do trabalho, em função das inúmeras políticas que orientam as linhas de cuidado da saúde da população, mas têm como efeito colateral a fragmentação. Essa fragilidade de articulação interna da gerência repercute diretamente no processo de trabalho dos serviços de saúde: *“porque às vezes na mesma semana vai chegar no território solicitação de uma área técnica, depois da outra, e a sensação que eu tenho é que os serviços olham para nós assim: a gerência é desarticulada”* (PGer). Assim, os participantes destacam a necessidade de articulação interna por meio do conhecimento de todas as demandas das várias áreas técnicas para que, uma vez no território, o trabalhador dessa gerência possa se posicionar enquanto representante da gerência e *“não da área técnica tal”* (PGer).

Os participantes tratam também da função dessa gerência de repassar as políticas para os serviços, mesmo que, para a realidade dos territórios, não faça sentido naquele momento: *“[a gerência] manda uma coisa que não tem nada a ver com o momento que eu estou vivendo na US. Vem um desejo do Ministério de*

que eu faça uma campanha de hanseníase e eu estou vivendo suicídio no território” (DServ).

Assim como a organização da gerência influi nos processos de trabalho dos serviços, as dinâmicas da rede orientam o funcionamento dessa gerência e sua relação com o território: *“nós somos uma gerência porosa à dinâmica da rede . . . ela atravessa o nosso cotidiano de trabalho”* (PGer).

Os participantes destacam o cotidiano da gerência como permeado por sobrecargas e falta de profissionais para a execução das inúmeras demandas: *“É a gestão de metas, lidamos com questões muito complexas e são poucas pessoas para dar conta, mas algumas áreas técnicas acabam mais sobrecarregadas do que outras”* (PGer).

A classe “Construir Junto?” representa 14,94% do conteúdo analisado, e as palavras com maior χ^2 são: “construir” ($\chi^2 = 135,99$), “junto” ($\chi^2 = 99,43$) e “território” ($\chi^2 = 83,83$). Os participantes falam como as propostas de reorganização dos processos de trabalho dos serviços são colocadas pela gestão como se se tratasse de uma construção conjunta, mas sentem certa imposição das decisões tomadas pela gestão: *“Eu acho até que a Semus tem boa vontade, mas eu acho que falta nós construirmos juntos . . . chega pronto, como se nós fossemos induzidos a achar que você construiu junto, mas você não construiu”* (PServ).

Essa construção conjunta é identificada pelos participantes como um ideal a ser conquistado, ela é referida como um processo que pode beneficiar gestão e serviços de saúde: *“porque enquanto estou levando algo eu estou trazendo também conhecimento”* (PGer). Trata-se de um “processo de construção e reconstrução” para ambos.

Os participantes destacam esse construir junto como uma proposta, mas também trazem contradições ao pontuarem a necessidade de uma hierarquia nesse trabalho: *“Nós precisamos, é claro, construir juntos, entender que todos estamos na mesma rede . . . mas eu acho que essa falta de uma hierarquia, eu acho que contribui para as coisas ficarem soltas”* (PGer).

Outros participantes apresentam algumas realidades de construção conjunta entre profissionais da gestão e dos serviços para serem tomadas como exemplo para a rede, como o processo de implantação do Nasf-AB no município: *“A gerência entrou e tentou entender o contexto. Assim, ele [o Nasf-AB] possibilitou naquele grupo, para o local e o território, a discussão do processo de trabalho e da nossa autonomia nessas opções”* (PServ).

Além da experiência com Nasf-AB, o articulador surgiu como possibilidade de construção conjunta da gestão com os serviços: *“justamente para facilitar as construções das ações. Esse é um passo muito grande que a gerência . . . disponibilizou, um profissional para estar junto articulando com o diretor da US aquela realidade”* (DServ). Contudo, outros participantes criticam o fato de esse articulador estar ligado ao diretor do serviço e não aos profissionais de modo geral.

Os participantes referem que a ausência de construção conjunta existente no nível central reflete uma rede compartimentalizada, sem espaços de discussão coletiva: *“a rede não tem momentos de compartilhamento, de discussão coletiva. Você fica lá no seu território e pronto. Acho que o único momento para fazer isso é o matriciamento. Fora isso, não se tem nenhuma conexão”* (PServ).

