



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ANDREY OLIVEIRA RAMOS

**ASPECTOS QUE INTERFEREM COM A CONCRETIZAÇÃO DA
MISSÃO DE UM SERVIÇO DE SAÚDE MULTIPROFISSIONAL:
REFLEXÕES A PARTIR DE FRAGMENTOS DE DADOS COLETADOS
DURANTE UMA PESQUISA-INTERVENÇÃO INTERROMPIDA**

FLORIANÓPOLIS, SC

2024

ANDREY OLIVEIRA RAMOS

**ASPECTOS QUE INTERFEREM COM A CONCRETIZAÇÃO DA
MISSÃO DE UM SERVIÇO DE SAÚDE MULTIPROFISSIONAL:
REFLEXÕES A PARTIR DE FRAGMENTOS DE DADOS COLETADOS
DURANTE UMA PESQUISA-INTERVENÇÃO INTERROMPIDA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Organizações e do Trabalho.

Orientador: Prof. Dr. Hélder Lima Gusso

FLORIANÓPOLIS, SC

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Ramos, Andrey Oliveira

ASPECTOS QUE INTERFEREM COM A CONCRETIZAÇÃO DA MISSÃO DE UM SERVIÇO DE SAÚDE MULTIPROFISSIONAL : REFLEXÕES A PARTIR DE FRAGMENTOS DE DADOS COLETADOS DURANTE UMA PESQUISA-INTERVENÇÃO INTERROMPIDA / Andrey Oliveira
Orientador, Hélder Lima Gusso, 2024.

120 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Psicologia. 3. Análise do Comportamento nas Organizações. I. Gusso, Hélder Lima. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

ANDREY OLIVEIRA RAMOS

**ASPECTOS QUE INTERFEREM COM A CONCRETIZAÇÃO DA
MISSÃO DE UM SERVIÇO DE SAÚDE MULTIPROFISSIONAL:
REFLEXÕES A PARTIR DE FRAGMENTOS DE DADOS COLETADOS
DURANTE UMA PESQUISA-INTERVENÇÃO INTERROMPIDA**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 29 de maio de 2024, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Dr.(a) Carolina Walger

Universidade Federal do Paraná

Prof.(a) Dr.(a) Ligia Rocha Cavalcante Feitosa

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Dr.(a) Olga Mitsue Kubo

Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. Dr. Hélder Lima Gusso
Orientador

Florianópolis, 2024

AGRADECIMENTOS

A seção de “Agradecimentos” é talvez a parte de um trabalho em que continuamente revisões deveriam ser feitas para contemplar todas as decorrências que as influências dos eventos e das pessoas sobre a produção de uma dissertação (e de uma pessoa) possuem, positivas ou não. De outra forma, como agradecer? Perceber alguns os efeitos que as pessoas e os eventos tiveram sobre mim é uma parte relativamente fácil. Começo pelo mais óbvio, que é agradecer a organização que topou que eu, na época parte do quadro de funcionários, mexesse em algum grau naquilo que já estava rolando há muito tempo. Instituições do terceiro-setor não são conhecidas por seu ritmo leve e tranquilo, e mesmo assim me deram espaço para cutucar e com isso aprender um pouco mais a conduzir um processo de pesquisa.

Depois, agradeço, à Universidade Federal de Santa Catarina e aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia que continuam possibilitando, apesar de todas dificuldades, a formação de pessoas para executar trabalhos como esse. Em especial, agradeço meu orientador Prof. Hélder Lima Gusso. Nunca particularmente pensei muito a respeito do que se constituiu um bom orientador, porém, a experiência de partilhar minhas frustrações e meus progressos sabendo que eu seria ouvido com atenção, dedicação e sua paciência sem dúvida me forneceram ótimas dicas.

Agradeço também ao Prof. André Vasconcelos da Silva, a Prof^a Maiana Farias Oliveira Nunes e a Prof^a. Olga Mitsue Kubo pelas contribuições em minha banca de qualificação. Em especial destaco meus agradecimentos à Prof^a. Olga Mitsue Kubo. Na época de escolha de meu objetivo de pesquisa eu fiquei muito tempo procurando algo que “desse uma boa dissertação”, e foi ela a primeira pessoa que me incentivou a parar e olhar para onde eu atuava e me ajudou a enxergar qual era minha responsabilidade com as pessoas que eu atendia e que trabalhavam comigo. Não tenho dúvidas que se aprendi a enxergar melhor (e a valorizar) o que há de relevante em meu trabalho, é por sua persistência em me encorajar, sua sensibilidade em me fazer as perguntas certas, acima de tudo, por seu compromisso para com as pessoas.

Devo também reconhecer o papel da Stephanie, da Ester e da Helen. Amigas antigas que não largaram a mão de mim apesar de todas as omissões em nossos encontros. Agradeço também a Camila Reis e a Daniela Nascimento, colegas de profissão e amigas forjadas em nossa experiência de trabalho na mesma organização

que me incentivaram em vários sentidos a permanecer confiante de que o que eu pretendia fazer valia a pena. Nesse mesmo sentido, sou grato a todas as pessoas a quem acompanhei durante meu trabalho na época de realização deste trabalho.

Agradeço também a Nilsa Kurtz, que não só me conhece desde pequeno, mas que sempre fez questão de me encorajar nesse trabalho. Também agradeço minha mãe Roseli por ter me possibilitado muitas das experiências que me ajudaram a eventualmente fazer um trabalho que fizesse sentido para mim, apesar de todas suas preocupações. Foi você que primeiro me incentivou a me inscrever para a vaga de emprego que viria a se tornar objeto deste trabalho mesmo sem eu acreditar que iria ser selecionado.

E principalmente agradeço minha irmã Wanda, que não só me aturou falar sobre esse trabalho centenas de vezes, mas também soube me ajudar a gerenciar a vida para que eu pudesse focar nele quando necessário. Em especial agradeço pelas conversas diárias e pelas piadas, você sem dúvida nenhuma é a pessoa que mais me encoraja, me anima e permanece sendo a maior fonte de inspiração para eu me esforçar no que faço.

Essa é a parte mais fácil, perceber alguns dos efeitos que as pessoas e os eventos tiveram sobre mim. E olha que com certeza restam várias pessoas que me ajudaram mais pontualmente, ou que contribuíram indiretamente. A essas pessoas ficarei devendo um obrigado em outro momento junto de um “pão de queijo e café”.

Afinal, como agradecer? Se eu consegui desenvolver esse trabalho foi por conta de muitas pessoas apostando em mim, e sacrificando tempo e esforço. Algumas delas consegui recordar e descrever aqui as contribuições. A parte difícil será descobrir como retribuir os sacrifícios, pois vocês valem o empenho e merecem em dobro tudo aquilo que laboraram para me fornecer. Obrigado por tudo.

RESUMO

Identificar quando e de que modo atuar profissionalmente é uma tarefa complexa, que exige uma caracterização precisa dos contextos em que se pretende atuar. Existem diferentes entendimentos sobre o que constitui realizar o “diagnóstico” de uma organização. As contribuições da Análise do Comportamento para a atuação em organizações fornecem princípios e ferramentas para essa caracterização. Realizá-la em conjunto com as pessoas que atuam dentro de uma organização é um processo pertinente que possibilita também intervir sobre o comportamento dessas pessoas. Assim, o objetivo desta pesquisa foi refletir acerca dos aspectos que interferem com a execução da missão de um serviço de saúde multiprofissional do terceiro setor que atende pessoas com deficiência intelectual ou transtorno do espectro autista (TEA), a partir de dados coletados em documentos a seu respeito, e com os profissionais que constituem esse serviço. Para tanto, foram selecionados sete profissionais que compõem este serviço de saúde multiprofissional a fim de caracterizar a missão deste serviço por meio de seus relatos. Por fim, estes dados foram comparados com os resultados de uma análise de dois documentos que contêm informações sobre a missão deste serviço. As informações coletadas em cada uma dessas etapas foram organizadas e analisadas a partir da Análise de Sistema Comportamentais. A partir disto, identificam-se condições precárias de trabalho, pouco envolvimento efetivo da população para organização do serviço, e extensas implicações da falta de clareza nos documentos norteadores a respeito de como esse serviço deve funcionar, assim como, das relações que se estabeleceram entre os profissionais que o constituem.

Palavras-chave: análise do comportamento nas organizações; análise de sistemas comportamentais; diagnóstico organizacional; planejamento estratégico; equipe de saúde multiprofissional.

ABSTRACT

Identifying when and how to act professionally is a complex task that requires an accurate characterization of the contexts in which one intends to operate. There are different understandings of what constitutes performing the "diagnosis" of an organization. The contributions of Behavior Analysis to working in organizations provide principles and tools for this characterization. Conducting this characterization in collaboration with the people working within an organization is a relevant process that also enables intervention in the behavior of these people. Thus, the aim of this research was to reflect on the aspects that interfere with the execution of the mission of a multiprofessional health service in the third sector that serves people with intellectual disabilities or Autism Spectrum Disorder (ASD), based on data collected from documents about it and with the professionals who make up this service. To this end, seven professionals from this multiprofessional health service were selected to characterize the mission of this service through their reports. Finally, these data were compared with the results of an analysis of two documents containing information about the mission of this service. The information collected in each of these stages was organized and analyzed based on Behavioral Systems Analysis. From this, precarious working conditions were identified, little effective involvement of the population in organizing the service, and extensive implications of the lack of clarity in guiding documents about how this service should operate, as well as the relationships established among the professionals who constitute it.

Keywords: behavior analysis in organizations; behavioral systems analysis; organizational diagnosis; strategic planning; multiprofessional health team.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação gráfica do modelo de Engenharia de Sistemas Comportamentais de Mallot (2003).	17
Figura 2 - Modelo de representação de informações em um Sistema Comportamental.	20
Figura 3 - Distribuição de perguntas e respostas em função dos componentes e participantes a que se referem com exemplos.	34
Figura 4 - Distribuição dos núcleos redigidos pelo autor de cada resposta de cada participante em função da pergunta que sucederam às respostas originais com exemplos.....	35

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Conjuntos de trechos selecionados dos documentos referentes ao componente “Sistema Processador” com destaques coloridos sinalizando partes que o autor selecionou como dados desse componente.	39
Quadro 2 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “O que você percebe como mais importante para orientar aquilo que você faz dentro do serviço de saúde multiprofissional?”.	45
Quadro 3 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “O que você entende por missão de uma organização?”.	47
Quadro 4 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Qual a missão do serviço de saúde multiprofissional da empresa?”	49
Quadro 5 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Quais são as outras instâncias da organização em que você atua que influenciam o que você faz? E de que modo influenciam?	51
Quadro 6 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Quais são as partes que constituem o serviço de saúde multiprofissional?”.	54
Quadro 7 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Quais as funções de cada uma dessas partes?”.	56
Quadro 8 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Quais são as atividades que você realiza dentro do serviço de saúde? Quais as mais importantes?”.	59
Quadro 9 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Quais são as partes que constituem o serviço de saúde multiprofissional?”.	65
Quadro 9 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Quais são as partes que constituem o serviço de saúde multiprofissional?”.	67
Quadro 10 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Quem é o público beneficiado por esses serviços ou produtos?”.	71

Quadro 11 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Esse público indica, direta ou indiretamente, se o serviço de saúde está funcionando adequadamente? Se sim, como?”.....	73
Quadro 12 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Quais são os resultados desses serviços ou produtos?”	75
Quadro 13 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “É relevante avaliar serviços de saúde multiprofissionais? Por que?”.....	77
Quadro 14 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Como a empresa sabe se o serviço de saúde está funcionando adequadamente?”.....	79
Quadro 15 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Você considera que esses critérios/indicadores são adequados para saber se o serviço funciona?”	81
Tabela 16 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Há outros critérios ou indicadores que você considera mais relevantes para avaliar o serviço de saúde?”	82
Quadro 17 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “É relevante avaliar o próprio trabalho? Por que?”	84
Quadro 18 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Se você avalia seu trabalho, de que modo o faz?”	86
Quadro 19 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “O que deve ser considerado para avaliar o próprio trabalho dentro de uma organização?”	89

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1. INTRODUÇÃO.....	15
2. OBJETIVO GERAL.....	27
2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3. MÉTODO.....	28
3.1. DELINEAMENTO DE PESQUISA.....	28
3.2. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA.....	28
3.3. PARTICIPANTES.....	31
3.4 PROCEDIMENTOS.....	32
3.4.1. Contato inicial com participantes.....	32
3.4.2. Coleta e análise de dados a respeito da missão do serviço de saúde multidisciplinar em documentos norteadores deste serviço.....	32
3.4.3. Coleta e análise de dados a respeito da missão do serviço de saúde multiprofissional a partir do relato dos profissionais que o compõem	33
3.4.4. Análise dos dados acerca da missão do serviço a partir de uma parcela do conhecimento produzido a respeito de Análise do Comportamento nas Organizações.	36
4. RESULTADOS E ANÁLISE.....	37
4.1. ENSAIO 01 - A ORGANIZAÇÃO EM QUE TRABALHO EXISTE OU É “MERA” LENDA? REFLEXÕES A RESPEITO DOS RISCOS DE ATUAR PROFISSIONALMENTE EM UM “SERVIÇO DE SAÚDE” MAL DEFINIDO	37
4.1.1. Exame dos aspectos descritos nos documentos a respeito do que é o “serviço de saúde”	38
4.1.2. Conjuntos de dados elaborados a partir das respostas das entrevistas a respeito do que é o “serviço de saúde”	44
4.1.3. Baixa clareza a respeito do que é o serviço, de como seus constituintes se relacionam, do quanto compreendem suas funções, e a existência de condições aversivas e de atuações fundamentadas apenas no que já é conhecido se constituem problemas para compreensão do que é o “serviço de saúde”	61
4.2. ENSAIO 02: NEM A MIM, NEM AOS OUTROS: A QUEM DE FATO SIRVO E QUÃO BEM O FAÇO? REFLEXÕES A RESPEITO DA DELIMITAÇÃO DE UM PÚBLICO PARA UM SERVIÇO DE SAÚDE MULTIPROFISSIONAL E DOS CRITÉRIOS USADOS PARA AVALIAR ESTE SERVIÇO.....	63

4.2.1. Exame dos aspectos descritos nos documentos a respeito de quem é beneficiado pelo serviço de saúde e de que forma avaliar este serviço	64
4.2.2. Exame dos conjuntos de dados desenvolvidos a partir das respostas dos participantes nas entrevistas a respeito de quem é beneficiado pelo serviço de saúde e de que forma avaliar este serviço.....	70
4.2.3. A falta de clareza a respeito de quem são os beneficiários do serviço e de como realizar avaliações do próprio trabalho, o uso indevido de medidas irrelevantes para avaliação dos processos organizacionais e a baixa qualidade das informações disponíveis sobre o serviço e sobre as atividades dos profissionais se constituem problemas para compreensão de quem é beneficiado pelo serviço e como o avaliar.	90
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
6. REFERÊNCIAS.....	97
7. APÊNDICES.....	102

APRESENTAÇÃO

A delimitação original deste trabalho foi desenvolvida da experiência do autor como psicólogo de um serviço de saúde do terceiro setor que atende pessoas com atrasos no desenvolvimento e transtorno do espectro autista. O objetivo inicial era de caracterizar os efeitos da avaliação da missão de um serviço de saúde multiprofissional sobre as percepções dos profissionais que o constituem referentes às relações entre o que fazem e esta missão. Havia como preocupação por parte do autor conseguir delimitar em algum grau uma parte das experiências vividas durante sua atuação, em especial, das observações feitas sobre o trabalho desenvolvido por ele e pelo serviço em que atuava. Durante o desenvolvimento deste trabalho, se tornou necessário mais uma vez observar os efeitos do que o autor realizava sobre as pessoas que ali trabalhavam, de modo que a proposta inicial sofreu mudanças para preservar o bom funcionamento do serviço.

Inicialmente seriam realizadas rodadas de entrevistas com dezessete profissionais, e seriam coletados dois conjuntos de informações, um que permitiria delimitar qual era a missão do serviço de saúde, e outro que permitiria identificar as percepções desses profissionais sobre o que faziam em relação a essa missão. Tratava-se de um trabalho que demandaria dos que ali trabalhavam tempo, condição em falta devido àquilo que já possuíam como responsabilidade, e esforço, condição extenuante considerando o quanto já eram sentidos os efeitos do desgaste com o próprio trabalho. Ainda assim, parte considerável dos profissionais topou o desafio, incentivando a expectativa inicial do autor de dar sentido à parte do que observará durante seu tempo de atuação. Entretanto, um imprevisto indesejável para quem desse serviço usufruía começou a ocorrer: uma parte dos profissionais entrevistados se desligaram da organização após as entrevistas feitas com o autor. Fosse por coincidência ou interferência direta, uma decisão precisou ser tomada, a proposta inicial de múltiplas rodadas foi suspensa e substituída por outra, menos potencialmente prejudicial.

