



Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde*

Qualified listening and social management among health professionals

Escucha calificada y gestión social entre los profesionales de salud

Jader Sebastião Raimundo¹, Matilde Meire Miranda Cadete²

RESUMO

Objetivo: Verificar por meio de relatos de profissionais da saúde, o que deve conter um programa institucional de formação em serviço voltado ao desenvolvimento das capacidades destes de realizar escutas qualificadas. **Métodos:** Estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo, realizado por meio de entrevistas com foco nas representações sociais de seis profissionais – enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e gestores – de um Ambulatório do Hospital das Clínicas de Belo Horizonte (MG), sobre os procedimentos de gestão social no uso dessa ferramenta. Para análise dos relatos obtidos, foi empregado o instrumento “Discurso do Sujeito Coletivo”. **Resultados:** Estudo qualitativo com enfoque nas representações sociais sobre os procedimentos de gestão social na utilização desta ferramenta. Para análise foi utilizado o instrumento “Discurso do Sujeito Coletivo”. **Conclusão:** A escuta qualificada mostrou-se como uma ferramenta de gestão para institucionalizar um trabalho de transformação que possibilite o encaminhamento de soluções mais eficazes na assistência à saúde.

Descritores: Acolhimento; Organização social

ABSTRACT

Objective: To verify, by means of reports of health professionals, what an institutional program of in-service training must contain that is focused on the development of the capabilities to accomplish qualified listening. **Methods:** A study using a qualitative, descriptive method, conducted by means of interviews with a focus on the social representations of six professionals – nurses, psychologists, occupational therapists and managers – of an ambulatory clinic at the Hospital das Clínicas de Belo Horizonte (MG), about the procedures of social management in the use of this tool. For analysis of the obtained results, we used an instrument “Collective Subject Discourse”. **Results:** A qualitative study with a focus on the social representations about the procedures of social management in the utilization of this tool. **Conclusion:** Qualified listening appeared as a management tool to institutionalize transformative work that enables the forwarding of more effective solutions in health care.

Keywords: User embracement; Social organization

RESUMEN

Objetivo: Verificar por medio de relatos de profesionales de la salud, lo que debe contener un programa institucional de formación en un servicio volcado al desarrollo de las capacidades de éstos para realizar escuchas calificadas. **Métodos:** Se trata de un estudio de abordaje cualitativo, de tipo descriptivo, realizado por medio de entrevistas y enfocado en las representaciones sociales de seis profesionales – enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales y gestores – de Consultorios Externos del Hospital de las Clínicas de Belo Horizonte (MG), sobre los procedimientos de gestión social en el uso de esa herramienta. Para el análisis de los relatos obtenidos, se empleó el instrumento “Discurso del Sujeto Colectivo”.

Resultados: El análisis permitió construir tres categorías descriptivas: El significado de escuchar; La comprensión de la escucha calificada; y la gestión social como estrategia del saber hacer. **Conclusión:** La escucha calificada se mostró como una herramienta de gestión para institucionalizar un trabajo de transformación que haga posible el encaminamiento de soluciones más eficaces en la asistencia a la salud.

Descriptorios: Acogimiento; Organización social

* Estudo extraído da dissertação de mestrado intitulada “Procedimentos de gestão social na escuta qualificada: elementos para um programa de formação continuada em serviço de saúde” – apresentada ao Hospital das Clínicas de Belo Horizonte – Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

¹ Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local pelo Centro Universitário UNA, Belo Horizonte; Fisioterapeuta Respiratório do Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

² Doutora em Enfermagem. Professora do Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local do Centro Universitário UNA, Belo Horizonte. Membro do Nescon-UFMG-Belo Horizonte.

INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo na história, a administração da coisa pública e as relações impessoais na área da saúde, canalizaram-se para a valorização da doença em detrimento da pessoa doente. A partir da IX Conferência Nacional de Saúde em 1992, o tema humanização vem passando por discussões, sendo instituída a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), operacionalizada através do resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde⁽¹⁾.