Os participantes associam o não enfoque na construção conjunta ao adoecimento dos trabalhadores da Semus. Por outro lado, quando acontece, os profissionais se sentem mais valorizados, e as cobranças e tensões entre gestão e serviços de saúde diminuem: *“o que percebemos [é] que, quando temos um processo de trabalho de verdade, que estamos com as pessoas, tem espaço de participação, essa cobrança imediatamente diminui”* (DServ).

Para os participantes há necessidade de qualificação, também pelos trabalhadores, dos espaços de cogestão existentes nos serviços, e a melhor apropriação dos locais institucionais de reivindicações:

Nós não nos representamos no lugar que seria de direito se manifestar e nas relações do processo de trabalho, reuniões, discussões de caso, é garantir esses espaços mais humanistas. Acho que esses são todos exemplos locais de autonomia, de cogestão local, que precisam ser melhor apropriados (PServ).

Os participantes ponderam que os espaços coletivos têm de estar organizados e direcionados para construção conjunta, caso contrário, podem se tornar um espaço unicamente de discussão: *“Eu acho que isso acontece quando as discussões são possibilitadas para as construções e não só discussões. . . Ela tem que ter método, pauta, compromisso com as políticas que queremos construir”* (PServ).

Seguindo nas propostas de construir junto, os participantes se referem à retomada das rodas de EPS: *“Talvez a gestão municipal consiga estabelecer a roda*

de EPS de novo. Mas para isso tem que fechar agenda, parar o processo de trabalho. . . . E vem alguém de fora para conduzir a roda se nós demandamos” (PServ).

Por fim, a classe “Relação Gestão e Serviço” representa 30,9% do conteúdo analisado, e as palavras que se sobressaem são: “achar” ($\chi^2 = 83,93$), “esperar” ($\chi^2 = 31,22$) e “reconhecimento” ($\chi^2 = 20,9$). Segundo os participantes, essa relação gestão-serviço é marcada por enfrentamentos e parcerias. Os profissionais dos serviços apontam descrédito em investir na relação com a gestão, já que, por vezes, segundo eles, essa gerência não quer se indispor com o que está colocado ou não acolhe as dificuldades dos serviços, levando à descontinuidade das ações de construção conjunta. Entendem que a gestão deixa de cumprir seu papel de resolução de problemas levantados pelos serviços: *“Nós somos perguntados, oportunistados a falar, há dispositivos, colegiado gestor é obrigatório no serviço. . . . Mas é como se nós falássemos para um vazio, falta interesse nessa fala, não fazem nada com isso que nós trazemos*” (PServ).

Contudo, os participantes reconhecem uma relação de apoio da gestão para os serviços, ponderando as múltiplas demandas dos dois e as iniciativas da gestão de estar mais próxima aos serviços: *“Eu acho muito interessante aqui que em outros municípios eu não vivia. Aqui nós fazemos o colegiado com a gestão, em que nós discutimos muitas coisas*” (DServ).

Os participantes pontuam ainda que, nesses espaços, é possível discutir os processos de trabalho e os trabalhadores conseguem conhecer uns aos outros, pois o desconhecimento dos profissionais que compõem a rede de trabalho é algo comum. Os participantes ainda relatam que a comunicação entre a gestão e os serviços pode sofrer influência do diretor local, entendido como peça importante para favorecer uma aproximação ou um distanciamento: *“Quando você tem um diretor de serviço que está ligado, você percebe que as coisas acontecem mais, você é chamado na reunião, você discute e participa mais*” (PServ).

Por fim, os profissionais dos serviços apontam a necessidade de estreitar a relação para além da gestão, incluindo outros serviços que compõem a rede, de forma que todos os atores estejam implicados nesse sistema.

Discussão

O SUS se sustenta no conhecimento sistematizado pelo campo da saúde coletiva, o que supõe, segundo Belotti (2019), uma fundamentação

paradigmática na produção social da saúde, na construção de práticas colaborativas, interdisciplinares e inter-setoriais para um cuidado integral em saúde. Contudo, a consolidação deste modo de atuação se presentifica como um desafio para esse sistema. Segundo a autora:

houve uma mudança expressiva no conjunto de regras básicas de ordenação e de funcionamento do sistema de saúde, que foram elaboradas tendo como pressuposto a complexidade do fenômeno saúde-doença. No entanto, o mesmo não ocorreu no campo das práticas, ou seja, as mudanças não conseguiram promover alterações significativas no cotidiano dos serviços de saúde (Belotti, 2019, p. 69).