No lugar de buscar caracterizar efeitos de um processo sobre o outro, foi almejado descrever com o maior cuidado possível os aspectos que interferiam com a concretização da missão desse serviço. Essa descrição originou-se das reflexões feitas pelo autor diante de aspectos referentes à missão do serviço que puderam ser coletados

em documentos sobre o serviço e com os profissionais, ainda que parcialmente, e de uma parte do conhecimento sobre a noção de comportamento e de sistemas comportamentais. Entretanto, por conta da redefinição do objetivo, um desafio ainda maior se apresentou: Afinal, como interpretar dados parciais coletados a partir de um procedimento que foi interrompido? Como trabalhar com informações coletadas parcialmente sem descaracterizá-las, e como “dar sentido” a elas (ou descobrir o sentido delas?) em um trabalho de cunho científico?

A primeira, e talvez maior, dificuldade encontrada foi a de selecionar um verbo que delimitasse a extensão das interpretações feitas a partir desses fragmentos de dados. Seria possível *identificar* o que interferiria com a execução da missão deste serviço? Ou seria mais apropriado dizer que o que era possível fazer com esses fragmentos de dados era no máximo *hipotetizar* essas interferências? Estabelecer como objetivo “identificar” parecia incoerente, afinal, por conta da impossibilidade de continuar as entrevistas, não seria possível sequer conferir com os profissionais se aquilo que foi supostamente identificado era coerente com o que faziam. Já “hipotetizar” também parecia não dar conta do escopo do que era possível fazer a partir dos dados. Seria possível criar hipóteses passíveis de verificação por outros? Os dados no formato em que se apresentam permitiriam ao autor elaborar boas hipóteses? Caso positivo, o quanto que o autor daria conta de elaborá-las?

No lugar de “identificar” e “hipotetizar”, o verbo *relacionar* foi pensado, porém, as relações seriam criadas ou descobertas? Se criadas, o verbo relacionar não se distinguiria de qualquer exercício da imaginação¹, e se descobertas, teriam de ser muito bem evidenciadas, de modo que “identificar” e “relacionar”, (identificar/descobrir), relações se tornassem mais próximos de verbos sinônimos do que distintos. Considerando essas dúvidas, optou-se por selecionar o verbo *refletir* para caracterizar o objetivo deste projeto. Trata-se de um verbo metafórico, com inúmeros possíveis significados. É relacionado com um “esforço cognitivo”, um pensar profundo a respeito de algo, ou ainda, a relacionar esse pensamento com outros tantos. Pode-se ainda ser feito de maneira predominantemente encoberta, pública ou mista.

¹ Não se distinguiria por não ser possível conferir se corresponde a relações realmente criadas. Talvez a compreensão de “relacionar” como “criar relações” fizesse sentido se o autor se propusesse a intervir diretamente sobre processos organizacionais ou comportamentais dos envolvidos no projeto. Porém, ainda que seja possível que determinadas relações tenham sofrido interferência indireta do autor e de seus procedimentos (sendo facilitadas, dificultadas, fortalecidas, enfraquecidas, etc...), não pareceu sensato adotar como objetivo esse sentido considerando sequer ser viável identificar esses efeitos sobre os envolvidos.

Um possível sentido ainda seria o de observar os próprios pensamentos e sentimentos relativos a algum evento, conjunto de eventos ou de relações entre eventos.

Ainda assim, por mais que “refletir” seja um verbo pouco claro, talvez fosse o que mais se aproximasse do que orientou a análise e interpretação dos dados. O autor considera que a resposta sobre como interpretar dados parciais a partir de procedimentos interrompidos sem descaracteriza-los (dando sentido a eles) seja produto do esforço de “refletir” sobre esses dados sem pressupor que deles seja viável sequer extrair boas hipóteses ou identificar processos reais, ou seja, tentando considera-los tal como o são, e não como poderiam vir a ser². É possível que outras estratégias para lidar com os dados que se obtiveram fossem mais proveitosos e coerentes com a preocupação de evitar descaracteriza-los, entretanto, o autor espera que o esforço desempenhado em “refletir” sobre esses dados da forma que o fez tenha valido a pena.

² Maiores explicações sobre como o verbo “refletir” orientou a análise e interpretação dos dados encontram-se na seção de método.

1. INTRODUÇÃO

Saber o que fazer, onde, quando, de que modo, e sobre o que intervir profissionalmente é mais difícil do que parece. Afinal, as técnicas e procedimentos de intervenção são como uma caixa de ferramentas: ter não significa saber de que modo ou em que momento as usar. Aquilo que é identificado por alguém em uma organização como um problema nem sempre justifica ou representa o que verdadeiramente deve ser objeto da atuação de psicólogos. Em um setor de saúde de uma empresa que atua diretamente com pessoas com deficiência intelectual e Transtorno do Espectro Autista (TEA), essa consideração é ainda mais relevante tendo em vista o desafio de articular diferentes entendimentos sobre deficiência, saúde e sobre a função desse setor na organização e em um contexto social mais amplo. Descobrir quais aspectos do trabalho de um setor de saúde em uma organização deste tipo constitui objeto de intervenção de psicólogos é um processo que pode revelar possíveis problemas da própria organização. Portanto, é uma exigência para analisá-los e, eventualmente, planejar estratégias efetivas e socialmente relevantes para resolver estes problemas.

A necessidade de descobrir sobre o que intervir em organizações para garantir resultados efetivos é antiga, e já existem tentativas diversas de múltiplas áreas do conhecimento para tentar saná-la. Uma dessas áreas, a Psicologia Organizacional e do Trabalho, contém procedimentos, regras e ferramentas diversas para essa atividade, que comumente são denominadas de “diagnóstico organizacional”. O diagnóstico organizacional é tido como ponto de partida importante para a elaboração de soluções estratégicas para organizações, para a economia de recursos diversos, para a melhoria na qualidade de vida dos trabalhadores, e para a qualidade dos produtos e serviços ofertados (Puente-Lapacios e Peixoto, 2015).

Entretanto, tão amplo quanto a diversidade dos benefícios de realizar o diagnóstico organizacional são os problemas sobre o que esse diagnóstico realmente é, como realizá-lo, e principalmente como avaliar sua efetividade. Conforme sintetizado por McFillen, O'Neil, Balzer e Varney (2013) em uma revisão sobre o processo de diagnóstico em organizações, as próprias definições de “diagnóstico organizacional” são pouco consensuais, e as produções científicas normalmente focam em realizar descrições sobre o processo de condução do diagnóstico, e não em demonstrar a efetividade ou pertinência de uma intervenção em detrimento de outras.

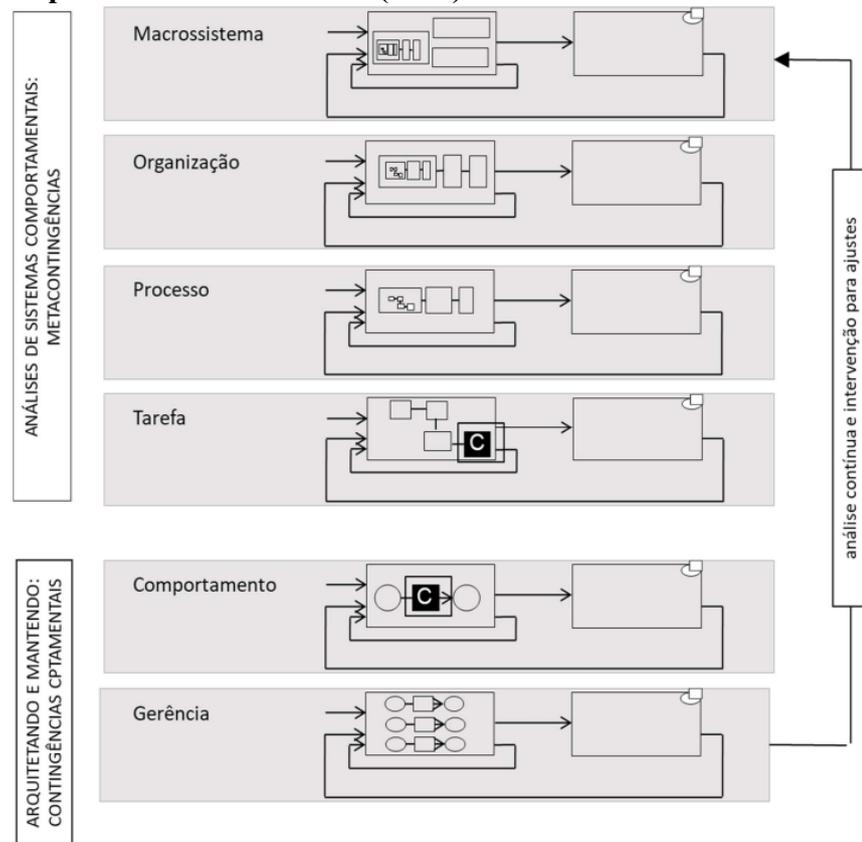
Assim, parece haver confusões entre a distinção do que é o processo diagnóstico organizacional e os instrumentos e modelos teóricos que o fundamentam. Bem como, entre diagnóstico como um nome dos processos de identificar e caracterizar necessidades de intervenção, e a avaliação da efetividade dessas intervenções. Conforme sintetizado por Gusso e Pitz (2018), a literatura de diagnóstico organizacional no âmbito da Psicologia descreve fundamentalmente processos psicológicos específicos das pessoas que compõem uma organização (satisfação, clima, comprometimento, etc) e não uma precisa caracterização da organização como um sistema social. Assim, McFillen *et al* (2013) indicam a importância de não apenas demonstrar os efeitos desse 'diagnóstico organizacional, mas também de revisitar as produções iniciais que descrevem aspectos fundamentais das teorias que embasam intervenções em organizações, e que não estejam unicamente atreladas a alguns processos psicológicos específicos e descontextualizados, conforme descrito por Gusso e Pitz (2018). Dentre elas, McFillen *et al* (2013) mencionam a contribuição do trabalho de Katz e Khan (1978), especificamente a respeito das implicações da noção de sistemas abertos na compreensão das organizações, em que sistemas abertos são constituídos por relações de trocas com os ambientes em que se encontram.

O trabalho de Katz e Khan (1978) sobre a noção de sistemas abertos é base para uma subárea da Psicologia Organizacional e do Trabalho denominada Análise do Comportamento nas Organizações, tradicionalmente conhecida pelo termo inglês *Organizational Behavior Management* (OBM) (Villas-Boas, Cassas e Gusso, 2017), que é constituída por trabalhos que podem servir para avaliar a efetividade de intervenções em organizações. Internacionalmente, ao menos três trabalhos destacáveis são os de Gilbert (1978), Rummler e Brache (1992) e Mallot (2003). O trabalho de Gilbert, em especial seu livro publicado em 1978 denominado “*Human Competence: Engineering Worthy Performance*”, apresenta várias de suas contribuições, entre elas, seu Modelo de Engenharia Comportamental (*Behavior Engineering Model* – BEM), tendo sido descrito por Houmanfar, Alavosius, Binder e Johnson (2019) como uma de suas contribuições mais relevantes, e é frequentemente utilizada como fundamento para diferentes modelos de gerenciamento de desempenho em organizações (Gusso e Pitz, 2018).

Já o Rummler e Brache (2013) sintetizam contribuições desenvolvidas por estes autores para aumentar a clareza sobre como diferentes níveis de uma organização (organizacional, de processos, e de tarefas) interagem entre si. O trabalho desses

autores foi fundamental para o desenvolvimento de contribuições posteriores, como por exemplo a área de Gestão de Processos de Negócios (BPM, da sigla em inglês). Trata-se de um trabalho que operacionaliza contribuições de diferentes autores e que, de acordo com Gusso e Pitz (2018), parece ter sido base para a elaboração do Modelo de Engenharia de Sistemas Comportamentais de Mallot (2003). Este último é uma proposta que compreende organizações como um tipo de sistema comportamental, um “grupo de elementos interdependentes que formam uma entidade”³ (Mallot, 2003, p. 31). Além disso, é composto por um complemento (Figura 01) aos três níveis de uma organização de Rummler e Brache (1992), a medida em que indica que uma organização deve ser compreendida não só por seus elementos estratégicos/organizacionais e seus subprocessos, mas também pelo contexto social em que essa organização atua, representado pela noção de “macrossistema”.

Figura 1 - Representação gráfica do modelo de Engenharia de Sistemas Comportamentais de Mallot (2003).



Fonte: Adaptado e traduzido por Dargas (2018).

³ Tradução livre do autor. No original: “A system is a group of interdependent elements that form an entity” (Mallot, 2003, p. 31).

A caracterização do macrosistema é condição fundamental para realização de intervenções em organizações. Isto é, a compreensão dos efeitos que uma organização deve produzir sobre seu contexto social, cultural, político e entre outros reduz a possibilidade do que Mallot (2003) descreve como “miopia organizacional”. Trata-se do risco de uma organização funcionar sem consideração para sua razão de existência, um exemplo indicado pela autora é a de empresas do ramo alimentício considerarem que sua missão seja a de vender alimentos, ao invés de considerar como missão os efeitos que a venda de seus alimentos tem sobre o macrosistema em que se encontra.

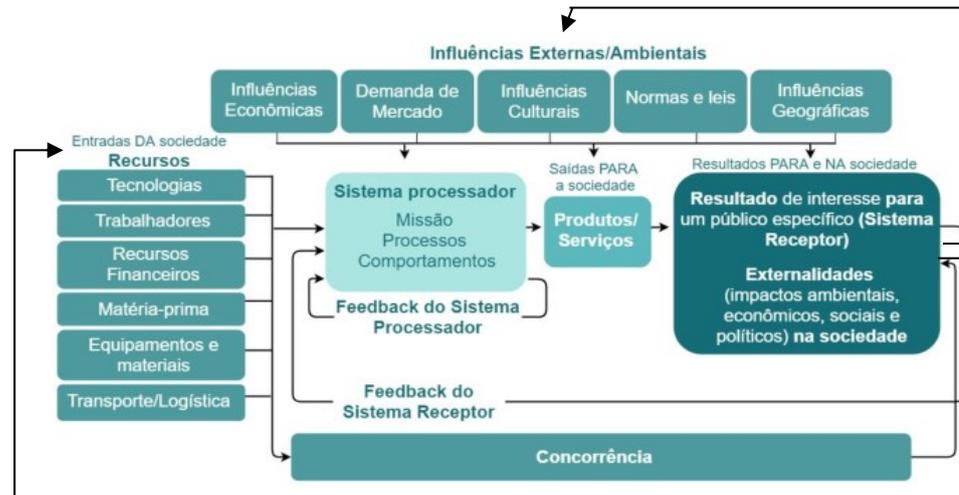
É a partir da caracterização do macrosistema que se torna possível realizar uma análise mais precisa do que Mallot (2003) denomina por “nível organizacional”. É o macrosistema que dará as informações que possibilitam a delimitação de uma missão, e por sua vez, é a delimitação da missão que deve orientar não só o que as pessoas dizem sobre uma organização, mas efetivamente o que as pessoas que a compõem fazem.

Assim, este nível organizacional é composto por oito componentes: 1) a missão; 2) os produtos; 3) o Sistema Receptor; 4) o feedback do Sistema Receptor; 5) o Sistema Processador; 6) o feedback do Sistema Processador; 7) os recursos; 8) a competição. A missão de uma organização é uma descrição constituída pelas características do contexto, ou macrosistema, em que ela se encontra. Trata-se de uma descrição que específica, a partir desses e de outros dados, o objetivo da organização de modo a explicitar quais resultados relevantes devem advir de suas atividades para a sociedade (Gusso e De Luca, 2017). Já os produtos são constituídos pelos produtos ou serviços prestados ou produzidos por uma organização, nesse sentido, uma organização pode mudar seus produtos ou serviços sem necessariamente mudar sua missão (Mallot, 2003). Um exemplo é considerar uma organização que tenha como parte de sua missão “gerenciar condições de saúde associadas a morar em áreas de risco de emergências ambientais” em uma determinada região, essa organização poderá fazer isso por meio de produtos diferentes. Pode, por exemplo, desenvolver campanhas de divulgação de possíveis riscos para os moradores. Pode também desenvolver serviços de monitoramento e avaliação desses riscos, ou ainda, poderá realizar atividades específicas de treinamento de profissionais que atendam demandas relacionadas de pessoas que vivem nessas áreas. Também podem realizar ações de interlocução com outras instituições para abrigamento dessas famílias, dentre outras inúmeras possibilidades.