Sendo assim, a PNH apresenta como seu principal objetivo, além de outros aspectos, a possibilidade de apropriado acolhimento e escuta qualificada de seus atores. Nesta ótica, as dificuldades para a humanização desse sistema são muitas, necessitando de várias ações 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 trabalho e das relações entre os diferentes atores; implantar diretrizes do acolhimento; melhorar a interação nas equipes e qualificá-las; e criar uma nova cultura de atendimento, pela aplicação do modelo usuário-centrado na construção coletiva do SUS⁽¹⁾.

Neste sentido, quando se aborda a PNH, menciona-se o acolhimento como diretriz em conjunto com a clínica ampliada, tendo assim como propostas: a obrigação com o sujeito e não com a doença; o reconhecimento dos limites dos saberes com a afirmação de que o sujeito é sempre maior que o diagnóstico proposto; a afirmação do encontro clínico entre dois sujeitos – trabalhador de saúde e usuário; a busca pelo equilíbrio entre os danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde; aposta nas equipes multiprofissionais e transdisciplinares e formato de corresponsabilidade entre diferentes sujeitos e defesa dos direitos dos usuários⁽²⁾.

A escuta e o diálogo são habilidades próprias dos seres humanos, sendo comum a concepção da escuta, como apenas o ouvir, o que pode ser perigoso, levando a acreditar que a escuta é instintiva⁽³⁾.

Neste contexto, pode ser percebido em profissionais da área da saúde e também nos usuários que 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^(4,5).

O documento-base do “HumanizaSus” para gestores e trabalhadores do SUS traz em seu bojo que a humanização é “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalha-

dores e gestores”⁽⁶⁾. Esta se fixa 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 gestão social como inovação em política pública de saúde e o procedimento a ser aprendido constituem-se em 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⁽⁷⁾. Assim, a gestão social é defendida como “um conjunto de instrumentos e estratégias para o encaminhamento de soluções mais eficazes e eficientes para as políticas sociais”⁽⁸⁾.

Neste sentido, para esta pesquisa são identificados os componentes para a compreensão da construção da noção de gestão social, como campo de conhecimentos e práticas na PNH do SUS. Nesta política, os sistemas de escuta qualificada funcionam como ferramenta de gestão para facilitar e institucionalizar o trabalho de transformação e a própria PNH, como estratégia de integralidade no tratamento conjunto de áreas de diferentes disciplinas da saúde que interferem no mesmo tipo de problema, ou seja, no modelo de atenção usuário-centrado.

Para a gestão social, o princípio geral de ação que deve presidir essa perspectiva de 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.

Contudo, quando a realidade de saúde desvela baixa responsabilização e descontinuidade no cuidado e nos tratamentos, emerge um conjunto de problemas 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 e o abandono, entre outros⁽⁹⁾.

Nessa linha, não se trata de humanizar o humano, mas de enfrentar e lidar com relações de poder, de trabalho e de afeto, estas sim, produtoras de práticas desumanizadas em relação a nosso horizonte ético e humanístico. Nesta concepção, a humanização é uma aposta metodológica, um modo de fazer, de lidar e intervir nos problemas do cotidiano no SUS. É uma política estratégica de inclusão de pessoas, de coletivos e movimentos sociais que leva à produção de mudanças nos modos de gerir, e de cuidar.

Um dos princípios mais importantes da PNH é o quesito orientação nos processos de formação, ou seja, considerar que formação é intervenção e que esta é formação. Isso pressupõe o exercício prático de experimen-

tação no cotidiano dos serviços de saúde com equipes de saúde cujo espaço por excelência de formação na área da saúde é a rede de serviços do SUS⁽⁹⁾.

Em relação ao objeto deste estudo que se baseia nas capacidades dos profissionais de saúde de realizarem escutas qualificadas, este, além dos demais princípios do SUS, traduzem a importância do processo formação-intervenção. Em relação ao campo da organização do trabalho, a formação exige nova experimentação e conduz a uma capacitação como educação permanente em saúde.