O modelo biomédico ainda é dominante no cotidiano desse setor, situação visualizada também neste estudo, quando os profissionais apresentam o cotidiano dos serviços e da gestão ou quando discorrem sobre as relações gestão-serviços de saúde. Anunciam-se serviços centralizados na figura do médico, uma gerência fragmentada em áreas técnicas e relações hierarquizadas entre os profissionais dos dois setores.

O modelo biomédico caracteriza-se, justamente, “pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo, especialização” (Cutolo, 2006, p. 16). Trabalha-se com a perspectiva de um sujeito passivo e padronizado em sua doença: o paciente. Essa lógica de atuação, como trazido na classe “Cotidiano dos Serviços”, pode favorecer: a hierarquização dentro dos serviços entre os níveis de formação; o gerencialismo que separa quem planeja de quem executa; a fragmentação do trabalho; e a busca por atendimento “rápido” e “objetivo”.

É possível afirmar que não cabe neste modelo encontros produtivos entre os diversos atores sociais que compõem esse sistema de saúde. Todavia, a efetividade do SUS depende desses encontros. Assim, surgem as crises, trazidas nesta pesquisa como uma possibilidade de aproximação dos serviços com a gestão, como quando a US parou para uma discussão coletiva com a gerência por conta da violência sofrida por uma médica. As crises são enunciadas por alguns autores (Belotti, 2019; Kuhn, 2007; Paim, 1997) como possibilidade de aprofundamento de questões, de transformação, de construção de outros modos de atuação mais coerentes naquele tempo e espaço.

Entende-se que nestes contextos de crises, foi possível organizar parcerias entre gestão e serviços de saúde, como trazido pelos participantes em relação à EPS, à implantação dos Nasf-AB, aos colegiados gestores e à criação da figura dos articuladores.

Nas palavras de Silva, Soder, Petry e Oliveira (2017), a potencialidade da EPS está em “aperfeiçoar práticas, gerar mudanças organizacionais, relacionais, interpessoais e aprimorar o processo de trabalho” (p. 6). No caso específico do município em questão, vale destacar os efeitos das rodas de EPS para essa localidade. Existiram 59 Rodas de EPS distribuídas em 25 serviços de saúde, que tiveram como efeito, por exemplo, “mudança da forma como os profissionais compreendem o processo educativo e a sua interação com o cotidiano do trabalho” (Pinto et al., 2010, p. 77). No entanto, essas rodas foram encerradas, o que demonstrou a “pouca visibilidade e reconhecimento por parte dos gestores de todo o investimento” (p. 93) em torno desta prática. Pinto et al. (2010) discorrem sobre a potencialidade dessas interrupções abruptas gerarem descrédito em relação a essas propostas de construção conjunta de práticas colaborativas. Inclusive, isso foi explicitamente trazido pelos participantes na classe “Relação Gestão e Serviços”, ao apontarem certo descrédito em investir na relação com a gestão pela descontinuidade das ações de construção conjunta.

É preciso entender que mudanças ocorrem ao longo do tempo, ainda mais em um sistema de saúde marcado historicamente por verticalismos, autoritarismo corporativo, centralismo, populismo (Luz, 1991) e por tentativas de desmonte pelo próprio governo federal. “A ansiedade para que essa transformação ocorra rapidamente, fruto da lógica da instantaneidade do mundo contemporâneo, pode turvar nossa visão e nos impossibilitar de perceber os efeitos micropolíticos que dão suporte às mudanças de paradigma” (Pinto et al., 2010, p. 92).

Logo, há que se investir na continuidade das modalidades coletivas, bem como aprender com as experiências que os trabalhadores anunciam como potentes, para a construção de modos de se relacionar mais cooperativos, como a experiência deste município em relação aos Nasf-AB. A implantação desses núcleos, neste município, aconteceu com a integração dos profissionais da gestão com os profissionais de saúde que comporiam os Nasf-AB, por meio de encontros regulares de discussão e deliberação

sobre o processo de trabalho na Atenção Básica (AB) (Calente, 2017). Essa experiência apareceu nos relatos como algo que funciona, pela autonomia de atuação desta equipe e pela relação construída entre serviço e gestão, caracterizada como um sapato, aquele que anda lado a lado. O equívoco parece estar em não reproduzir essa autonomia no serviço como um todo, de modo a não gerar impasses entre equipes de um mesmo serviço, neste caso, equipe Nasf-AB e equipes de saúde da família, que devem atuar juntas.