Já o Sistema Receptor é constituído por todas as pessoas e empresas que usufruem dos produtos os serviços de uma organização, e o feedback desse sistema são as informações que indicam diferentes conjuntos de variáveis relevantes para a organização. Por sua vez, o Sistema Processador é constituído por todas as etapas realizadas em uma organização para a transformação de recursos nos produtos ou serviços oferecidos tipicamente, sendo que esse sistema é representado e identificado por diferentes setores ou processos internos. Assim, o feedback do Sistema Processador refere-se aos dados produzidos internamente pela organização para avaliar a qualidade, celeridade, dentre outras variáveis relevantes para seu funcionamento. Outro componente são os recursos necessários para produção e condução dos serviços, nesse sentido, são recursos não apenas os materiais e equipamentos físicos, mas também pessoas capacitadas e conhecimento disponível atualmente para que a organização exista. Por fim, o oitavo componente indicado por Mallot (2003) é a competição, isto é, outras organizações que utilizam os mesmos recursos necessários, e também outras organizações que atendam o mesmo público para fins similares.

Além desses oito componentes, Gusso e De Luca (2017) indicam outros três que são relevantes para a condução de intervenções em organizações: 1) o resultado; 2) as externalidades; 3) o Sistema Receptor das externalidades. O resultado refere-se aos efeitos que uma organização almeja criar por meio de seus produtos e serviços, já as externalidades são os subprodutos e demais decorrências indesejadas, inesperadas ou secundárias para o Sistema Receptor do próprio produto ou serviço, e o Sistema Receptor das externalidades são todas pessoas, empresas e demais dimensões da sociedade impactadas pela organização. Todos esses componentes podem ser representados visualmente de modo a evidenciar os dados contidos em cada um e as relações entre si (Figura 02).

Figura 2 - Modelo de representação de informações em um Sistema Comportamental.



Fonte: Adaptado pelo autor a partir da adaptação feita por Cardoso (2020), a partir de Gusso e De Luca (2017) e Mallot (2003).

A partir desses e de outros trabalhos, Gusso e De Luca (2017) desenvolveram uma definição de organização que permitisse maior visibilidade desses componentes. Para estes autores, organização é um “sistema de interações comportamentais orientado para a produção recorrente de resultados significativos para e na sociedade na qual ela se insere” (p. 28). Ao especificarem essas interações como sendo “comportamentais”, os autores baseiam-se na compreensão da noção básica de que comportamento, para a Análise do Comportamento, é, como descrito por Botomé (2015) e definido por Skinner (1984), um tipo específico de relação indissociável entre aquilo que um organismo faz, isto é, sua atividade, e o ambiente no qual isso ocorre. Assim, evidencia-se que os componentes nucleares de uma “organização” representados pelo Sistema Comportamental são o “Sistema processador”, os “Produtos/Serviços” e o componente de “Resultados”. Essa definição é acompanhada por algumas implicações que auxiliam a avaliar a linguagem utilizada para a redigir.

As primeiras implicações são a compreensão de que as interações entre os comportamentos das pessoas definem organização, não suas dimensões estruturais, e assim, que o que define “organização” não é o fato de ser constituída por pessoas, mas sim por comportamentos específicos dessas pessoas em interação, isto é, um sistema definido por um complexo de elementos em estado de interação. Ademais, outra implicação é a de que uma organização é orientada para produzir resultados específicos em um ou mais macrossistemas, e por conta disso, o que ela produz (serviços, produtos) é diferente do resultado produzido por meio destes produtos ou serviços

nesses macrossistema, e que assim esse resultado deve ter, por definição, relevância social (Gusso e De Luca, 2017).

Outras implicações são a compreensão da contínua interação da organização com outros sistemas comportamentais, isto é, a implicação de que todos os sistemas são abertos: sujeitos a interferência de variáveis “externas a si”. Além disso, esse sistema denominado “organização” perpetua determinadas práticas ainda que seus membros mudem, e, portanto, eventos, projetos e outras atividades circunstanciais não podem ser definidas como organizações, mas sim como fenômenos relacionados a elas. Por fim, a compreensão de que organizações são diferentes de empresas, estas últimas caracterizadas como entidades formalmente delimitadas, como por uma identidade jurídica (Gusso e De Luca, 2017).

Esta distinção entre empresa e organização implica também em compreender que o que é tipicamente identificado como um “setor” ou “departamento” de uma empresa pode também ser analisado e compreendido como uma organização, isto é, como um sistema comportamental. Nesse sentido, a decisão de analisar um setor de uma empresa como um sistema comportamental a nível organizacional ou a nível de processos deve ser realizada a partir de critérios específicos, como os objetivos de quem analisa, a viabilidade, a pertinência, e a utilidade de cada “recorte” de análise (Gusso e De Luca, 2017).

Assim, considerando essas contribuições, para descobrir sobre o que intervir em uma organização parece não ser suficiente realizar um “diagnóstico organizacional”, a medida em que este se limitar a processos psicológicos específicos como clima ou satisfação, e a medida em que existir confusões entre os instrumentos e procedimentos de diagnóstico e o próprio processo de “diagnosticar”. Desse modo, uma alternativa é realizar o que é denominado na literatura de Gerenciamento do Comportamento Organizacional de “Análise de Sistemas Comportamentais” ou *Behavior Systems Analysis – BSA* em inglês. Existem diferentes contribuições para a constituição do que é hoje conhecido por BSA, de modo geral, todas elas incluem uma investigação de múltiplos níveis de funcionamento da organização, desde a análise específica de problemas de desempenho de um grupo de trabalhadores, até os processos de trabalho e as características do nível organizacional e do macrossistema (Gusso e Pitz, 2018).

Realizar uma Análise de Sistemas Comportamentais permite produzir informações mais completas e fidedignas sobre as divergências entre o que um sistema

é em seu planejamento e o que ele é, ou deveria ser, na realidade. Trata-se de uma análise que pode ser usada também para produzir informações orientadoras para o planejamento estratégico, reduzindo os gastos dispendidos em ações ineficazes e diminuindo a probabilidade de ocorrência de riscos advindos do desconhecimento das características atuais desse sistema (Rummler e Brache, 1992). Outras vantagens da realização desta análise incluem: identificação de necessidades de mensuração de desempenho e maior clareza acerca dos processos de trabalho, dentre outras (Mallot, 2003).

Já existem produções nacionais que utilizam dessa análise em diferentes sistemas de diferentes empresas (e.g. Aureliano, 2018; Dargas, 2018; Gusso e Pitz, 2018; Almeida *et al*, 2015). Na tese de doutorado de Aureliano (2018), por exemplo, um instrumento foi adaptado a partir de Mallot (2003) para identificar e aperfeiçoar processos-chave em um serviço-escola voltado à formação de psicoterapeutas aptos a atender crianças com diagnóstico de autismo. Já na dissertação de Dargas (2018) o mesmo modelo foi utilizado para estruturar um departamento de recursos humanos de uma organização. Por sua vez, Gusso e Pitz (2018) descrevem um trabalho de proposição de missão de um *petshop* na cidade de Florianópolis-SC, enquanto Almeida *et al* (2015) descrevem um trabalho de assessoramento a presidência de um hospital por meio de um instrumento baseado no modelo de Diener, McGee e Miguel (2009).

Todas essas contribuições enfatizam o que Brethower, Dickinson, Johnson e Johnson (2021) analisam em seu trabalho sobre a preocupação das pesquisas em OBM de produzir dados sobre mudanças comportamentais decorrentes de intervenções em organizações, a despeito dos riscos enfrentados atualmente por conta do que estes autores indicam como “modismos”. Esses “modismos”, segundo Brethower *et al* (2021), poderiam afastar os pesquisadores interessados em OBM das preocupações iniciais de seus proponentes em efetivamente produzir boas evidências sobre o que fazem. Assim, ainda que a área de OBM apresente, tanto em sua história quanto atualmente, propostas que viabilizem a produção de evidências, é necessário cuidado para evitar os riscos já enfrentados por outras áreas de perpetuar “modismos” ou práticas já ultrapassadas.

Essa preocupação em demonstrar os efeitos do que é realizado em organizações também aparece em outros trabalhos nacionais, em especial na dissertação de Botomé (1980). Neste trabalho o autor descreve uma intervenção realizada na secretaria de saúde da cidade de São Paulo, a partir de uma compreensão que o ponto de partida

para intervir profissionalmente em organizações é caracterizar as necessidades sociais das pessoas que sofrerão os efeitos da intervenção. Pular essa etapa ou fazê-la incorretamente seria arriscar reproduzir técnicas e procedimentos sem considerar os efeitos destes sobre as pessoas. Outra possível decorrência seria ser cúmplice no controle indevido do comportamento de pessoas a partir das queixas e necessidades de terceiros (Botomé, 1996). A preocupação de não apenas avaliar os efeitos de uma intervenção, mas também de construí-la a partir de um bom entendimento das necessidades reais das pessoas, é aspecto nuclear para manter os modismos indicados por Brethower *et al* (2021) distantes das produções em OBM.

A partir das contribuições de Gilbert (1996), Rummler e Brache (1992), Mallot (2003) e das contribuições de Botomé (1980) e de Gusso e De Luca (2017) já é possível identificar algumas das dificuldades presentes no processo de descobrir quais aspectos do trabalho de um setor de saúde em uma organização da sociedade civil que atende pessoas com deficiência intelectual e TEA existem. Um desses problemas é identificar quais os efeitos de realizar esta análise sobre a identificação do que intervir em uma organização. Na revisão de Johnson, Casella, McGee e Lee, (2014) foram examinados artigos do *Journal of Organizational Behavior Management - JOB*M, uma das maiores revistas em OBM, com o objetivo de avaliar o estado atual do uso da BSA em intervenções organizacionais. Ao total 31 artigos que versavam sobre o BSA foram analisados, destes 71% foram de natureza teórica ou conceitual, 26% continham dados empíricos mínimos e 3% foram artigos que realizaram intervenções com comparações com um controle, enquanto apenas um artigo comparou o BSA com uma abordagem alternativa. Como conclusão desta revisão os autores argumentam não haver exemplos com controle experimental do uso da BSA na literatura em OBM, e hipotetizam que a complexidade dos contextos organizacionais pode ser um fator dificultador para realização desse tipo de estudo. Além disso, Johnson *et al* (2014) encerram sua revisão indicando que pesquisadores em OBM devem responder se o BSA facilita a seleção de intervenções por meio da identificação de intervenções que produzam mais benefícios possíveis sobre o desempenho de indivíduos e da própria organização, e também se esses benefícios valem a pena o esforço necessário para condução desse tipo de análise.

Por conta da complexidade dos contextos organizacionais, uma forma de caracterizar os efeitos de avaliar os componentes estratégicos de uma organização por meio da Análise de Sistemas Comportamentais é selecionar uma organização de menor

abrangência. A escolha de um setor de uma empresa como a organização a ser analisada permitiria caracterizar os efeitos da avaliação de seus componentes com mais precisão, e, além disso, permitiria maior envolvimento das pessoas que compõem esse setor no próprio processo de avaliação. Outra opção é a de selecionar um único componente estratégico para ser avaliado dentro desta organização, como a missão, o sistema processador, ou outro.

Sobre o envolvimento das pessoas que constituem uma organização na caracterização das necessidades dessa organização, Tunes e Simão (1998) relatam um trabalho realizado para melhoria do ensino em disciplinas das Ciências Exatas em 1977 pela professora Carolina Martuscelli Bori. Carolina, conforme descrito por Nale (1998) desenvolveu extensas contribuições fundamentadas pela Análise Experimental do Comportamento, como:

“(...) a importância da proposição de objetivos como primeiro passo na programação; a necessidade de, através de pesquisa empírica, buscar objetivos de ensino para além dos limites determinados pelo que tradicionalmente se ensina; a busca de alternativas inovadoras para a disposição de contingências de ensino; a concepção de atividades como recurso para o ensino de habilidades, conhecimentos, métodos etc”. (Nale, 1998, p, 275)

Carolina possibilitou como decorrência de seu trabalho o desenvolvimento de intervenções diversas no processo de formação de diferentes grupos de profissionais. Em um desses trabalhos, mencionado por Tunes e Simão (1998), foi necessário a organização de um grupo com os professores da disciplina de Ciências Exatas em que eram realizadas reuniões semanais sobre os principais problemas enfrentados por esses docentes. Durante essas reuniões, todas as indicações eram anotadas por membros do grupo de Carolina e posteriormente sistematizadas em um quadro que seria apresentado novamente aos professores na semana seguinte.

A cada apresentação os próprios professores se engajavam em propor possíveis soluções e também a corrigirem ou complementarem o que já haviam indicado em semanas posteriores. Este trabalho e um outro realizado por Carolina Bori e seu grupo de trabalho com professores do curso de Química levaram a uma reformulação do currículo do curso de graduação. As autoras indicam neste artigo que essa análise do relato dos participantes desses grupos da professora Carolina Bori poderia “trazer contribuições valiosas para a pesquisa básica em processos psicológicos humanos, uma vez que parecia permitir acesso e transformação em processos subjetivos dos participantes” (Tunes e Simão, 1998, p, 308). Ademais, indicam que em um dos estudos publicados por Carolina sobre este processo de análise do relato ela buscou

demonstrar que o conhecimento produzido a partir dessa análise poderia ser cientificamente válido.

Deste modo, parece pertinente caracterizar não só os efeitos que a avaliação de um componente estratégico de uma organização possa ter sobre o desempenho nas tarefas de rotina de quem as compõem, mas também identificar se a participação no processo de avaliação deste componente pode, por si próprio, produzir outras mudanças relevantes que beneficiem essas pessoas e a própria organização. A indicação de Tunes e Simão (1998) sobre o acesso ao que chamam de transformação em processos subjetivos dos participantes destaca que podem existir efeitos mais sutis da realização de processos como a Análise de Sistemas Comportamentais. Em um sistema comportamental menor, como um setor de uma empresa, é possível realizar esse processo de caracterização com todos os profissionais que o compõem. Este processo de caracterização conjunta pode ser suficiente para que estes profissionais se tornem mais capazes de analisar ao menos um dos componentes da organização da qual fazem parte e as relações entre o que fazem e este componente.

Deste modo, para saber sobre o que intervir em uma organização, é pertinente realizar não somente um diagnóstico organizacional voltado a processos psicológicos específicos, mas realizar uma análise do sistema comportamental que constitui a organização. Esta análise tipicamente envolve compreender uma organização em diferentes níveis (macrossistema, organizacional, de processos, dentre outros). Porém, esse tipo de análise pouco tem sido objeto de estudo que vise produzir dados empíricos sobre sua pertinência ou utilidade. Uma forma de produzir dados empíricos sobre seu uso é caracterizar quais são os efeitos de realizá-la em uma organização com menor número de pessoas, e ainda, selecionar um único componente estratégico para avaliar. Tal trabalho também pode ter extensa relevância social, se contribuir no desenvolvimento de uma organização de interesse público que atende a uma necessidade da sociedade, tal como um setor de saúde dentro de uma empresa que atua diretamente com pessoas com deficiência intelectual e Transtorno do Espectro Autista. Além de avaliar os efeitos sobre a própria organização ou sobre as tarefas de rotina de quem as compõem, é possível também caracterizar os efeitos dessa avaliação sobre aspectos subjetivos de quem a compõe, em especial sobre as percepções das relações entre o que essas pessoas fazem e um dos componentes que constituem este setor, em específico, sua missão.

A seleção da missão como o componente estratégico a ser avaliado é devido ao entendimento de que se trata do primeiro componente a ser caracterizado em uma Análise de Sistemas Comportamentais (Mallot, 2003). Ademais, é ainda um componente que possui relação direta com o fazer das pessoas que constituem um setor de saúde por ser constituído daquilo que deve decorrer da atividade destas pessoas, e assim, ser orientador do que estas pessoas devem fazer.

Além de auxiliar a responder o questionamento de Johnson et al (2014) sobre o quanto este tipo de análise produz benefícios que justifiquem os esforços dispendidos, e também a produzir dados empíricos sobre este tipo de trabalho, há também vantagens para o próprio trabalho desempenhado pelas pessoas que atuam em setores de saúde de empresas que atendem a esse público. Compreender o quão efetivo o processo de avaliação da missão é para produzir mudanças nas percepções desses profissionais pode viabilizar futuras intervenções mais efetivas para capacitá-los a avaliar criticamente o que fazem e a própria organização em que atuam. A urgência e utilidade de tornar esses profissionais mais capacitados a fazerem isto é evidenciada pelo mapeamento de Portolese, Bordini, Lowenthal, Zachi e Paula, (2017) dos serviços que prestam atendimento a pessoas com TEA no Brasil. No mapeamento, é indicado que atualmente a maioria das pessoas diagnosticadas com TEA recebem tratamento por Organizações do Terceiro Setor, que o número de instituições existentes é insuficiente, e que as organizações existentes possuem características muito distintas entre si, dificultando a padronização e avaliação da qualidade dos serviços prestados.