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 às estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas”⁽¹⁰⁾.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo verificar, por meio de relatos de profissionais da saúde, o que deve conter um programa institucional de formação em serviço voltado ao desenvolvimento das capacidades destes de realizar escutas qualificadas.

MÉTODOS

Este estudo de abordagem qualitativa e do tipo descritivo, foi ancorado nos pressupostos das Representações Sociais, descritos por Moscovici, que se ocupam em elucidar os saberes gestados com base na comunicação da vida cotidiana, com a intencionalidade prática de orientar os comportamentos em situações sociais concretas⁽¹¹⁾. A coleta de dados foi feita por meio de entrevista semiestruturada, realizada individualmente, com quatro questões norteadoras sobre o assunto e observando a livre expressão de suas representações. Os depoimentos foram gravados, após autorização dos entrevistados. Participaram como sujeitos, seis profissionais de saúde de nível superior e integrantes da equipe multiprofissional: enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e gestores.

O local de realização desta pesquisa foi o Ambulatório BIAS Fortes do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (ABF-HC-UFGM). Este serviço deverá ser o local onde se pretende materializar as ações da PNH com o intuito final de uma construção coletiva para o acolhimento, baseada no desenvolvimento das capacidades procedimentais dos atores da saúde em realizar escutas qualificadas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNA, e todos os entrevistados subscreveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. CAAE – 0022.0.391.000-10.

Para a organização dos dados foi empregada a técnica metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) desenvolvida por Lefèvre e Lefèvre⁽¹²⁾. Trata-se de uma estratégia metodológica com vistas a tornar mais clara

uma dada representação social e o conjunto das representações que conformam um dado imaginário.

Para a elaboração do DSC, partiu-se dos discursos em estado bruto que foram submetidos a um trabalho analítico inicial de decomposição. O trabalho consistiu, basicamente, na seleção das principais ancoragens e/ou ideias centrais presentes em cada um dos discursos individuais e de todos reunidos, terminando de forma sintética, no qual se buscou a reconstituição discursiva da representação social. As entrevistas foram cadastradas por um código (E), a saber: E1 = entrevista 1, E2 = entrevista 2 e assim sucessivamente.

RESULTADOS

Após várias releituras das entrevistas, partiu-se para a exata localização das expressões-chave, percebendo-se 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 os pensamentos expressos, preocupando-se sempre com a preservação e fidelidade dos mesmos, agrupando-os em três categorias temáticas.

Significado de escutar

Um dos sujeitos verbalizou que escutar é “[...] *resolver a necessidade do outro, sem julgamento*”; outro revelou 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⁽¹³⁾. Nessa mesma linha de pensamento, há explicitação de que o usuário precisa ser ouvido sem interrupções, sem inferências: simplesmente, silencia-se, para que seu ser seja escutado⁽⁹⁾. 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.

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 que deveria ser ensinada e exercitada com base na graduação dos cursos da área da saúde e também em todos os aspectos de interação e atendimento do ser humano.

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*”.

Em relação 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 DSC revelam que a escuta, “[...] *é dar esse espaço, para que o outro possa falar*”; “[...] *a escuta é um dispositivo de ajuda ao próximo*”.

Compreensão da escuta qualificada na visão dos profissionais de saúde

A escuta qualificada conceituada pelos sujeitos traz, em seu bojo, sua essência, ou seja, mostra adesão aos conceitos e pressupostos advindos da PNH. Pode-se inferir também 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 análise, chamam a atenção os relatos referentes à falta de visão do usuário como ser integral, evocando, assim, reflexão sobre a dissociação existente entre escuta qualificada e integralidade. Esta perspectiva pressupõe escutar o outro, pois a atitude interativa inclui o relacionamento entre o profissional de saúde e o usuário, compreendendo, por conseguinte, o sujeito em sua integralidade pela escuta de sua história de vida. Estes relatos também mostraram que um dos princípios doutrinários do SUS não está sendo contemplado no cotidiano assistencial – o da integralidade.