Outras experiências trazidas apontam para uma perspectiva positiva da relação gestão-serviço, como as reuniões de colegiado. Esses espaços de encontros, ancorados na perspectiva da cogestão, possibilitam o planejamento e discussão das ações que compõem o processo de trabalho e o compartilhamento da gestão entre os atores implicados nesse processo (Calderon & Verdi, 2014). No entanto, os participantes dessa pesquisa revelam que esses espaços de encontro nem sempre são deliberativos e, por vezes, sentem como se falassem para um vazio. Cecílio (2010) aponta o risco desses dispositivos de cogestão, ao não cumprirem com seus propósitos, especialmente o de legitimar a negociação entre os trabalhadores, reforçar o descrédito na participação e ampliar o distanciamento gestão-serviços.

Neste caminho de implementação de estratégias de aproximação entre gestão e serviço, os participantes falam dos articuladores como profissionais da gerência que atuam junto com os diretores do serviço na construção de ações neste espaço. A crítica a esse dispositivo pelos participantes se refere ao fato de esse articulador estar ligado ao diretor do serviço e não propriamente aos profissionais de modo geral. Ordoñez e Arantes (2018) trazem uma proposta mais ampla de atuação desses articuladores, no sentido de integração da rede municipal, a fim de promover o “fortalecimento da AB na esfera local e regional, desenvolver ações de avaliação e monitoramento da AB em conjunto com as equipes gestoras e técnicas e potencializar a capacidade de gestão municipal” (Ordoñez & Arantes, 2019, p. 2).

Diante dessas discussões, é possível perceber o hibridismo paradigmático existente no SUS. Ora as práticas em saúde são guiadas por aquele paradigma dominante em que predominam relações verticalizadas e fragmentadas, caracterizadas como “malas”, “com muitas ilhas de saberes”, como “mesas” de difíceis negociações. Ora vivenciam-se aqueles momentos

sustentados nos preceitos do paradigma emergente de construção conjunta de uma saúde pública de qualidade, caracterizada por relações comparadas a um quebra-cabeça, com muitas peças que juntas formam um sistema único de saúde. Esse antagonismo fica explícito, também, na relação entre a gerência e os serviços, permeada por aproximação e distanciamento, evidente quando a mesma palavra, como no caso de “olho”, é empregada em vários sentidos: o olho que vigia, que fiscaliza, mas também que acompanha, que cuida.

Esse hibridismo, segundo Belotti (2019), faz parte do processo de transição paradigmática que se almeja, do paradigma dominante para aquele paradigma emergente. Com isso não se tem a ilusão de alcance das soluções para todas as problemáticas enfrentadas, principalmente no que diz respeito às relações entre os sujeitos que compõem esse sistema, ou ainda, o alcance da verdade, mas a intenção de que seja possível agregar entendimentos não contemplados pelo modelo biomédico, imprescindíveis para a consolidação do SUS, como a subjetividade no processo saúde-doença.

Trata-se de um desafio a afirmação dos preceitos do paradigma emergente, tendo em vista a predominância de uma lógica individualista e fragmentada. O distanciamento ainda prevalece neste cenário, tanto que o próprio software na organização das classes desta pesquisa apresenta uma diferenciação importante entre os vocabulários da classe “Cotidiano dos Serviços” e “Cotidiano da Gerência”. A primeira com predominância da fala dos profissionais dos serviços e a segunda, dos profissionais da gerência, como se quisessem um apresentar ao outro suas realidades, marcadas por diferenças e semelhanças, como as angústias vivenciadas e as sobrecargas sentidas. Aparentemente a realidade da gestão é desconhecida pelos profissionais dos serviços, assim como a realidade dos serviços é pouco conhecida por essa gerência. Isso tem a ver, também, com a virtualidade das relações construídas, representadas por um computador que, de certo modo, substitui o contato regular olho no olho entre esses sujeitos.