Assim, parece relevante caracterizar os efeitos da avaliação da missão de um serviço de saúde multiprofissional sobre as percepções dos profissionais que o constituem referentes às relações entre o que fazem e esta missão. No entanto, por ser necessário envolver os profissionais de uma organização, é necessária uma avaliação dos riscos potenciais envolvidos, de modo a identificar o grau de viabilidade desse envolvimento. Ademais, a descrição das decisões tomadas durante essa avaliação de viabilidade poderá ainda aumentar a clareza sobre as razões que tornam a recomendação de Johnson et al (2014) sobre controle experimental em intervenções com BSA de difícil execução. Desse modo, é pertinente refletir sobre os aspectos que interferem com a concretização da missão de um serviço de saúde multiprofissional do terceiro setor, tanto em relação a sua concretização pelos profissionais que compõem esse serviço, quanto em relação aos problemas encontrados durante essa investigação.

2. OBJETIVO GERAL

Refletir acerca dos aspectos que interferem com a execução da missão de um serviço de saúde multiprofissional do terceiro setor a partir de fragmentos de dados coletados em documentos a seu respeito, e com os profissionais que constituem esse serviço.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Coletar dados a respeito da missão de um serviço de saúde multiprofissional em documentos norteadores deste serviço e no relato dos profissionais que o compõem;

b) Analisar os dados acerca da missão do serviço a partir de fragmentos de dados obtidos por meio da coleta;

c) Relacionar os fragmentos de dados obtidos a partir dos documentos sobre o serviço, e os fragmentos de dados obtidos a partir das entrevistas com os profissionais

3. MÉTODO

3.1. DELINEAMENTO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória no formato de estudo de caso, constituída por diferentes procedimentos, que possuem características distintas. O primeiro deles se configura como uma pesquisa documental, pois um de seus procedimentos é a seleção e análise de documentos de dois documentos de modo a produzir dados a partir de produtos do comportamento verbal sobre a missão de um serviço de saúde multiprofissional (Andery, 2010). Desse modo, diferente de uma pesquisa bibliográfica, esses produtos ou documentos ainda não receberam tratamento analítico, constituindo-se assim fontes primárias de informação sobre esta missão (Sá-Silva, Almeida e Guindani, 2009, p. 6).

Além dessa pesquisa documental, também foi realizada uma análise do relato de sete participantes com relação à aspectos da realidade de cada um em relação a missão do serviço. Essa análise incluiu uma caracterização parcial desta missão conforme as pessoas que devem concretizá-la, e permitiu comparação com os dados da pesquisa documental. A partir da análise documental e da análise do relato dos participantes, foram feitas reflexões a respeito dos fragmentos de dados coletados.

3.2. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

O campo da pesquisa foi uma Organização da Sociedade Civil (OSC) que presta serviços a pessoas com deficiência intelectual/TEA localizada no estado de Santa Catarina.⁴ Esta organização existe há mais de 56 anos e atende cerca de 506⁵ pessoas que foram diagnosticadas com deficiência intelectual, atraso geral do desenvolvimento e/ou transtorno do espectro autista. As instâncias que concretizavam a função social da organização na sociedade poderiam ser divididas em dois grandes setores: o setor pedagógico, composto majoritariamente por professoras, auxiliares de sala, orientadoras pedagógicas e assessora pedagógica; e o setor clínico, composto por uma equipe multiprofissional com uma coordenadora, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, nutricionistas, e médica psiquiatra.

⁴ Dados a respeito do campo foram coletados pelo pesquisador durante sua experiência vinculado à instituição conforme descrito na seção de apresentação.

⁵ Dado retirado do sistema interno utilizado para cadastro de pessoas no dia 17 de março de 2022.

O setor clínico da organização, também conhecido por “equipe de saúde” ou serviço de saúde multiprofissional⁶, prestava serviços diversos aos alunos e suas famílias. Todos os profissionais da equipe realizam atendimentos diretamente com os alunos ou com suas famílias, e orientam quanto a: como desenvolver diferentes habilidades do aluno em casa, sobre seus direitos como cuidadores de pessoas com deficiência, sobre como manejar comportamentos difíceis, sobre a alimentação e demais dificuldades que tenham em relação aos cuidados com os alunos. Além disso, a equipe também realizava visitas domiciliares e às escolas, quando necessário, para orientar professores e demais profissionais. Os profissionais também faziam encaminhamentos para outros serviços da rede de saúde quando pertinente, e prestavam informações para esses serviços sobre diferentes aspectos do convívio familiar ou da saúde das pessoas atendidas.

Além dessas responsabilidades o serviço de saúde também realizava: a avaliação para isenção de imposto para compra de carro, a avaliação de redução de jornada de trabalho para servidores públicos, a avaliação para concessão de passe-livre inter e intramunicipal, orientação quanto adaptações dos ônibus que buscam os alunos em suas casas e das cadeiras de rodas que a instituição possui e a distribuição de cestas básicas e demais doações. Também realizavam orientações para os professores do setor pedagógico, mediação entre diferentes profissionais e serviços da rede e as famílias dos alunos, o preparo para ingresso no mercado de trabalho e desenvolvimento de habilidades laborais. Além disso, também faziam observação direta e indireta de comportamentos, a avaliação e orientação para transferência temporária dos alunos de suas escolas regulares para um serviço específico da instituição, a triagem para ingresso de novos alunos, e a confecção de diferentes materiais para fins terapêuticos (cartilhas, jogos, adaptações, etc...). Por fim, os profissionais do serviço também participavam esporadicamente de ações dentro da instituição, como por exemplo participarem do plantão para recepção dos alunos quando estes vinham para a instituição, servirem de “roteiristas”, isto é, pessoas que vão dentro do ônibus que buscava e levava os alunos para suas casas, ou ainda, participavam de eventos para arrecadação de verbas, como pasteladas, venda de rifas, pedágio, entre outras.

⁶Os termos “equipe de saúde”, “equipe técnica”, “setor clínico” e “serviço de saúde multiprofissional” serão utilizados como sinônimos. Após análise dos dados coletados neste estudo o uso será padronizado para aumentar a clareza.

A equipe do setor clínico trabalhava em regime CLT, e devia cumprir metas diárias. Cada profissional devia atender oito alunos por turno, cada atendimento tendo duração de trinta minutos. As únicas profissionais que não trabalhavam com base nessa meta diária eram a nutricionista, que auxiliava no planejamento e preparo de alimentos para os alunos que frequentam a instituição, duas fonoaudiólogas, que eram responsáveis por exames específicos, e o serviço odontológico que até a data de execução dos procedimentos não estava em funcionamento por falta de profissionais dentistas.

As pessoas atendidas pela equipe do setor clínico ingressavam na instituição de duas formas: Por meio de matrícula no setor pedagógico ou por encaminhamento da Unidade Básica de Saúde. Tradicionalmente só eram atendidos pelo setor clínico as pessoas que fossem matriculadas no setor pedagógico da instituição. Para tanto, é realizada uma avaliação de triagem pelo setor de psicologia, que deve averiguar se a pessoa avaliada se enquadra nos critérios da Fundação Catarinense de Educação Especial (FCEE) para matrícula em um dos seus serviços. Eram estes: Estimulação Precoce, Serviço Pedagógico Específico (SPE), Serviço de Atendimento Específico (SAE), Atendimento Educacional Especializado (AEE), Programa de Educação Profissional (PROEP), Programa de Atividades Laborais (PROAL) e Serviço de Convivência (Fundação Catarinense de Educação Especial – FCEE, 2021). Até o mês de março de 2022 o serviço de PROEP e PROAL não estavam organizados nas exigências da FCEE, assim, apesar de haver alunos matriculados nesses dois serviços eles operavam de modo similar a outros serviços da instituição⁷.

Cada um desses programas funcionava no turno matutino e vespertino. Os alunos eram matriculados de acordo com esses turnos, e cada serviço possui um funcionamento diferente. Os alunos do Serviço Pedagógico Específico, por exemplo, tipicamente vinham até a instituição todos os dias, por conta desse programa temporariamente substituir sua ida ao ensino regular. Já os alunos da Estimulação Precoce e do Atendimento Educacional Especializado vinham normalmente somente duas vezes por semana para atendimentos de trinta minutos. Para melhor organizar esses serviços, eles funcionavam em três setores diferentes, gerenciados cada um por uma orientadora pedagógica: 1) Setor Educacional, que de modo geral englobava

⁷ Informação obtida através do relato da coordenação da equipe de saúde, da gestão da instituição, e de profissionais da equipe de saúde responsável por um estudo inicial de condições mínimas para execução do PROEP e PROAL na instituição.

apenas os alunos até 17 anos e 11 meses, da Estimulação Precoce, AEE e SPE; 2) Setor das Oficinas, que inclui salas do PROEP e PROL, do Serviço de Convivência e do SAE; e por fim o 3) Setor Ocupacional, que também incluía algumas salas do Serviço de Convivência e do SAE⁸. Por decisão interna, os alunos atendidos pelo Setor Ocupacional tipicamente eram aqueles que possuem maior dependência para as Atividades de Vida Diária (AVDs)⁹.

Caso o usuário não atendesse os critérios de idade ou de grau de deficiência para algum desses serviços eles ainda poderiam ser atendidos pela equipe de saúde desde que possuam diagnóstico de deficiência intelectual (associada ou não a outras deficiências), transtorno do espectro autista ou atraso global do desenvolvimento. Isto se devia a um contrato da organização com o município para que a instituição servisse como unidade de referência de serviços de saúde e de assistência social a esse público. Entretanto, não podiam ser atendidos pelo setor pedagógico em nenhum de seus programas ou usufruir de alguns de seus outros serviços, como por exemplo o transporte em ônibus próprios da organização ou alimentação no refeitório.

Assim, o acesso da equipe de saúde aos alunos variava a depender destes serem usuários matriculados no setor pedagógico ou usuários advindos da Unidade Básica de Saúde que se encaixem apenas nos critérios para atendimento da equipe de saúde. Caso fossem alunos do setor pedagógico, era necessário que cada profissional construísse sua agenda junto com as professoras e orientadoras pedagógicas. Já caso apenas usuários da equipe de saúde, a construção da agenda era feita pela equipe.

3.3. PARTICIPANTES

A princípio, foram convidados um total de dezessete profissionais, foram estes: uma médica psiquiatra, dois fisioterapeutas, dos quais uma atuava também como coordenadora da equipe técnica, três psicólogos, uma nutricionista, três terapeutas ocupacionais, três assistentes sociais e quatro fonoaudiólogos. Participaram desta pesquisa sete desses profissionais que constituíam a equipe de saúde da organização que aceitaram participar da pesquisa e que não estavam afastados no período de realização do estudo.

⁸ Informações obtidas a partir dos documentos de 2022, utilizados pelas orientadoras pedagógicas de cada setor para enturmação de seus alunos.

⁹ Informação obtida a partir da interpretação do relato das três orientadoras pedagógicas dos três setores pedagógicos da instituição no mês de março de 2022.

3.4 PROCEDIMENTOS

3.4.1. Contato inicial com participantes

Foi apresentada à instituição uma carta solicitando anuência para a formalização e a condução da pesquisa (Apêndice A). Esta carta foi entregue após a discussão com a instituição sobre cada uma das etapas da pesquisa, seus objetivos, e possíveis decorrências positivas e negativas para os participantes e para as rotinas de trabalho. Após aprovação da instituição, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC e subsequentemente aprovado (Parecer número 5.533.641). Posteriormente foi realizado um convite aos profissionais da equipe de saúde por e-mail, para reduzir a possibilidade de que se sentissem pressionados a participarem. Nesse convite foram apresentadas as mesmas informações descritas no projeto submetido ao comitê, no formato de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B). Os profissionais que responderam ao e-mail foram contatados com antecedência para agendar horário com o pesquisador, onde indicaram possíveis dúvidas e pediram esclarecimentos sobre o convite quando necessário, por fim, assinaram uma cópia física do TCLE. Após assinatura, uma segunda cópia física foi entregue ao participante.

3.4.2. Coleta e análise de dados a respeito da missão do serviço de saúde multidisciplinar em documentos norteadores deste serviço

Para analisar a missão de um serviço de saúde multiprofissional a partir da descrição desta em documentos sobre este serviço e do relato dos profissionais que o compõem, foi necessário realizar uma pesquisa documental. Portanto, o objetivo desta etapa foi analisar dados contidos em diferentes documentos da instituição sobre o serviço de saúde multiprofissional, a fim de caracterizar a missão desse serviço. Para tanto, foram consultadas a gestora da organização, a coordenadora do serviço de saúde multidisciplinar, e a assessora pedagógica para que indicassem documentos que consideravam pertinentes para essa caracterização. Foram indicados dois documentos, um foi o Regimento Interno da organização (27 páginas), e o outro foi um documento que abrangência estadual intitulado “Revisão do manual de normas técnicas para serviços de reabilitação em deficiência intelectual e/ou distúrbio do espectro autista”, elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC) com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Santa Catarina (COSEM), internamente conhecido pelos participantes entrevistados como “Manual do SUS” (25 páginas). Uma vez

identificados e coletados, esses documentos foram lidos na íntegra, e os trechos que contivessem informações que ajudassem a caracterizar a missão do serviço foram analisados, destacados e organizados em um protocolo de observação próprio (Apêndice C).

Essa organização foi feita por meio do destaque e análise dos trechos a partir dos cinco componentes que constituem a missão de uma organização, conforme descritos por Mallot (2003): 1) sistema processador, isto é, as diferentes instâncias ou partes da organização que concretizam o serviço ou são responsáveis pelos produtos ofertados; 2) o produto da organização, isto é, o que o serviço de saúde produz ou quais serviços prestam; 3) o feedback do sistema receptor da organização, isto é, quaisquer dados que o público atendido pelo serviço possa apresentar para gerenciamento do serviço; 4) o sistema receptor da organização, isto é, quais os públicos atendidos por esta organização e 5) o feedback do sistema processador da organização, isto é, os dados que o serviço produz para monitorar a fidedignidade entre o que é feito e o que constitui sua responsabilidade social.

A partir dos dados coletados e organizados no protocolo de observação foram identificadas possíveis ambiguidades, aspectos nucleares e secundários e variações de escrita entre diferentes documentos, e lacunas presentes considerando o conhecimento já produzido sobre serviços de saúde multiprofissionais, sobre Análise do Comportamento nas Organizações, e considerando também as categorias de análise presentes no protocolo, e Feito isso, essas ambiguidades, variações de escrita, lacunas, e demais dados foram utilizados no próximo procedimento da pesquisa para formular perguntas na etapa de avaliação junto aos participantes de forma a evidenciar, corrigir ou aperfeiçoar essas informações.

3.4.3. Coleta e análise de dados a respeito da missão do serviço de saúde multiprofissional a partir do relato dos profissionais que o compõem

Após a pesquisa documental a respeito da missão do serviço, foram agendadas entrevistas com os participantes. Para isso, as entrevistas ocorreram de forma semiestruturada de modo individual com cada participante em local e horário previamente combinados e com as menores chances de distratores. A entrevista levou cerca de 40 a 50 minutos com cada profissional, e para avaliar junto com os profissionais a missão do serviço, o pesquisador solicitou que as entrevistas fossem gravadas, e registrou cursivamente os dados mais relevantes durante a entrevista. Após

isso, para atenuar as chances de registro incorreto ou de perdas de informações relevantes, o pesquisador sintetizou as respostas de cada participante ao final, e solicitou que corrigissem, complementassem, ou aperfeiçoassem suas respostas.

Para coletar dados acerca da missão do serviço de saúde multiprofissional foi utilizado um roteiro de entrevista que continha perguntas para coletar informações sobre diferentes componentes pertinentes. De modo a possibilitar comparação entre os dados coletados na pesquisa documental com os coletados com os profissionais, os componentes desta etapa foram os mesmos usados na análise documental. Para a realização da entrevista, um roteiro foi elaborado contendo as perguntas referentes a cada componente (Apêndice D). As respostas obtidas foram organizadas em uma tabela (Figura 03) em função do componente a qual fazem referência. Cada conjunto de dados foi dividido por participante por meio do recurso de criação de abas distintas disponibilizado pelo *software* Excel 2016.

Figura 3 - Distribuição de perguntas e respostas em função dos componentes e participantes a que se referem com exemplos.