Portanto, faz-se também necessário ressaltar, o que se advoga a respeito da importância dos procedimentos da gestão social nos sistemas de escuta qualificada. Assim, 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*”.

A escuta qualificada é concebida como ferramenta gerencial pelos profissionais “[...] *eu entendo que ela seja interativa, coletiva e social dentro do processo de trabalho*”.

Prosseguindo na análise, as seguintes Expressões-Chave 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*”.

O trabalho conjunto, compartilhado, a valorização do profissional de saúde, as posturas/atitudes ativas no trabalho, a transferência de informações e o domínio das ações simbólicas são 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*”.

Outros DSC que emergiram foram: “[...] *minha responsabilidade aumenta*”, e “[...] *eu penso que todos são habilitados e competentes, mas, que poderiam melhorar*”. Ainda no seguinte 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 os autores dizem a esse respeito.

Também fica explícito no seguinte DSC: “[...] *falta no hospital organizar e sistematizar isso para uma assistência qualificada e uma melhoria social do indivíduo*”. Assim, evidencia-se pelos relatos 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.

Procedimentos de gestão social como plano estratégico do saber-fazer

Neste contexto, saber fazer escutas qualificadas refere-se às habilidades que definem as dimensões de competência. Habilidades essas, esperadas dos profissionais de saúde para que se obtenha um desempenho direcionado para a aplicação produtiva do conhecimento em questão. Os seguintes DSC 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 de desenvolver para expor suas fragilidades*” e “[...] *Eu penso que a necessidade do treinamento humanizado, organizado e participativo leva a mudar o processo de trabalho*”.

Verificou-se, também, por meio dos DSCs, a urgência para realizar reformas estruturais no ABF-HC-UFMG 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*”.

De fato, segundo a idéia central do **E5**, “[...] *eles passam a fazer cogestão e tornam-se sujeitos de construção coletiva do processo e devem ser legitimados pelo gestor*”.

A afirmação corrobora a expressão-chave posta na ideia central do DSC do **E1**: “[...] *eu vejo o processo de mudança pelo acolhimento, como formação continuada e deve vir assegurado pela avaliação*”. 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*”.

Outros discursos acentuaram 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 assis-*

tência 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*”.

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, o **E1** contribuiu com sua percepção: “[...] *eu acho que a capacitação seria ideal para sensibilizar o outro [...]*”; para o **E3**, “[...] *eu sugiro capacitação para o acolhimento, pois se aprende mais quando se escuta*”; e conforme o **E4**, “[...] *eu vejo a necessidade de um grupo coordenando e avaliando as oficinas de sensibilização*”.

Portanto, os sujeitos referiram ser preciso executar a escuta qualificada, tanto dos usuários como dos trabalhadores, propor metas e desenvolver indicadores específicos que atendam às demandas institucionais, o que ficou 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*”.

DISCUSSÃO

Ao se analisar as entrevistas, identificou-se que escutar transcende o ouvir, visto que não são apenas as palavras que penetram em nosso ser, mas todo o sentido posto nelas pela pessoa que fala⁽¹⁴⁾. 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⁽¹⁵⁾.

A integralidade é entendida como recusa ao reducionismo e à objetivação do sujeito e afirmação da abertura para o diálogo⁽¹⁶⁾. Com base nesse conceito, entende-se que a escuta qualificada é uma ferramenta essencial para que o usuário seja atendido na perspectiva do cuidado como ação integral, já 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.

Neste sentido, apoiado em dois autores⁽¹⁷⁾, constata-se ser possível exercer uma gestão de qualidade quando o gestor possui características como visão compreensiva, orientação ética, sensibilidade e habilidade de comunicação e articulação. Estas 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 ocorrerá, se ele fizer uma escuta, de fato.

Nesta pesquisa, os discursos analisados apontaram a intervenção na área da gestão social em saúde, ao focalizar a urgência de reflexão sobre os valores assumidos no ter-

ritório 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⁽⁸⁾. 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.