Entende-se que os sistemas de informação servem de apoio à gestão do trabalho dos profissionais para aquisição de conhecimento, competências e criatividade para lidar com a complexidade do trabalho em saúde (Benito & Licheski, 2009). No caso desse município, existe uma rede informatizada que interliga todos os serviços da rede municipal de saúde. Esse sistema apresenta várias funcionalidades:

prontuário eletrônico, avaliação do atendimento por mensagens SMS, gestão do agendamento de retorno, integração com o Telessaúde do Estado, dentre outras.

Há que se considerar a importância e os benefícios dessa tecnologia (Benito & Licheski, 2009), mas também ter um olhar para o que trazem os participantes desta pesquisa no que se refere ao distanciamento entre os atores desse sistema: não perder de vista a importância do contato para a construção do vínculo indispensável também na produção de saúde dos trabalhadores. A desagregação dos coletivos resulta no agravamento das patologias decorrentes do trabalho (Scherer et al., 2009): se não tem encontro, não se compartilham tensões, que são revertidas, por vezes, em adoecimento.

Esse distanciamento refere-se às relações entre os próprios trabalhadores, entre os trabalhadores e gestores e entre trabalhadores e usuários. É preciso que se conheçam, que entendam que formam um só sistema, peças de um único quebra-cabeça, que a organização da gerência influencia o processo de trabalho dos serviços, assim como as dinâmicas dos serviços influenciam o trabalho da gerência. Portanto, é preciso criar uma regularidade de encontros entre esses atores para o compartilhamento, inclusive, das análises dos pressupostos desejados para orientar as práticas em saúde. Criar outro referencial para os usuários (Franco & Merhy, 2005) que demandam, por exemplo, um atendimento “rápido e objetivo”, no sentido de desconstruir o imaginário sobre procedimento, ressignificar a compreensão de cuidado, de forma a reconhecer “o trabalho realizado por todos profissionais de saúde e as tecnologias relacionais muitas vezes relegadas em função da dureza do modelo hegemônico e da própria forma como esse modelo está estruturado na cabeça de cada trabalhador e usuário” (Franco & Merhy, 2005, pp. 13-14).

Neste movimento, a expectativa é de mudanças de ambas as partes: que gestão e serviços possam se olhar a partir de outros prismas, guiados pelas necessidades do território, o que supõem uma aproximação, também, com os usuários desse sistema. O território entendido como central na organização do cuidado, como “objeto dinâmico, vivo, de inter-relações” (Lima & Yasui, 2014, p. 603), pode contribuir inclusive para a reestruturação dessa gerência, hoje repartida em áreas técnicas, que se desdobram em demandas fragmentadas aos serviços. Neste sentido, aquela postura ético-política de corresponsabilidade pelo cuidado, defendida pela PNH, tem grande potencialidade de consolidação, pela reformulação das responsabilidades ainda vigentes, de uma gestão

responsável somente pela administração, planejamento e distribuição das tarefas e trabalhadores dos serviços responsáveis pela execução (Calderon & Verdi, 2014).

Vale destacar que os participantes dessa pesquisa, de modo geral, reconhecem a importância dos espaços coletivos para a construção conjunta desse sistema. A questão está, também, em assegurar garantias institucionais de encontros regulares e/ou potencialização dos espaços de encontro já existentes nos serviços, com vistas à consolidação de uma rede menos compartimentalizada. Em uma perspectiva da cogestão, há de se criar e fortalecer espaços de troca entre os diferentes atores que compõem a rede de saúde (Campos, 2010). Embora cheio de angústias, é um trabalho também cheio de esperança.

Considerações Finais

É possível afirmar que serão necessários muitos anos de história para transformar uma realidade sustentada no modelo biomédico, que se consolidou na configuração do paradigma dominante. Tal paradigma tem modulado as hierarquias dentro dos próprios serviços, as fragmentações da gerência e as relações verticalizadas entre gestão e serviço.

Contudo, ainda que aqueles encontros produtivos não caibam, propriamente, nesse modelo, mesmo impulsionados por aquelas mudanças institucionais defendidas pelos SUS, vive-se no setor saúde alguns momentos de compartilhamento de saberes e práticas, como nos colegiados gestores, na figura do articulador, nas rodas de EPS e na implantação dos Nasf-AB. Isso afirma a discussão de um hibridismo entre o paradigma dominante e o paradigma emergente. Esse último com a intenção de incluir no rol das práticas cotidianas da saúde um olhar para as subjetividades presentes e a perspectiva da construção de relações transversalizadas entre os diversos atores sociais, dentre outros entendimentos não contemplados pelo modelo biomédico.