TIPO	PERGUNTA	PA	RESPOSTA
Sistema receptor	Quem é o público beneficiado por esses serviços ou produtos?	1	Autor: Quem que é o público beneficiado por esses serviços e produtos do serviço de saúde? Profissional: Olha, eu vejo aqui hoje que o público... A maior parte do nosso público é um público carente. Um público que tem pouco acesso à saúde, ou quase ou nenhum plano, né? De saúde aqui. Só num caso bem específico quem tem plano. O pessoal realmente, a gente pode... Não sei se é essa palavra, mais carente. É mais esse público que, pelo menos, chega até a gente que tá procurando esse serviço.
		2	Autor: Quem é o público beneficiado por todos esses serviços e produtos? Profissional: Crianças, né? De 0 a 6, e tem alguns adultos; poucos, uns 4 ou 5. A princípio são os de 0 a 6.
		3	Autor: Quem que é o público beneficiado por esses serviços ou esses produtos? Já falando do sistema geral, tá? Profissional: Beneficiados? São os alunos, né? São os TEA, são os PC 's paralisia cerebral, são os down, são os hiperativos, são os que têm perdas auditivas severas... Autor: Os alunos TEA, PC, Síndrome de Down, os hiperativos e os que têm as perdas auditivas, né? Profissional: Perdas auditivas severas, são os que usam os aparelhos auditivos.
		4	Autor: Tá, agora a gente já passou da metade. A próxima pergunta é quem que é o público beneficiado por esses serviços ou produtos? Profissional: Os alunos da instituição e os alunos que chegam pelo SUS, pela rede.
		5	Autor: Agora tu me conta: quem que é o público beneficiado por esses serviços ou produtos? Profissional: Também vou responder aquilo que eu acho e o que eu acredito. Não, pera aí, aquilo que eu acredito e aquilo que acontece. Autor: Tá, sim. Profissional Eu acredito que é promover saúde, como eu disse, promover saúde mental, saúde física... fazer visitas, elaborar material. Cara, seria o ideal, sabe? Para você conseguir ir muito além, mas hoje quem se beneficia acaba sendo mais a [Nome da Instituição]. Por essa questão de metas. Se não tivesse isso, daria muito certo, claro que é assim, né, tem famílias que acabaram aderindo algumas, né? O serviço também, né? Às vezes por serem muito vulneráveis, mas aí parece que faz de conta. Autor Então, na realidade, o maior beneficiário daquilo que é feito é a própria instituição. E naquilo que deveria acontecer, os beneficiários seriam? Profissional: : Deveriam ser os alunos; os alunos e as famílias, a comunidade que necessita dos serviços.
		6	Autor: Inclusive, a próxima parte que a gente vai entrar fala em específico sobre isso. A gente já passou da metade, tá? Hoje, quem é o público beneficiado por esses serviços ou produtos do serviço como um todo? Profissional: São as pessoas com autismo, né? Deficientes intelectuais, atraso no desenvolvimento... esse é o público. E os pais, né? Tem a questão também dos estagiários, que também vem né, de todas as áreas: fono, TO, enfim que dá... mas hoje em dia a gente não consegue pegar essa demanda, né? Mas antigamente, a gente conseguia, quer dizer, a gente dava conta, né? (...) Por que sempre fica alguma coisa, imagina, com essa questão de meta, a meta pega muito então, limita mais, mas estagiário seria bem importante também, né? Principalmente psicologia, acho que seria bem importante.
		7	Autor: E quem que é o público beneficiado por todos esses serviços? Profissional: : Pessoas com deficiência intelectual e múltipla. Pessoas que estão dentro do Transtorno do Espectro Autismo, que é um número até que bem significativo. Deficiência intelectual, retardo mental, transtorno do espectro autista do nível 1 ao 3. Autor: uhum. Profissional: : De crianças a idosos

Fonte: Elaborado pelo autor.

Após organizados, foram destacados os aspectos que, de acordo com o autor, melhor respondiam as perguntas, ou seja, considerados núcleos das respostas. Esses aspectos foram então reescritos em conjuntos de dados para aumentar o grau de clareza da redação e então organizados em outra figura (Figura 04). A nova redação foi criada para destacar o que foi considerado nuclear, e facilitar a análise posterior dos fragmentos de dados. Também foram inclusos antes de cada resposta a categoria do profissional que foi entrevistado, demais informações foram omitidas para preservação do anonimato.

Figura 4 - Distribuição dos núcleos redigidos pelo autor de cada resposta de cada participante em função da pergunta que sucederam às respostas originais com exemplos.

Part.	Conjuntos
1	Fisioterapeuta: Maior parte é o público carente , que tem pouco acesso à saúde, nenhum ou quase nenhum plano de saúde. É esse o público que chega até a gente, que tá procurando esse serviço.
2	Terapeuta Ocupacional: Crianças de 0 a 6 anos , e tem alguns adultos, poucos, uns 4 ou 5. A princípio são os de 0 a 6.
3	Fonoaudiólogo: São os alunos, são os TEA , os PC paralisia cerebral , são os down , são os hiperativos, são os que tem perdas auditivas severas, os que usam aparelhos auditivos
4	Terapeuta Ocupacional: Os alunos da instituição e os alunos que chegam pelo SUS , pela rede.
5	Psicóloga: Hoje quem se beneficia mais é a empresa por conta da questão de metas, os beneficiários deveriam ser os alunos e as famílias, a comunidade que necessita dos serviços.
6	Psicóloga: São as pessoas com autismo, deficientes intelectuais, atrasos no desenvolvimento. Esse é o público. E os pais . Tem também a questão dos estagiários , que tem vem né. Porém, a meta pega muito, limita mais, mas estagiário seria bem importante. Principalmente psicologia.
7	Terapeuta Ocupacional: Pessoas com deficiência intelectual e múltipla, pessoas que estão dentro do Transtorno do Espectro Autista, que é um número bem significativo. Deficiência intelectual, retardo mental, transtorno do espectro autista nível 1 ao 3. De crianças a idosos.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Uma vez organizados, cada conjunto foi relido e comparado com a resposta original, caso houvesse necessidade de correção ou complementação da nova redação eles foram corrigidos e complementados. Os aspectos considerados não-nucleares pelo autor foram repetições feitas pelos participantes, comentários feitos não relacionados à pergunta, e solicitações ou dúvidas dos participantes indicadas ao pesquisador. Nos casos em que os participantes descreviam exemplos específicos, o pesquisador

realizou abstrações dos exemplos para compor ideias gerais que viessem a ser consideradas como conjuntos de dados nucleares.

3.4.4. Análise dos dados acerca da missão do serviço a partir de uma parcela do conhecimento produzido a respeito de Análise do Comportamento nas Organizações.

Após a coleta e distribuição dos dados referentes aos documentos e às entrevistas, foi utilizado um procedimento para facilitar a análise desses dados. Para tanto, as tabelas dos dados dos documentos e as tabelas das respostas dos participantes foram separadas em dois grupos de acordo com o volume de dados. O primeiro grupo conteve as respostas dos participantes às perguntas dos componentes “Missão” e “Sistema Processador”, e também as informações dos documentos referentes ao “Sistema Processador”. Já o segundo grupo conteve as respostas dos participantes às perguntas dos componentes “Produtos e Resultados”, “Sistema Receptor”, “Feedback do Sistema Receptor” e “Feedback do Sistema Processador” e também as informações dos documentos referentes ao “Sistema Receptor”

Para cada grupo, uma tese foi elaborada e apresentada em uma seção deste trabalho em formato de ensaio. A tese foi elaborada a partir do seguinte processo: O autor interpretou cada conjunto de dados formados a partir dos núcleos das respostas dos participantes. As interpretações se constituíram de formulação de diferentes relações entre: a) núcleos de respostas dentro de cada conjunto de dados; b) núcleos de respostas e os dados coletados durante a análise documental; c) núcleos de respostas e diferentes contribuições com as quais o autor esteve familiarizado em algum grau, e que constituíam na opinião deste, uma contribuição relacionada a diferentes aspectos da literatura a respeito de Análise do Comportamento, e mais especificamente, acerca da Análise do Comportamento nas Organizações.

Após a etapa de interpretações, o autor revisou o texto formado a respeito de cada conjunto de dados, e formulou diferentes teses que as interpretações criadas possibilitariam defender, em algum grau, e que foram consideradas pelo autor como relevantes para explicitar possíveis aspectos que interferem com a concretização da missão de um serviço de saúde multiprofissional. Conforme indicado na apresentação deste trabalho, este processo de análise se constituiu após a delimitação original ser interrompida, para fins de comparação e análise, o método da pesquisa original foi incluído ao final deste trabalho (Apêndice E).

4. RESULTADOS E ANÁLISE

Esta seção foi organizada em dois ensaios. O primeiro foi intitulado “A Organização em que trabalho existe ou é “mera lenda? Reflexões a respeito dos riscos de atuar profissional em um “Serviço de Saúde” mal definido.” Já o segundo ensaio foi intitulado “Nem a mim, nem aos outros: a quem de fato sirvo e o quão bem o faço? Reflexões a respeito da delimitação de um público para um serviço de saúde multiprofissional e dos critérios usados para avaliar este serviço. Cada ensaio é constituído por três partes, a primeira com a descrição e exame dos dados dos documentos, a segunda com a descrição e exame dos dados das entrevistas, e a terceira como uma síntese ambos os dados e relação com o objetivo geral.

4.1. ENSAIO 01 - A ORGANIZAÇÃO EM QUE TRABALHO EXISTE OU É “MERA” LENDA? REFLEXÕES A RESPEITO DOS RISCOS DE ATUAR PROFISSIONALMENTE EM UM “SERVIÇO DE SAÚDE” MAL DEFINIDO

O que fazer quando se está diante de um problema que muda a todo instante? Trabalhar em uma empresa é se relacionar com problemas distintos em diferentes configurações, e diante de cada um deles, agir de modo diferenciado para que deixem de ser os problemas que são. Para os profissionais que queiram avaliar uma organização, ou mesmo o próprio desempenho, ou ainda, para os profissionais que queiram executar seu trabalho de modo ético, talvez um dos primeiros e mais importantes desses problemas seja conseguir compreender em qual “organização” se está trabalhando. Trata-se da “organização” descrita em documentos da empresa em que se atua? Ou da “organização” em que os profissionais de recrutamento e seleção indicam que alguém atuará? Trata-se da “organização” possível considerando as condições que se tem? Ou ainda, trata-se da “organização” estabelecida entre diferentes funcionários, que nem sempre condiz com a “organização” descrita nos documentos? O que fazer, então, quando em uma empresa do terceiro setor, por exemplo, não seja possível saber com clareza em qual “organização” alguém atua?

Elaborar e selecionar o que fazer, e em quais circunstâncias fazer, orientando-se em função de consequências relevantes para quem se beneficia desse serviço, parece ser um bom primeiro passo. Na empresa do terceiro setor selecionada, diferentes documentos e pessoas deveriam ajudar a esclarecer isto. Uma das possíveis “organizações” que podem ser objeto dessa análise é a que se convencionou a chamar

de “serviço de saúde”. Ler documentos que descrevam esse serviço, e conversar com as pessoas que, em tese, o constituem possibilita aumentar o grau de clareza sobre o que considerar para elaborar e selecionar o que fazer, diante do que, e para produzir consequências relevantes para os usuários do serviço. Entretanto, a pergunta permanece, o que fazer quando se está diante de um problema que muda a todo instante? Em outras palavras, o que fazer caso existam discordâncias ou desconhecimento a respeito do que fazer, diante do que, e para que fins? Em especial, como lidar com esses problemas considerando que o “serviço de saúde” em si esteja sendo alvo de interferências cada vez mais intensas que exijam redefinições a seu respeito? Nesse sentido, é prudente considerar que não exista apenas um “serviço de saúde”, e que o que existem são termos aparentemente intercambiáveis utilizados para se referir a diferentes conjuntos de dados difíceis de serem distinguidos.

Assim, são muitas as implicações para quem atua nesse “serviço” e para as pessoas que dele usufruem. Compreensões destoantes sobre o que é o “serviço de saúde” e de como este deve funcionar atrapalham a execução de atividades socialmente relevantes de modo ético e coerente com os recursos disponíveis. Interferem, também, em como diferentes profissionais desse serviço avaliam seus desempenhos e a forma de exercer seu trabalho e na forma que diferentes setores dentro desse “serviço” interagem entre si. Por sua vez, entendimentos distintos sobre o que precisa ser feito por alguém ou por algum setor produzem dificuldades de interação entre as pessoas que constituem esse “serviço”, e de quem dele usufruí, e comprometerão inclusive o próprio bem-estar dessas pessoas.

4.1.1. Exame dos aspectos descritos nos documentos a respeito do que é o “serviço de saúde”

De modo a garantir o bom funcionamento dos processos e o bem-estar das pessoas envolvidas com este serviço, dois documentos foram indicados como importantes para orientá-lo. Um deles foi o “Regimento Interno” da empresa selecionada, e o outro foi o documento denominado “Revisão do manual de normas técnicas para serviços de reabilitação em deficiência intelectual e/ou distúrbio do espectro autista”, internamente conhecido pelos participantes entrevistados como “Manual do SUS”. Abaixo o Quadro 1 que contém os trechos de ambos os documentos referentes aos componentes do sistema processador do serviço, isto é, as diferentes

instâncias ou partes da organização que concretizam o serviço ou são responsáveis pelos produtos ofertados.

Quadro 1 - Conjuntos de trechos selecionados dos documentos referentes ao componente “Sistema Processador” com destaques coloridos sinalizando partes que o autor selecionou como dados desse componente.

(continua)

REGIMENTO INTERNO	"MANUAL DO SUS"
Trecho	Trecho
A [Dados da Instituição], é uma associação civil, filantrópica, de caráter assistencial, educacional, cultural, de saúde, de estudo e pesquisa, desportivo e outros , sem fins lucrativos, com duração indeterminada, tendo sede e foro na [Nome da Cidade], Estado de Santa Catarina	A Portaria 1.635/2002, publicada pelo Ministério da Saúde, objetivou organizar o atendimento às pessoas com deficiência intelectual e/ou distúrbio do espectro autista no SUS, garantindo às mesmas assistências por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar , utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas, identificando e acompanhando esta população.
" Organizar e fazer funcionar o CAESP, Clínicas e Oficinas dentro das possibilidades da Entidade."	Esta portaria incluiu no SIA – SUS o procedimento 38.081.01-6, cuja descrição era: Acompanhamento de Pacientes que Necessitam de Estimulação Neuro – Sensorial, que “consiste no conjunto de atividades individuais de estimulação sensorial e psicomotora, realizada por equipe multiprofissional , visando à reeducação das funções cognitivas e sensoriais. Inclui avaliação, estimulação e orientação relacionadas ao desenvolvimento da pessoa portadora de deficiência intelectual e/ou distúrbio do espectro autista”.
As atividades deverão ser desenvolvidas conforme a programação, mas podem sofrer alterações, propostas pelos técnicos .	Ø Oferece programa de reabilitação individual por meio de: equipe multidisciplinar , instalações físicas, equipamentos, materiais e recursos terapêuticos.
As atividades físicas devem ser integradas à área de fisioterapia (psicomotricidade) e atividade ocupacional , através de atividades que visem a liberação de agressividade, esquema corporal, desenvolvimento motor, etc...	Para contratualizar com os gestores do SUS ao qual está vinculado, o Serviço de Reabilitação de Deficiência Intelectual e/ou Distúrbio do Espectro Autista deverá contar, minimamente, com a equipe dos seguintes profissionais de saúde, devidamente registrados em seus respectivos Conselhos Regionais, conforme o que estipula a Portaria MS/SAS 492, de 30 de abril de 2013: Médico Neurologista ou Psiquiatra – com título de especialista pela respectiva Associação Médica Brasileira ou residência reconhecida pelo MEC; Fonoaudiólogo; Psicólogo; Terapeuta Ocupacional.
Os programas adaptados serão submetidos à aprovação da Diretoria "ad referendum" do Conselho de Administração da Entidade .	O Serviço de Reabilitação de Deficiência Intelectual e/ou Distúrbio do Espectro Autista também poderá contar com equipe complementar, com os seguintes profissionais, devidamente registrados em seus respectivos Conselhos Regionais: Fisioterapeuta, Assistente Social, Médico Clínica, e/ou Pediatra

Quadro 2 - Conjuntos de trechos selecionados dos documentos referentes ao componente “Sistema Processador” com destaques coloridos sinalizando partes que o autor selecionou como dados desse componente.