Há concordância quanto aos espaços concretos dedicados à escuta e tráfego de informações referentes aos anseios, interesses e detalhes da realidade, assim como à análise da escuta e do processamento das informações e consequente tomada de decisão⁽¹⁸⁾. 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⁽¹⁹⁾.

Há que se reconhecer que a negociação dos “usos de si” é sempre lugar de uma “dramática”, isto é, o trabalho é sempre um drama no sentido de que envolve o trabalhador da saúde por inteiro, é o espaço de tensões problemáticas, de negociações de normas e valores. Refletindo-se sobre a gestão e a avaliação de competências no trabalho, também reafirma que toda abordagem nesse pensamento é legítima e útil⁽²⁰⁾.

Reiteram-se as citações 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⁽²¹⁾. Pode-se, ainda, afirmar 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.

O desafio está posto: é mister querer mudar a forma como a escuta, a comunicação, se entranham nas relações entre os profissionais e usuários. Caso não se processe efetivamente esta comunicação, as vozes de todos os atores sociais da área da saúde ficarão inaudíveis e poderão acarretar, conseqüentemente, sofrimento. Percebe-se aqui 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⁽²²⁾.

Atividades essas que devem ser pautadas no paradigma da educação permanente⁽²¹⁾ e que, com base na gestão relacional, é possível que nova relação entre os servidores do ABF surja. Sob esse ponto de vista, vale ressaltar aqui o que se tem explícito em relação à gestão social da clínica. 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⁽²³⁾. Avançando nesse pensar, acrescenta-se 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⁽²⁴⁾.

As representações envolvidas nos depoimentos dos profissionais de saúde não refletem só os princípios de senso comum, elas também se organizam sobre o fundamento de 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, ou seja, aludindo-se a um conjunto de “saber-fazer”⁽²⁵⁾.

Sendo assim, percebeu-se que estão embutidos nos DSC os princípios e os conceitos centrais da PNH, como: transversalidade, valorização do trabalhador, autonomia e protagonismo deste, o fortalecimento do trabalho em equipe, a corresponsabilidade, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva, sustentando a inseparabilidade entre a atenção e a gestão⁽²⁶⁾.

Nesse sentido, vale lembrar 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⁽²⁷⁾.

Nessa direção, a gestão social teria a capacidade de produzir sujeitos melhores, mais capazes de suportar a existência em panoramas mais heterogêneos, nos quais a expressão do humano, como força social e política é mais diversa⁽⁹⁾.

A PNH, como método de inclusão, concretiza-se aqui como uma alternativa 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.

Por intermédio das entrevistas, constatou-se ser preciso aprender a fazer muitas coisas e que no ABF deve-se ensinar a fazê-las. Verificou-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.

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, sobretudo 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.

Nesse contexto, destaca-se o papel do enfermeiro cuja prática social é vista como sendo integradora das ações de saúde não apenas pela sua capacidade de compreender o contexto social, mas, pela capacidade de interagir diretamente com o usuário, família, comunidade e equipe de saúde⁽²⁸⁾.

Neste sentido, o desafio aqui está não apenas em apropriar-se desse dispositivo, mas entendê-lo e utilizá-lo como um potente instrumento de gestão social na saúde⁽²⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sujeitos desta pesquisa tinham algum conhecimento referente aos atributos/ habilidades da escuta qualificada e eram conhecedores de que estes aumentam a qualificação técnica dos trabalhadores da saúde, de modo a promover interação humanizada, cidadã e solidária (procedimentos estes também de gestão social), com usuários, familiares, comunidade. Reconheciam 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.

Neste estudo, foram Identificados 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. Evidencia-se, portanto, que esses achados poderão engendrar, nos profissionais, reflexões que acionem um novo pensar e agir cotidianos.

Os resultados sinalizaram 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.

Sendo assim, estes resultados poderão subsidiar mudanças no ABF baseadas na 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 possam otimizar 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.