Neste debate emerge a seguinte problematização: como tornar dominantes relações e práticas mais colaborativas na saúde? Advoga-se neste estudo pela insistência daqueles momentos enunciados acima, trabalhando para seu aprimoramento, ao contrário do abandono de propostas, como a da EPS, sem conhecimento e consentimento dos envolvidos; pela apropriação do que apresentou resultados na direção de uma cogestão, os quais devem ser compartilhados com outros territórios e áreas técnicas dentro da gerência; por insistir que as pessoas se conheçam para construir vínculos, que entendam o trabalho do outro, troquem informações sobre as dinâmicas do setor saúde para diluir as fantasias/imaginações dos profissionais da gerência sobre os territórios e dos trabalhadores dos serviços sobre o lugar da gestão.

Assim, entende-se que a insistência nos momentos de encontro entre os atores da saúde apresenta um potencial de transformação de paradigma, principalmente considerando que tais momentos já estão colocados na história deste município e que os profissionais da gestão e dos serviços identificam nestes momentos a possibilidade de produzir cogestão. Essa insistência se faz mais necessária no contexto atual deste país, em que o governo federal não aposta em qualquer perspectiva de solidariedade, de compartilhamento, de relação democrática. Precisamos, portanto, afirmar espaços de discussão coletiva, mas também de afeto, para que os trabalhadores não se sintam falando para o vazio. O virtual não substitui o olho no olho, que nos possibilita a compreensão, por exemplo, de que o outro também sofre, independentemente do cargo que ocupa.

Por fim, vale destacar como limitação deste estudo a abordagem apenas da concepção dos profissionais da gestão e dos serviços sobre as relações em saúde. Assim, indica-se a importância da apreensão dos entendimentos também dos usuários sobre as relações no SUS, buscando a afirmação dos princípios deste sistema de saúde.

Referências

- Arcari, J. M., Barros, A. P. D., Rosa, R. S., Marchi, R., & Martins, A. B. (2020). Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2), 407-420. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.13092018>
- Belotti, M. (2019). *Núcleo Ampliado de Saúde da Família: Potencialidades, desafios e impasses para um paradigma emergente em saúde* [Tese de doutorado não publicada]. Universidade Federal do Espírito Santo.
- Benito, G. A. V., & Licheski, A. P. (2009). Sistemas de informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(3), 447-450. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000300018>

- Calderon, D. B. L., & Verdi, M. I. M. (2014). Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH). *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 18(Suppl. 1), 859-870. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0960>
- Calente, D. S. (2017). *A experiência do grupo condutor na implantação do Nasf em Vitória – ES* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo]. Repositório institucional Ufes. <https://bit.ly/3TpWTRt>
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). Iramuteq: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
- Campos, G. W. S. (2010). Cogestão e neoartesanato: Elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2337-2344. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500009>
- Cecílio, L. C. O. (2010). Colegiados de gestão em serviços de saúde: Um estudo empírico. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(3), 557-566. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300013>
- Conselho Nacional de Saúde. (2012, 12 de dezembro). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. <https://bit.ly/3sbGaoS>
- Cutolo, L. R. A. (2006). Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 35(4), 16-24.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2005). A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In R. Pinheiro & R. A. Matos (Orgs.), *Construção social da demanda: Direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos* (pp. 181-193). Cepesc-Uerj; Abrasco.
- Galavote, H. S., Franco, T. B., Freitas, P. S. S., Lima, E. F. A., Garcia, A. C. P., Andrade, M. A. C., & Lima, R. C. D. (2016). A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (Des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. *Saúde Sociedade*, 25(4), 988-1002. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902016158633>
- Justo, A. M., & Camargo, B. V. (2014). Estudos qualitativos e o uso de softwares para análises lexicais. In C. Novikoff, S. R. M. Santos, & O. B. Mithidieri (Orgs.), *Caderno de artigos: X SIAT & II Serpro* (pp. 37-54). Lageres.
- Kuhn, T. S. (2007). *A estrutura das revoluções científicas*. Perspectiva.
- Lima, E. M. F. A., & Yasui, S. (2014). Territórios e sentidos: Espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde em Debate*, 38(102), 593-606. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>
- Luz, M. T. (1991). Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”: Anos 80. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 1(1), 77-96. <https://doi.org/10.1590/S0103-73311991000100004>
- Ministério da Saúde. (2009). *Gestão participativa e cogestão*. <https://bit.ly/3MNU2zc>
- Miranda, L., Figueiredo, M. D., Ferreira, L., & Onocko Campo, R. (2020). Dos grupos focais aos grupos narrativos: Uma descoberta no caminho da pesquisa. In R. Onocko Campo, J. P. Furtado, E. Passos, & R. Benevides (Orgs.), *Pesquisa avaliativa em saúde mental: Desenho participativo e efeitos da narrativa* (pp. 249-277). Hucitec.
- Ojeda, B. S., & Strey, M. N. (2008). Saberes e poderes em saúde: Um olhar sobre as relações interprofissionais. *Ciência & Saúde*, 1(1), 2-8. <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2008.1.3854>
- Ordoñez, L. K. B., & Arantes, C. I. S. (2018). Concepções, práticas e perspectivas de ações de saúde coletiva: Ótica de articuladores da atenção básica. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 8, Artigo e2587. <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2587>
- Paim, J. S. (1997). Bases conceituais da reforma sanitária. In S. Fleury (Org.), *Saúde e democracia: A luta do Cebes* (pp. 11-24). Lemos.
- Paim, J. S. (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1723-1728. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
- Pereira, N., Jr., & Campos, G. W. S. (2014). O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): Os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface*, 18(Suppl. 1), 895-908. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0424>
- Pimenta, A. L. (2012). A construção de colegiados de gestão: A experiência de gestão da Secretaria Municipal de Saúde analisada por um ator político implicado. *Saúde e Sociedade*, 21(Suppl. 1), 29-45. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500003>
- Pinto, E. E. P., Araújo, M. D., Matumoto, S., Capozzolo, Â. A., Cardoso, M. R. L., & Mishima, S. M. (2010). Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. *Trabalho, Educação e Saúde*, 8(1), 77-96. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000100005>