(conclusão)

REGIMENTO INTERNO	"MANUAL DO SUS"
Trecho	Trecho
O Clube de Mães tem por finalidade promover a integração entre [nome da instituição] e a Família e contribuir para obtenção de recursos, de alguma forma, sempre que possível para Entidade.	O serviço deverá contar com um responsável técnico , devidamente habilitado, o qual deverá ser, imprescindivelmente, um dos profissionais da equipe mínima obrigatória ou da equipe complementar, e que somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado no Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município onde está instalado o serviço ou cidade circunvizinha, podendo, entretanto, atuar como profissional em outro serviço credenciado pelo SUS, desde que instalado no mesmo município ou cidade circunvizinha.
O Clube de Mães estará vinculado ao serviço social e será orientado pelo Assistente Social da Entidade.	5.1. Avaliação multiprofissional da Deficiência Intelectual e/ou Distúrbio do Espectro Autista. A avaliação deve ser realizada pela equipe multiprofissional, composta por médico psiquiatra ou neurologista e profissionais da área de reabilitação , com a finalidade de estabelecer o impacto e repercussões no desenvolvimento global do indivíduo e na sua funcionalidade.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

O “Regimento Interno” não possui em sua redação uma indicação de sua finalidade, entretanto, um regimento interno tem a função de apresentar informações a respeito da estrutura da organização e das relações entre as partes que as constituem. Portanto, por se tratar do “Regimento Interno” da empresa como um todo, é possível que verse também a respeito do “serviço de saúde”, de modo a auxiliar a identificar o que este é, ou deveria ser. Já o “Manual do SUS”, apresenta em sua redação a finalidade de “*Guiar os serviços que se integram ao SUS, para que, com qualidade, faça-se cumprir o preconizado pela norma: incluir o usuário, no exercício de sua cidadania*” (ESTADO DE SANTA CATARINA, 2013, p.4).

No decorrer do regimento interno da empresa, são feitas referências a possíveis partes do “Serviço de Saúde”. É destacado, por exemplo, que a empresa possui um “*caráter assistencial, educacional, cultural, de saúde¹⁰, de estudo e pesquisa, desportivo e outros*”. E que deve, enquanto entidade, “*organizar e fazer funcionar o [omitido], Clínicas e Oficinas dentro das possibilidades da entidade*”. É ainda mencionado que dentro da empresa deve ocorrer um programa denominado “Estimulação Precoce”, que deverá ser coordenado por uma “*equipe multiprofissional*”

¹⁰ Os grifos apresentados nesta e nas próximas sessões são todos do autor deste trabalho para auxiliar a evidenciar diferentes aspectos relevantes para constituição da interpretação desses dados.

que envolve uma abordagem interdisciplinar (...)”. Em outra seção a respeito da distribuição dos alunos em diferentes programas é mencionado que cabe ao “**corpo técnico**” programar as atividades de cada programa, e que, portanto, essas atividades poderão sofrer mudanças pelos “**técnicos**”. Em outra seção é indicado que as atividades físicas feitas pelos alunos deverão “*(...) ser integradas à área de fisioterapia (psicomotricidade) e atividade ocupacional.*” Também é indicado que os programas que forem adaptados pelos técnicos, deverão ser submetidos a aprovação de uma “**Diretoria “ad referendum” do Conselho de Administração da Entidade**”. E por fim, que um “**Clube de Mães**” deverá existir para realizar a integração entre entidade e família dos alunos, além de ser “*orientado pelo Assistente Social*” e vinculado ao “**serviço social**”.

Assim, logo no primeiro documento selecionado já é possível identificar alguns pontos de destaque. Em nenhum momento é mencionado um “serviço de saúde”. Talvez os termos que mais se aproximassem deste fossem: Clínicas, equipe multiprofissional, corpo técnico, e técnicos. No entanto, não é destacado quais profissionais fazem parte desse grupo. Da mesma forma, não é indicado se participam do “Clube de Mães” profissionais que fazem parte desse grupo, dificultando compreender a extensão do “serviço de saúde”. Por fim, fica pouco claro também o uso dos termos “fisioterapia” e “psicomotricidade”, que apesar de terem significados distintos aparecem juntos. Seria a psicomotricidade realizada pela área de fisioterapia? Seriam áreas distintas, porém complementares? E quanto à “atividade ocupacional”? Trata-se de uma especificação do trabalho dos fisioterapeutas? Trata-se de um campo de atuação de diferentes profissionais dentro da entidade? Ou será que se refere aos profissionais da Terapia Ocupacional?

Além disto, é destacado que a empresa possui diferentes “caráteres”, sendo um deles a “saúde”. Porém, fica pouco claro qual o sentido dado a palavra “caráter” aqui. Trata-se de uma descrição de diferentes setores dentro da entidade ou trata-se de diferentes ênfases ou focos que a entidade possui em seus diferentes setores? Caso seja esse último, quais as implicações para uma compreensão do que é um “serviço de saúde” existente na entidade? Como são distinguidos esses diferentes caracteres pelos profissionais que constituem esse serviço?

Já o “Manual do SUS” contém as seguintes referências a como o “serviço de saúde” deve funcionar. É indicado que a organização do atendimento às pessoas com deficiência intelectual e/ou distúrbio do espectro autista no SUS deve ser intermediado

por uma **“equipe multiprofissional e multidisciplinar”**. Esta “equipe multiprofissional” deve ser composta obrigatoriamente por um médico neurologista ou psiquiatra com título de especialista, fonoaudiólogo, psicólogo, e terapeuta ocupacional. Também pode ser complementada por fisioterapeuta, assistente social e médico clínico e/ou pediatra. Apesar de manter com maior consistência o uso do termo “equipe multiprofissional”, parece haver conflito entre este documento e o Regimento Interno da empresa no que diz respeito a obrigatoriedade de haver fisioterapeuta constituindo essa equipe. Afinal, se é necessário que as atividades físicas sejam integradas a área de fisioterapia, não seria o fisioterapeuta profissional também obrigatório?

Deste modo, as dúvidas formuladas pelo exame desses dois documentos demonstram a necessidade de realizar distinções entre: o que é um “serviço de saúde” e o que são “serviços em saúde”, e também entre o que é uma “equipe multidisciplinar” e um “corpo técnico/técnicos”. Feito isso, também seria necessário reavaliar a linguagem utilizada nos documentos de modo a identificar com maior clareza quem constituiu essa equipe/corpo técnico, e se existem relações relevantes entre esses e outras partes referidas nos documentos (como o Clube de Mães e a Diretoria do Conselho de Administração da Entidade), ou ainda, para conseguir com maior precisão averiguar a existência de outros possíveis problemas.

Kubo e Botomé (2005), ao examinarem as expressões “Psicologia da Saúde” e “Psicologia em Saúde”, evidenciam a possibilidade que a expressão “Psicologia da Saúde” seja inadequada. A inadequação seria resultado desta expressão contemplar apenas os fenômenos, relações entre fenômenos, recursos, procedimentos ou técnicas do campo de atuação ou área de conhecimento da “Saúde” já conhecidos tradicionalmente. Em contrapartida, a expressão “Psicologia em Saúde” parece ser mais apropriada pois enfatiza “saúde” não como uma área de conhecimento ou campo de atuação (em que psicólogos atuam a partir de, ou com aquilo que já está estabelecido), mas sim como fenômeno a ser interpretado à luz do próprio objeto de estudo da Psicologia.

De forma análoga, parece prudente considerar que o “caráter de saúde” descrito no documento se refira à conhecimentos e práticas que não sejam integralmente representativas das possibilidades de agir e produzir conhecimento e intervir “em saúde”. Cada profissional citado nos documentos possui formações distintas (médicos, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros...), e conseqüentemente, objetos de estudos

distintos que podem ultrapassar o que já está estabelecido (pelo mercado de trabalho, por exemplo), como sendo “da saúde”.

Ao levar em conta apenas o Regimento Interno da empresa não é possível identificar se os “caráteres” apresentados se referem à setores estruturalmente distintos ou à processos realizados por profissionais independentemente de seus setores. Porém, a distinção análoga feita a partir do texto de Kubo e Botomé (2005) permite oferecer uma resposta parcial para a pergunta de quais seriam as implicações para a compreensão de “serviço de saúde”. Se “de saúde” refere-se à uma atuação restrita pelos interesses do mercado do trabalho, e “em saúde” pelas possibilidades que a formação de cada profissional oferece, então, dizer se existe um setor estruturalmente distinto denominado “serviço de saúde” é irrelevante. Irrelevante no sentido de não eximir a responsabilidade de cada profissional, e da empresa que os contrata, de buscar ultrapassar o que é demandado pelo mercado para atender às necessidades reais de quem usufrui desse serviço.

No entanto, a resposta é apenas parcial pois se não está delimitado no próprio Regimento Interno da empresa o que esse serviço é, será que ele de fato existe? E se existe, o que exatamente delimita sua existência? Seria sua estrutura (constituída pelo que?) ou as relações estabelecidas entre as partes de sua estrutura (que podem ou não existir). É possível, por exemplo, haver um grupo ou conjunto de diferentes profissionais de diferentes áreas que recebe o nome de “corpo técnico” ou “equipe multidisciplinar” por mera facilidade de realizar a gestão de uma parte de suas atividades (por exemplo, para ser viável acompanhar se a meta de atendimento está sendo atingida).

Portanto, a existência de um nome específico (“corpo técnico” ou “equipe multidisciplinar”), junto à existência de uma gestão das partes que constituem esse nome, não significa que um “serviço em/de saúde” composto por essa “equipe” ou este “corpo” seja realmente funcionalmente interligado de maneiras relevantes. Para que fosse possível descobrir se essas relações entre as partes deste “serviço em/de saúde” existem, e quais são, seria antes necessário descobrir se o que constitui esse serviço são um grupo de profissionais (corpo técnico) ou uma equipe. Existem muitas formas de distinguir grupos e equipes, e essa distinção requer compreender se esses profissionais trabalham em função dos mesmos objetivos (que poderiam ser os próprios objetivos do serviço como um todo), e se o trabalho desses profissionais é realizado de maneira desassociada ou não de seus colegas.

Em síntese, os dois documentos selecionados permitem descobrir aspectos a respeito do “serviço de/em Saúde” que requerem exame. Não é possível identificar se o serviço existe em termos estruturais, ou se existem relações funcionais que o delimitariam como um setor distinto de outros. Para tanto, seria necessário descobrir se os profissionais que supostamente o compõem na realidade atuam em função dos mesmos objetivos, e se o trabalho realizado por estes é ou não interligado entre si, e de qual modo. Também seria necessário compreender se o trabalho destes profissionais está pautado no que é possível (ou exigido) pelo mercado de trabalho, ou se está pautado nas possibilidades de intervenção fundamentadas nas próprias áreas de conhecimento de cada profissional. Ou seja, se existir um serviço, descobrir se ele é “de saúde”, ou “em saúde”¹¹.

4.1.2. Conjuntos de dados elaborados a partir das respostas das entrevistas a respeito do que é o “serviço de saúde”

Em expressões populares é possível encontrar bons recursos para considerar alguns dos problemas da vida cotidiana. Por exemplo, a expressão “*The helpless being led by the clueless*¹²” permite considerar a possibilidade de que aquilo que é orientador, nem sempre orienta para uma direção produtiva. Será possível que parte das dúvidas criadas pelos documentos sejam sanadas pelas respostas dos profissionais entrevistados a respeito do serviço? Se os documentos que deveriam orientar o trabalho produzem conflitos devido sua baixa clareza, os que executam esse trabalho orientados por estes documentos certamente terão um discurso conflituoso a respeito do que é o “serviço de saúde”.

Quando questionados acerca do que é importante para orientar o próprio trabalho no serviço de saúde, os profissionais indicaram aspectos diferentes. Abaixo no Quadro 2 estão apresentados os conjuntos de dados desenvolvidos a partir do que cada participante respondeu.

¹¹ Ainda que haja diferenças entre os dois termos que devem ser melhor esclarecidas, o termo que será utilizado daqui em diante para se referir ao serviço será “serviço de saúde”.

¹² Tradução própria: O incapaz sendo guiado pelo desinformado.

Quadro 3 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “O que você percebe como mais importante para orientar aquilo que você faz dentro do serviço de saúde multiprofissional?”.

Part.	Conjuntos
1	Fisioterapeuta: Querer sempre melhorar o atendimento e a gestão dos atendimentos e das pessoas envolvidas
2	Terapeuta Ocupacional: Orientar as pessoas a respeito de seus próprios objetivos de atendimento
3	Fonoaudiólogo: Dar condições mínimas de comunicação para quem atende
4	Terapeuta Ocupacional: Saber o grau de gravidade das pessoas que irá atender, dentre outras informações sobre essas pessoas
5	Psicóloga: A ética, e ter orientações sobre a ética no trabalho
6	As capacitações e feedbacks sobre o próprio trabalho
7	Psicóloga: A comunicação entre todos os setores

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

O primeiro conjunto parece não ser específico ao “serviço de saúde” da empresa selecionada. Aperfeiçoar o próprio trabalho é mais um processo pertinente a diferentes profissionais das mais diversas áreas e campos de atuação. Assim, este primeiro conjunto não evidencia o que justificaria a melhoria do atendimento, afinal, o que está sendo levado em consideração para dizer que o que é feito já não é bom? Será que é suficiente para considerar não ser? Além disso, melhorar significaria o que, exatamente? Qualquer atividade pode ser aperfeiçoada, porém, para tanto é necessário esclarecer, aperfeiçoada em relação ao que?

Já o quarto, o sexto e o sétimo conjunto indicados se constituem mais como pré-requisitos para a execução de certas atividades do que conjuntos orientadores. Ter *feedbacks* e capacitações, por exemplo, são formas de modificar/corrigir/aperfeiçoar o trabalho exercido por alguém (Sleiman, Sigurjonsdottir, Elnes, Gage, e Gravina, 2020), porém, não necessariamente esclarecem o que precisa ser feito considerando o contexto de trabalho. Será que os *feedbacks* recebidos são orientadores suficientes a respeito do que fazer em um serviço de saúde multiprofissional? *Feedbacks* de quem? Será que esses “*feedbacks*” são mesmo *feedbacks*? E se são, será que estão orientados pelo que deve ser feito dentro de um serviço de saúde, ou estão orientados a ensinar os profissionais a aquiescerem-se à interesses de outras pessoas? E, nesse sentido, manterem os problemas que beneficiam os detentores de poder, e não as necessidades sociais que o serviço deveria sanar? Afinal, conforme já exposto por Botomé (1996, p. 6), “O que fazer diante de uma solicitação de uma poderosa agência da comunidade na qual esse problema está fundamentalmente envolvido?”? Parece plausível concluir

que o que é feito diante de solicitações como essa nem sempre será fundamentado no que é mais relevante (para a comunidade atendida).

Será mesmo que tudo aquilo que é aprendido em uma capacitação deve ser reproduzido? Quais aspectos relacionados a comunicação entre os setores precisam ser considerados? Trata-se de considerar o que cada setor faz? Ou trata de considerar as relações entre o que outros setores precisam e aquilo que é feito pelo profissional? Será que basta conhecer os dados das pessoas atendidas? Que dados são esses e de que forma são conhecidos?

Da mesma forma, o quinto conjunto parece representar um problema semelhante. A ética pode ser compreendida como uma dimensão de todos os comportamentos profissionais (Dittrich e Abib, 2004; Carvalho, Da Silva, Kienen, e De Melo, 2017). Nesse sentido, carece de complementação, quais os aspectos éticos que devem orientar o trabalho de um profissional em um serviço de saúde profissional? Seria o que está contido no conjunto de dados coletados pela resposta do segundo participante, que destaca a necessidade de orientar as pessoas que atende a respeito de quais são seus objetivos, uma parte dessa ética?

De modo geral, no que diz respeito ao que os profissionais consideram importante para orientar o trabalho realizado por eles requer complementações e esclarecimentos. É possível que a própria pergunta tenha interferido na incompletude ou falta de clareza dessas respostas. Afinal, a pergunta pressupõe que os entrevistados reconhecem de que tudo aquilo que é feito por eles é feito em função de algo, e que este algo, portanto, orienta o fazer. No entanto, será que o que orienta esses profissionais é inteiramente conhecido por eles? E se é conhecido, será que seriam aspectos relevantes? Afinal, o quanto as respostas realmente condizem com aquilo que os profissionais entendem como orientadores aos seus próprios comportamentos, e o quanto são respostas utilizadas para evitar críticas ou exposição?

Posteriormente, quando questionados a respeito do que entendem por missão de uma organização, os profissionais novamente indicaram aspectos diferentes. Abaixo no Quadro 03, estão sintetizados os conjuntos de dados desenvolvidos a partir do que cada participante respondeu.

Quadro 4 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “O que você entende por missão de uma organização?”