Finalmente, reconhece-se a necessidade de futuros estudos, uma vez que a escuta qualificada e a gestão social são discussões que requisitam maiores subsídios teóricos para seus desdobramentos e implementação no processo de cuidar.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização e ampliação (PNH) [Internet]. 2006 [citado 2010 Jan 29]. Disponível em: http://portalsaude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=27147.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
3. Burley-Allen M. The Listening: the forgotten skill. A self-teaching guide. New York: John Wiley & Sons; 1995. What is listening and what can it do for you?; p. 1-13.
4. Ceccim RB. [Permanent education in the healthcare field: an ambitious and necessary challenge]. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9 (16):161-77. Portuguese.
5. Mariotti H. Pensamento complexo: suas aplicações à liderança, à aprendizagem e ao desenvolvimento sustentável. São Paulo: Atlas; 2007.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
7. Fidalgo FS, Machado LR. Dicionário da educação profissional. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Educação; 2000.
8. Lobato LV. Gestão social: contribuições para o debate teórico sobre o campo. Rio de Janeiro: Cebes; 2008.
9. Pasche DF. Humanizar a formação para humanizar o SUS. Apresentado no 1º Seminário Nacional do Pró-Saúde II. Coord. PNH e Gestão do SUS/MS. Brasília, 2009.
10. Santos-Filho SB. [Perspectives of the evaluation of Brazil's National Health Humanization Policy: conceptual and methodological aspects] *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(4): 999-1010. Portuguese.
11. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Guareschi PA, tradutor. 6a ed. Petrópolis: Vozes; 2009.
12. Lefèvre F, Lefèvre AM. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2a ed. Caxias do Sul: Educs; 2005.
13. Gonçalves RL. Práticas de integralidade: acolhimento e vínculo no cuidado prestado a gestante [dissertação] Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Cadernos Humaniza SUS, v. 3).
15. Filgueiras SL, Deslandes SF. [Evaluation of counseling activities: analysis of a person-centered prevention perspective]. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15 (Suppl 2):121-31. Portuguese.
16. Fischer T, Melo VP. Programa de desenvolvimento e gestão social: uma construção coletiva. In: Fischer T, Roesch S, Melo VP, editores. Gestão do desenvolvimento territorial e residência social: casos para ensino. Salvador: EDUFBA, CIAGS/UFBA, 2006. p.13-41.
17. Moraes MC, Torre S. Sentir Pensar, fundamentos e estratégias para reencantar a educação. Petrópolis (RJ) Editora Vozes; 2004.
18. Mattos R A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos R A, editores Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ) Editora UERJ, IMS – ABRASCO, 2001. p. 113-126.
19. Schwartz Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educ Soc*. 1998; 19(65):101-40.
20. Colen J. Ouvidoria pública de saúde de Belo Horizonte. Saúde on line [internet]. 2008; 24. [citado 2012 out 9]. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/saudeonline/index_interna.php?cod=94.
21. Schommer PC, França Filho GC. A metodologia da residência social e a aprendizagem em comunidades de prática. In: Fischer T, Roesch S, Melo VP, editores. Gestão do desenvolvimento territorial e residência social: casos para ensino. Salvador (BA): EDUFBA, CIAGS/UFBA; 2006.
22. Macedo RG. A democratização da informação na gestão pública: a cibercomunicação como ferramenta estratégico no tratamento da informação. In: 30º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação; 2007 Ago 29-Set 02; Santos; 2007.
23. Ferrara LF. Design em espaços. São Paulo: Rosari; 2002.
24. Boullosa R, Schommer PC. Limites da natureza da inovação ou qual o futuro da gestão social? In: XXXII ENANPAD – Encontro Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração; 2008 Set 6-19; Rio de Janeiro; 2008.
25. Zabala A. Como trabalhar os conteúdos procedimentais em aula. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
26. Santos-Filho SB, Barros MEB. Trabalhador da saúde muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí; 2007.
27. Tenório FG, organizador. Gestão social: metodologia e casos. 3a ed. Rio de Janeiro: FGV; 2002.
28. Girondi JB, Hames ML. [The process of nursing care according to post-modern sociological paradigm]. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(3):368-372. Portuguese.