Scherer, M. D. A., Pires, D., & Schwartz, Y. (2009). Trabalho coletivo: Um desafio para a gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 43(4), 721-725. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000400020>

Silva, L. A. A., Soder, R. M., Petry, L., & Oliveira, I. C. (2017). Educação permanente em saúde na atenção básica: Percepção dos gestores municipais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(1), Artigo e58779. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.58779>

Souza Santos, B. (2005). *Um discurso sobre as ciências* (3a ed). Cortez.

Alexandra Iglesias

Professora adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Vitória – ES. Brasil.
E-mail: leiglesias@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-7188-9650>

Luciana Bicalho Reis

Professora adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Vitória – ES. Brasil.
E-mail: luciana.b.reis@ufes.br

 <http://orcid.org/0000-0001-6173-7514>

Nadilu Cardoso Drumond

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória – ES. Brasil.

E-mail: nadiludrumond@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4527-9781>

Gabriele Izaguirres Ortiz

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória – ES. Brasil.

E-mail: gabrieleizaortiz@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4382-0784>

Kelly Guimarães Tristão

Doutora em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória – ES. Brasil.

E-mail: kgtristao@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-0818-6589>

Agradecimentos e fonte de financiamento:

Pesquisa contemplada pelo Edital Fapes/CNPq/Decit-SCTIE-MS/SESA, nº 03/2018 – Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS).

Endereço para envio de correspondência:

Universidade Federal do Espírito Santo. Av. Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras. CEP: 29.075-910. Vitória – ES. Brasil.

Recebido 27/06/2020

Aprovado 14/07/2021

Received 06/27/2020

Accepted 14/07/2021

Recibido 27/06/2020

Aceptado 14/07/2021

Como citar: Iglesias, A., Reis, L. B., Drumond, N. C., Ortiz, G. I., & Tristão, K. G. (2022). Relações entre profissionais da gestão e dos serviços: Falar para um vazio? *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-14. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003240194>

How to cite: Iglesias, A., Reis, L. B., Drumond, N. C., Ortiz, G. I., & Tristão, K. G. (2022). Relations between professionals from management and services: Talking into the void? *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-14. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003240194>

Cómo citar: Iglesias, A., Reis, L. B., Drumond, N. C., Ortiz, G. I., & Tristão, K. G. (2022). Relaciones entre profesionales de gestión y servicios: ¿Hablar a un vacío? *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-14. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003240194>