Part.	Conjuntos
1	Fisioterapeuta: Buscar excelência naquilo que é oferecido e fazer sempre muito bem aquilo que você se propõe a fazer.
2	Terapeuta Ocupacional: A equipe estar bem para focar na qualidade, na excelência de todos os serviços prestados, no cuidado com os clientes (pacientes e demais pessoas)
3	Fonoaudiólogo: Dar suporte necessário para que o profissional desenvolva seu melhor
4	Terapeuta Ocupacional: Haver capacitação para profissional sobre o público que será atendido, sobre as burocracias internas, e sobre demais protocolos e regras de trabalho.
5	Psicóloga: Os valores, treinar o profissional para exercer o cargo, sobre as condutas que devem tomar com determinado aluno.
6	Psicóloga: Valorizar o funcionário, humanizar os funcionários, acolher os funcionários
7	Terapeuta Ocupacional: Saúde e bem-estar (psicossocial, físico, econômico) e englobar também questões de vulnerabilidade devido existência de setor de assistência.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

De modo geral, os destaques referem-se a aspectos da relação entre os profissionais e a própria organização, do que da relação entre o trabalho deles e a função da organização. É possível que o uso do termo “missão” em detrimento de outros, como “objetivo”, diminua essa compreensão? Ou ainda, cabe examinar o quanto esses profissionais foram preparados para compreender a relação que deve existir entre o que fazem, e a função que o próprio serviço de saúde possui.

O primeiro conjunto indicado descreve que a missão de uma organização é “buscar excelência naquilo que é oferecido”. Porém, oferecer o que? Quais serviços e produtos? A missão de uma organização é meramente oferecer, ou também é garantir que aquilo que é oferecido seja usufruído, e que por meio desse usufruto diferentes resultados sejam atingidos? Além disso, é oferecer a quem? Em parte, o segundo conjunto parece incluir como clientes não apenas os “pacientes”, mas também demais pessoas envolvidas. Que pessoas seriam essas?

Ademais, tanto o segundo, o terceiro, o quarto, o quinto e o sexto conjuntos parecem destacar que a missão de uma organização é providenciar condições para seus funcionários, para, por exemplo, “focarem na qualidade” e “desenvolver seu melhor”. Novamente, não há indicação de qual deve ser o objeto daquilo que é focar na qualidade ou desenvolver seu melhor. Também é possível que a ênfase em obter condições seja devido a alguma falha no processo de socialização (ou integração) de

novos funcionários, isto é, na etapa de explicação das regras, burocracias e demais informações que orientem o funcionário novo (Van Maanen, 1996).

Já o terceiro e sexto conjunto parecem fazer referência a condições sentidas pelos entrevistados (necessidade de suporte, humanização e acolhimento) que talvez reflitam sentimentos que surgem no decorrer da execução de suas atividades. Nesse sentido, é possível que estejam em vigor condições aversivas para estes funcionários, ou ainda, que não haja amparo da empresa para com eles. Nesse sentido, ainda que a missão de uma organização não seja valorizar ou humanizar os funcionários, ou ainda treinar e acolhe-los, sem dúvidas não é possível que a missão real seja cumprida sem que estas condições estejam presentes.

Já o sétimo conjunto é constituído por termos como “saúde”, “bem-estar” e “vulnerabilidade”. Porém, é pouco claro o que esses dados significam no contexto da pergunta. Todas as organizações devem prezar pela saúde e bem-estar e considerar “questões de vulnerabilidade”, porém, nem todas tem isso como resultado nuclear de suas atividades. A noção de externalidades utilizada por Gusso e De Luca (2017), refere-se justamente às decorrências (indesejadas, inesperadas ou secundárias) que são produzidas para as pessoas que usufruem de certos serviços, ou mesmo para outras parcelas da sociedade. Assim, o bem-estar das pessoas (atendidas ou não) deve ser, assim como a ética, uma dimensão considerada em todas etapas de produção de determinados resultados por uma organização.

Além disso, é destacado que “englobar também questões de vulnerabilidade” ocorra devido a existência de um setor dentro da empresa (setor de assistência), porém, não seria prudente considerar “questões de vulnerabilidade” independentemente da existência de um setor de assistência? Não seria a vulnerabilidade social uma noção inclusive passível de estudo pela psicologia, como já indicado por Scott, Prola, Siqueira e Pereira (2018)? O que está sendo considerado nesta indicação? Da mesma forma este dado parece destacar novamente o problema encontrado no Regimento Interno da empresa, em que é indicado que esta possui diferentes caráteres, porém, não fica claro se estes caráteres são setores (e, portanto, o setor de assistência ficaria encarregado das “questões de vulnerabilidade”), ou ênfases que devem perpassar todos os setores. Caso sejam ênfases, o sétimo entrevistado parece não considerar deste modo.

Já na terceira pergunta, quando questionados a respeito de qual é a missão do serviço de saúde, os profissionais novamente indicaram aspetos diferentes. Abaixo no

Quadro 04 estão sintetizados os conjuntos de dados desenvolvidos a partir do que cada participante respondeu.

Quadro 5 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Qual a missão do serviço de saúde multiprofissional da empresa?”

Part.	Conjuntos
1	Fisioterapeuta: Buscar excelência dentro da proposta da saúde. Melhorar a qualidade de vida dos alunos. Amenizar as dificuldades e problemas deles
2	Terapeuta Ocupacional: Atender nossos clientes/pacientes com afeto. Atender bem, empatia e cuidado com as crianças e com os pacientes.
3	Fonoaudiólogo: Dar suporte para os familiares e para outros profissionais a respeito da comunicação das pessoas atendidas.
4	Terapeuta Ocupacional: Atender a demanda do SUS e a demanda externa. Atender as famílias que precisam desse serviço. Acho que é só pra atender demanda do SUS e do município. Atender no quesito de burocracias, não de qualidade.
5	Psicóloga: No ideal é promover saúde, trabalhar com prevenção, acolher as famílias e rede de apoio. No real é apagar incêndio sem dar efetividade e continuidade. Bater meta e atender aluno.
6	Psicóloga: Acolher as famílias e os funcionários. Porém atualmente não há missão e nem a gestão sabe disso, fica apenas no site.
7	Terapeuta Ocupacional: Saúde e bem-estar psicossocial. Oferecer atendimento mais humanizado e contato interpessoal. Contato mais próximo com famílias vendo sua situação para dar acolhimento e atendimento mais qualificado.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Os conjuntos indicados de modo geral não se distinguem dos mencionados a respeito do que é uma missão de uma organização. Parece haver pouca clareza do que distingue a missão do serviço de saúde multiprofissional da missão de tantas outras organizações. Reitera-se aqui o possível desconhecimento ou despreparo dos profissionais em distinguir missão ou objetivo, e atividades para executar essa missão. Os trechos que apresentam possíveis objetivos possuem ênfases diferentes de cada profissional sobre o que constitui a missão do serviço. O primeiro conjunto indica, por exemplo, que a missão é “melhorar a qualidade de vida dos alunos” e “amenizar as dificuldades e problemas deles”, e o quinto conjunto complementa indicando que no ideal a missão seria “promover saúde”, “trabalhar com prevenção” e “acolher as famílias”. Há nesses fragmentos a ênfase em resultados a serem produzidos por meio do trabalho dos profissionais. Ainda que, novamente, a expressão desses resultados seja pouco específica para caracterizar especificamente o serviço da empresa selecionada.

Já no segundo, terceiro, sexto e sétimo conjunto existem ênfases em processos que provavelmente constituem parte do que é necessário para produzir esses

resultados. Por exemplo, “atender nossos clientes/pacientes”, “dar suporte para os familiares e outros profissionais”, “acolher as famílias e os funcionários”, “oferecer atendimentos mais humanizado e contato interpessoal”. A última ênfase que esses conjuntos contêm são os qualificadores de como esses processos devem ser realizados para produzirem a melhora na qualidade de vida, amenização de problemas, etc. Por exemplo, o segundo conjunto indica ter que atender “com afeto”, “empatia” e “cuidado”, ou ainda, o sétimo conjunto indica que o atendimento é “mais humanizado”, com “contato mais próximo com famílias vendo sua situação”.

Como presente em outras perguntas, há novamente nesse conjunto de respostas diferentes menções a diferentes sujeitos como “clientes”, “profissionais” e “famílias”. Ademais, há também a menção no sexto conjunto da inexistência de uma missão real, e em seu lugar, apenas uma missão declarada no site institucional e desconhecida pela própria gestão. Nesse sentido, ao buscar no site institucional da empresa, a missão encontrada é “Promover a inclusão e a melhoria da qualidade de vida de todas as pessoas.”, ao mesmo tempo, no próprio Regimento Interno da instituição, a missão é “Ser uma (Nome omitido) de excelência com o objetivo de oferecer atendimentos de Educação, Saúde e Assistência Social, direcionados a melhoria da qualidade de vida da pessoa com Deficiência Intelectual e Múltipla e TEA e a construção da cidadania através de uma sociedade inclusiva”. Nenhuma dessas duas missões possui em sua redação a “promoção de saúde” “trabalhar com prevenção” e o “acolher as famílias”. Dessa forma, o problema não parece ser apenas a inexistência de uma missão ou o desconhecimento da gestão a respeito dela, mas também a falta de consistência em sua redação e o uso de termos pouco claros.

Posteriormente, quando questionados a respeito de quais outras instâncias da organização em que atuam que influenciam o que fazem, e de que modo influenciam, os profissionais novamente indicaram aspectos diferentes. Abaixo na Tabela 05 estão sintetizados os conjuntos de dados desenvolvidos a partir do que cada participante respondeu.

Quadro 6 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Quais são as outras instâncias da organização em que você atua que influenciam o que você faz? E de que modo influenciam?”

Part.	Conjuntos
1	Fisioterapeuta: A questão administrativa: Negativamente Pouco aval, tanto jurídico quando a questão de equipamento.
2	Terapeuta Ocupacional: Coordenação e direção: Negativamente, não deixa motivada, é interferência que não agrega, ficamos cansados de ouvir e não dá vontade de atender, você vê que as coisas não se organizam, o espaço para atender não é bom, tem que dividir sala e anotar tudo. Não se preocupa com qualidade, é meta. Sem tempo para fazer coisas no computador de registro de três tabelas. Hoje em dia tem menos perseguição. É incompatível o que tem que fazer.
3	Fonoaudiólogo: Gerência e coordenação: Jogam para nós e esperam que a gente resolva, dizem “leva para fono que ele resolve”, com os psicólogos se alguém surta chama eles. A gente não consegue. Não dá ouvidos ao profissional, não buscam entender o que o profissional está passando. Outros profissionais: Quando traz junto o trabalho fica mais fácil. Porém, cada um tem que saber sua função e focar na sua própria responsabilidade
4	Terapeuta Ocupacional: A equipe de saúde: -Sem indicação- ¹³ Direção e coordenação: Negativamente, tem que dividir sala, não tem espaço adequado para atender. Não tem tempo para discussão de caso, não tem organização efetiva para fazer visitas.
5	Psicóloga: Setor pedagógico e clínico: Não há união. Empresa ¹⁴ : Só existe o pedagógico, não existe o corpo clínico. Colegas de saúde: Muitas visões do senso-comum em relação aos colegas e que batem com os valores nossos. Fazem julgamentos e não amparam.
6	Psicóloga: Gestão e coordenação: Não tem gestão nem coordenação. Tem questões burocráticas para fazer que impedem de atender os alunos. Meta de atendimento complica muito. Ter que bater de frente para poder fazer atividades outras que não atender, lidar com as consequências disso tendo que ser chamado “na frente”, lidar com <i>burnout</i> e ansiedade.
7	Terapeuta Ocupacional: Equipe de saúde/Setor de psicologia Influenciam de forma bem ampla, é complicado. Dar e receber orientações. Não sentam para conversar comigo, para ver planejamento, não há troca. Fico de lado enquanto a pessoa está interagindo com a criança e me aproximo quando ela se afasta. Assistência do Centro-Dia: -Sem indicação- Educação: Influenciam de forma bem ampla. É complicado.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

De modo geral, os profissionais destacaram influência da “questão administrativa”, “coordenação”, “direção”, “gerência”, “outros profissionais”, “equipe

¹³ Neste caso e também no aspecto sétimo, o entrevistado citou uma instância, porém, não elaborou qual a influência desta instância em seu trabalho. O entrevistador não identificou no momento da entrevista para poder conferir.

¹⁴ Neste caso, o participante citou o nome da empresa, o nome foi omitido para preservar o anonimato. Em seu lugar inserida o termo “Empresa”.

de saúde”, “setor pedagógico”, “setor clínico”, “Empresa”, “colegas de saúde”, “equipe de saúde” e “setor de psicologia”. Os termos utilizados não possuem consistência e são indicativos do desconhecimento ou da indefinição das “partes” que constituem empresa. Haveria distinção entre “coordenação”, “direção” e “gerência”, ou será que os participantes utilizam os termos indiscriminadamente? Ou ainda, o que querem se referir ao dizer “questão administrativa”? Trata-se de uma instância separada da “direção” ou da “gerência”, ou trata-se de processos administrativos realizados por pessoas em diferentes instâncias? Ou ainda, quando é citado a própria empresa como instância, está referindo-se a empresa como um todo, ou uma impressão presente em grande parte dela, ou a outra interpretação?

Ao se referirem à “coordenação” e “direção e “gerência”, as influências destacadas foram negativas. Há menção dos efeitos dessas instâncias sobre as pessoas, por exemplo, no segundo e no sexto conjunto: “não dá vontade de atender”, “não deixa motivada”, “ficamos cansados de ouvir”, “*burnout*”, “ansiedade”. Parece haver condições aversivas criadas por essas instâncias que explicam, ao menos em parte, as impressões destacadas (“jogam para nós”, “não se preocupa com qualidade, é meta”, “ser chamado na frente”). Condições aversivas produzem efeitos diversos sobre o comportamento das pessoas, desde promover um relato distorcido ou incoerente com a realidade, até inibir quaisquer atividades relevantes para priorizar a fuga ou esquiva das condições aversivas. Como indicado por Sidman (2009, p.184), “Já se disse que mentirosos são punidos não tanto porque os outros não acreditam neles, mas porque eles não podem acreditar nos outros.”.

Assim, um contexto de trabalho em que os funcionários aprenderam que relatar dificuldades implicaria em falta de cuidado, e um contexto em que os sentimentos de ansiedade não são levados a sério, certamente favoreceria a incoerência nos relatos dos funcionários (seja relatando sentimentos incondizentes com o que de fato sentem, ou seja diminuindo a chance de relatarem). Ademais, manter-se sob feito dessas condições por tempo prolongado não apenas favoreceria relatos destoantes sobre o próprio trabalho, mas também poderia aumentar as chances de os funcionários sentirem-se desanimados, procrastinarem, e acumularem alto grau de estresse (Santos, 2021)

Entretanto, a partir da indicação presente no quinto conjunto de que os colegas tem “muitas visões do senso-comum” e que estas “batem com os valores nossos” e de que estes ainda “Fazem julgamentos e não amparam”, é possível que estes também

favoreçam as condições aversivas sentidas entre si. O terceiro conjunto complementa essa ideia descrevendo que “quando traz junto o trabalho fica mais fácil. Porém, cada um tem que saber sua função e focar na sua própria responsabilidade”. Assim, as condições aversivas favorecidas pela própria empresa eventualmente são reproduzidas e mantidas pelos seus constituintes.

Ademais, o terceiro conjunto indica que a gerência e coordenação “não dá ouvidos ao profissional, não buscam entender o que está passando”, no quinto conjunto, há a indicação de que “não há união”. Da mesma forma, o sétimo conjunto indica, em relação a equipe de saúde e especificamente os profissionais da psicologia, que “não há troca”, que “não sentam para conversar comigo”, e inclusive de que “fico de lado enquanto a pessoa está interagindo com a criança e me aproximo quando ela se afasta”. Aqui, novamente se observa tantas interferências da gerência/coordenação quanto da própria equipe de saúde a ausência de apoio esperado.

Já outras indicações contidas nos conjuntos de dados redigidos a partir das respostas foram “o pouco aval jurídico” e de “equipamento”, no primeiro conjunto, e também “Sem tempo para fazer as coisas no computador”, descrito no segundo conjunto. O sexto conjunto ainda complementa a ideia de falta de tempo, ao indicar que “tem questões burocráticas que impedem de atender os alunos”. Esse conjunto parece conter ao menos dois tipos de situações antecedentes às atividades profissionais, a insuficiência ou inexistência das condições necessárias para executá-las, e a concorrência entre atividades que requerem um mesmo recurso, como o tempo.

Posteriormente, quando questionados a respeito de quais são as partes que constituem o serviço de saúde multiprofissional os profissionais novamente indicaram aspectos diferentes. Abaixo no Quadro 6 estão sintetizados os conjuntos de dados desenvolvidos a partir do que cada participante respondeu.

Quadro 7 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Quais são as partes que constituem o serviço de saúde multiprofissional?”

Part.	Conjuntos
1	Fisioterapeuta: Fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia. Fisioterapia está envolvida com o setor de educação física que é fundamental para a questão da saúde. Odontologia. Pediasuit ¹⁵
2	Terapeuta Ocupacional: Terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia, assistente social. Não é saúde, mas tem a psicomotricidade e educação física que faz parte.
3	Fonoaudiólogo: A parte da linguagem e a parte da alimentação constituem a parte fonoaudiológica. Psicólogo, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistente social que está em tudo, as vezes no pedagógico e outra hora com a gente ou no Centro Dia.
4	Terapeuta Ocupacional: Os profissionais da reabilitação são fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo.
5	Psicóloga: Psicologia, fonoterapia, terapia ocupacional, fisioterapeuta.
6	Psicóloga: Seres humanos, mas não é dessa forma que é visto. Fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, assistente social, fonoaudiologia, a coordenação, pedagogia que não é da saúde, mas está na equipe.
7	Terapeuta Ocupacional: Fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, assistente social, terapeuta ocupacional e coordenação.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Considerando os conjuntos de dados a partir das respostas dos participantes, destaca-se que nenhum deles indicou os mesmos aspectos. Psicologia foi mencionada sete vezes, fonoaudiologia também se considerar o termo “fonoterapia” utilizado no quinto conjunto. Fisioterapia e Terapia Ocupacional foram mencionadas seis vezes. Assistência Social foi mencionada quatro vezes, e no conjunto terceiro é descrito que “está em tudo, as vezes no pedagógico, as vezes com a gente ou no Centro Dia”. Coordenação foi mencionada apenas duas vezes, e receberam apenas uma menção a odontologia, o “PediaSuit”, a psicomotricidade, a educação física e a pedagogia. A menção desses últimos três foi seguida com o complemento de que não são partes da saúde, com o destaque do primeiro conjunto de que “educação física”, apesar de não fazer parte da saúde, é fundamental para a questão da “saúde”.

Uma possível explicação da menção majoritária da psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, e terapia ocupacional seria a de que o contato das famílias e alunos atendidos são tipicamente feitos diretamente por esses profissionais com maior

¹⁵ PediaSuit é um programa que “combina fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia (em sua devida área de atuação) podendo de acordo com a necessidade de cada paciente, aliar nas horas da terapia de manutenção, demais tratamentos de reabilitação, que serão indicados conforme cada especificidade.”. Para mais informações consultar www.pediasuitbrasil.com.br/

frequência. Ou ainda, outra possível interpretação é a de que essas partes foram mais mencionadas pois os profissionais que as compõem interagem mais entre si. Assim, é possível que os profissionais de psicologia, de fisioterapia, de fonoaudiologia e terapia ocupacional tenham suas salas mais próximas, ou ainda, que tenham maior afinidade entre si. No entanto, deve-se destacar que os profissionais da “assistência social”, da coordenação, da educação física, da odontologia, e do “PediaSuit” não participaram da pesquisa. De uma forma ou de outra, questiona-se o quanto qualquer um desses critérios seriam relevantes para efetivamente caracterizar quem constitui o “serviço de saúde”.

Destaca-se também uma peculiaridade, no documento “Manual do SUS” é indicada a obrigatoriedade de um médico neurologista ou psiquiatra para compor a equipe. A empresa emprega uma médica psiquiatra, entretanto, esta não foi mencionada por nenhum dos participantes. Assim como os profissionais de odontologia e do “PediaSuit”, a profissional médica trabalha em edifício separado dos outros profissionais entrevistados, e não possuem carga horária nessas funções equivalente à dos outros profissionais entrevistados. Isso pode significar que esses profissionais simplesmente não sejam vistos com tanta frequência pelos participantes, ou ainda, de que as atividades desses profissionais não possuem relações diretas com a dos entrevistados. Caso esta última hipótese seja condizente com a realidade, constituir-se-ia como um problema a ser conferido. Afinal, não haveria necessidade desses diferentes profissionais dependerem, em algum grau, do trabalho realizado por cada um?

Posteriormente, quando questionados a respeito de quais são as partes que constituem o serviço de saúde multiprofissional os profissionais novamente indicaram aspectos diferentes. Abaixo no Quadro 7 sintetiza os conjuntos de dados desenvolvidos a partir do que cada participante respondeu.

Quadro 8 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Quais as funções de cada uma dessas partes?”

(continua)

Part.	Conjuntos
Coordenação	<p>Resposta 01 (Psicóloga): Os profissionais estão perdidos, indo além de seus trabalhos. Falta fiscalização para estar junto e tentar entender e ajudar na capacitação.</p> <p>Resposta 02 (Terapeuta Ocupacional): Repassar o que deve? Não sei como que posso dizer, coordenar o grupo, repassar normas e nossos deveres, relacionada a conduta e a ética.</p>
Psicologia	<p>Resposta 01 (Fisioterapeuta): Dar suporte para o aluno e para os familiares</p> <p>Resposta 02 (Terapeuta Ocupacional): Fazer atendimentos e dar suporte. Dão suporte nos surtos, tem bastante demanda pontual. Falam com as professoras.</p> <p>Resposta 03 (Fonoaudiólogo): Comportamento, questão de depressão e ansiedade.</p> <p>Resposta 04 (Terapeuta Ocupacional): Reabilitar as funções mentais, focando na faixa etária do indivíduo. Para que consiga viver encarando seus problemas e dificuldades ou traumas. Reabilitação psicológica. Reabilitação mental</p> <p>Resposta 05 (Psicóloga): Promover saúde mental integral das famílias e dos alunos. Orientação para professores, elaboração de documentos, parte da triagem. Atualização de prontuário. Trabalho de estimulação precoce, caracterizar o movimento como foco. Trabalhar as emoções. Orientações com a família.</p> <p>Resposta 06 (Psicóloga): Trabalhar com família e individual com paciente. Atendimentos.</p> <p>Resposta 07 (Terapeuta Ocupacional): Comportamento</p>
Fisioterapia	<p>Resposta 01 (Fisioterapeuta): Ajudar a melhorar a qualidade de vida, questão das contensões das deformidades. Acompanhar alunos mais velhos que tem uma questão de deformidade. Atuar para conter a ação do tempo e auxiliar eles. Parte motora da mobilidade dos alunos, função primordial é a deambulação, fazer com que mantenham equilíbrio ou melhores essa parte.</p> <p>Resposta 02 (Terapeuta Ocupacional): Reabilitação física. Questões da coordenação motora, bastante burocracia. Auxiliam com questões das cadeiras quando a gente não está.</p> <p>Resposta 03 (Fonoaudiólogo): Trabalhar movimento, alongamento, fortalecer, mobilidade.</p> <p>Resposta 04 (Terapeuta Ocupacional): Reabilitar o movimento, funções físicas do corpo, articulações e marcha.</p> <p>Resposta 05 (Psicóloga): Questões com coordenação, de cadeira de rodas, lombar. Física.</p> <p>Resposta 06 (Psicóloga): Questões de motricidade. Dar dignidade aos alunos que não andam.</p> <p>Resposta 07 (Terapeuta Ocupacional): Função motora global</p>

Quadro 9 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Quais as funções de cada uma dessas partes?”

(conclusão)

Part.	Conjuntos
Fonoaudiologia	<p>Resposta 01 (Fisioterapeuta): Balbuciar, soltar palavras quando a parte motora funcionando bem, daí a fono atua nessas partes.</p> <p>Resposta 02 (Terapeuta Ocupacional): Atendimentos. Vai no refeitório e faz assistências. Orometria, voltado para questão da fala, elas dizem que não são muito da área de nutrição.</p> <p>Resposta 03 (Fonoaudiólogo): Linguagem e alimentação. Motricidade orofacial.</p> <p>Resposta 04 (Terapeuta Ocupacional): Comunicação e fala, comunicação, deglutição, reabilitar fala e comunicação.</p> <p>Resposta 05 (Psicóloga): Ensinar a falar, trabalhar a voz, trabalhar os comandos. Comunicação seja falada ou alternativa.</p> <p>Resposta 06 (Psicóloga): Fazer o trabalho dela, que não é só questão de linguagem. Trabalhar outras habilidades necessárias para a fala. Hoje os profissionais pegam tudo.</p> <p>Resposta 07 (Terapeuta Ocupacional): Linguagem</p>
Terapia Ocupacional	<p>Resposta 01 (Terapeuta Ocupacional): Atendimentos, fazer adaptações, resolver problemas de cadeira quando chamam a gente. Acomodar as crianças para ficar melhor.</p> <p>Resposta 02 (Fonoaudiólogo): Trabalhar com movimentos mais finos, coordenação motora fina, grossa e a questão do movimento. Cuidam do desfralde de alunos e dos movimentos simples que vão ajuda-los. Trocar roupa, ir ao banheiro e sinalizar quando querem fazer número um ou número dois.</p> <p>Resposta 03 (Terapeuta Ocupacional): Papel ocupacional, reabilitar funções perdidas</p> <p>Resposta 04 (Psicóloga): Trabalhar motricidade fina, grossa, ampla. Trabalhar AVD e, rotina.</p> <p>Resposta 05 (Psicóloga): Reabilitação, atividade de vida diária. Avaliação. Questão sensorial.</p> <p>Resposta 06 (Terapeuta Ocupacional): Saúde mental e reabilitação.</p>
Psicomotricidade	<p>Resposta 01 (Terapeuta Ocupacional): Trabalham questão do corpo, dos movimentos.</p>
Assistência Social	<p>Resposta 01 (Terapeuta Ocupacional): As triagens, ver o pessoal que não vem e fazer ligações, essas questões mais sociais. Visitas domiciliares quando a gente não consegue acesso.</p> <p>Resposta 02 (Fonoaudiólogo): Permear as diferentes áreas e recepcionar. Primeiro contato, fazer mapeamento daquela família e daquele aluno. Fazer o filtro para triagem.</p> <p>Resposta 03 (Psicóloga): Questão de encaminhar, que não acontece. Estão sendo secretárias para a saúde e para a educação, tendo que ligar para falar e agendar, que é papel de secretária. Tem alunos que precisam ser encaminhados para rede, tem que estudar, questionar mais. São importantes para o trabalho, seria mais que encaminhar, seria a questão de direitos e orientar, mas isso não acontece.</p>

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Apesar de não ser objetivo desta pesquisa analisar quais seriam as “reais” funções de cada parte do serviço de saúde, é possível identificar aspectos que aparecem nos conjuntos de dados desenvolvidos a partir das respostas dos participantes e que interferem em uma compreensão precisa a respeito dessas funções. Há menção a termos genéricos como sendo função dessas partes, por exemplo, “comportamento”, “ansiedade”, “depressão”, “funções mentais”, “problemas”, “traumas”, “saúde mental” no caso da psicologia. Quando não são mencionados de modo avulso, esses termos as vezes foram também complementados por verbos também excessivamente genéricos, como “trabalhar”, “dar suporte” ainda no caso da psicologia, ou “ajudar” e “permear” como destacados em outras partes. Pode também ter um sentido metafórico como “fazer um filtro”, ou constituir analogia (“papel de secretária”).

O grau de generalidade dos termos não apenas implica em dificuldade para identificar o que realmente é feito por cada setor/área, mas também implica na dificuldade de distinguir entre o trabalho de setores/áreas diferentes. O termo “movimento”, por exemplo, foi atribuído tanto ao setor/área de psicomotricidade, como de terapia ocupacional e de fisioterapia. Ainda que seja um termo utilizado para se referir a conjuntos distintos de aspectos, isso não é explícito. Uma decorrência é, como já destacado pelos participantes, a dificuldade de separar suas funções das funções de outros. E além disso, também dificulta localizar os conjuntos de aspectos que realmente são objetos de múltiplos setores/áreas.

Há também uma outra distinção relevante a ser feita a partir das repostas no que diz respeito ao que é compreendido pelos participantes como “função” de cada uma dessas partes. Função pode ter um sentido de convenção ou de caracterizar de fato uma parte suficientemente para distingui-la de outra. Por exemplo, o setor/área de assistência social¹⁶ é destacado como tendo a responsabilidade de realizar ligações para as famílias que iriam passar pelo processo de triagem. Caso o primeiro contato da família fosse com outra pessoa, possivelmente seria de responsabilidade dessa outra pessoa independentemente de sua formação. Assim, realizar as ligações é uma função por convenção (no sentido de ser propícia de ser realizada) dos assistentes sociais.

¹⁶ A área que contempla a atividade dos assistentes sociais é tipicamente conhecida por “Serviço Social”, porém, optou-se por manter o termo utilizado pelos participantes (assistência social). Ambos possuem sentidos distintos decorrentes de evoluções históricas dentro da área. Para mais informações acessar: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1267>

Entretanto, apesar de constituir a função dos assistentes sociais na empresa selecionada, não caracteriza uma função específica dele.

Posteriormente, quando questionados a respeito de quais são as partes que constituem o serviço de saúde multiprofissional os profissionais novamente indicaram aspectos diferentes. Abaixo no Quadro 8, estão sintetizados os conjuntos de dados desenvolvidos a partir do que cada participante respondeu.

Quadro 10 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Quais são as atividades que você realiza dentro do serviço de saúde? Quais as mais importantes?”.

(continua)

Part.	Conjuntos
1	Fisioterapeuta: Dar suporte. As vezes ser meio psicólogo. Questões burocráticas de planilha, perde-se muito tempo. Fazer atendimentos.
2	Terapeuta Ocupacional: Só os atendimentos.
3	Fonoaudiólogo: Alimento três sistemas. Faço minha agenda. Faço discussão de casos com professoras e com equipe multidisciplinar. Cumpro metas. Atendimentos e relatórios de alunos. O mais importante é o atendimento em si, que geralmente não consigo fazer.
4	Terapeuta Ocupacional: Atender crianças a partir dos dois anos. Focar nas habilidades que não desempenham. Exercício ocupacional, aspectos funcionais. Aspectos sociais de olhar no olho, compartilhar objetos, brincar pensando na funcionalidade. Preocupar com as pré-habilidades como coordenação motora, fixação visual e desempenho da pinça. AVD's, porém, não faço devido necessidade de contato com famílias. Com adultos os déficits em pré-habilidades. Trabalho a memória deles, amarrar o tênis, organizar-se nas funções. Interferir na motivação deles para fazer as coisas para que eles façam escolhas. Eles não têm muita troca de interação então jogo em dupla ajuda. Ver o nível que eles estão no desempenho das atividades, não consigo fazer sempre. Demandas da cadeira de rodas e adequação postural. Fazer adaptações, apesar de não ser adequado devido falta de cadeiras de rodas. Orientar professoras sobre comportamento, sobre coordenação motora fina ou a criar vínculo. Burocracias, solicitar EVA, apoio de cadeira. Foge do meu trabalho, mas é necessário para a TO, ainda que outros profissionais pudessem resolver. Há vários domínios que não aplico devido tempo e materiais e tenho que escolher o que atender. Não consigo chegar onde gostaria. Focar na família para que pais conseguissem melhorar em casa. Não tem tempo de saber o que o outro profissional faz.
5	Psicóloga: Atendimentos de crianças de fora e dos alunos da [omitido]. Elaborar relatórios, participar nas triagens. Trabalhar orientação com os pais e elaborar questões emocionais com os alunos. Orientação para professores e para toda equipe de manejo comportamental. Mais importante vejo que a estimulação precoce é o foco ali, foco maior em atender as crianças e orientar os pais. Encaminhamentos para rede de apoio. Acham que a gente tem uma varinha mágica e arruma as coisas, tem que elaborar toda uma estratégia, fazer anamnese. Toda coleta de informações tá só no superficial.

Quadro 11 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Quais são as atividades que você realiza dentro do serviço de saúde? Quais as mais importantes?”.

(conclusão)

Part.	Conjuntos
6	Psicóloga: Atendimentos, avaliação questões burocráticas. Questão de carga horária, orientação para profissionais em manejo comportamental, muitas vezes na área deles Orientações para as professoras, trabalho de gestão, de acolhimento para os funcionários. Faço trabalho de coordenação, auxílio em questões burocráticas, em decisões. Questões de documentos para Ministério Público. Professoras adoecidas vem aqui e deixo coisas minhas de lado. Mais importante seria atender meus pacientes, dar suporte para famílias, questões de prontuários e do setor. Poder focar nos meus atendimentos, fazer meus planejamentos. Se for olhar para outro lado seria humanizar a equipe para que fiquem ao invés de buscarem outras oportunidades, haviam coisas que eu acabava fazendo no lugar da coordenação.
7	Terapeuta Ocupacional: Questão terapêutica. Atividades direcionadas ao desenvolvimento neuropsicomotor infantil. Estimulação específica para cada necessidade que a criança tenha. Atendo adultos, questão mais cognitiva, questão de AVDs a longo prazo. Dar suporte para equipe de TO. Orientação sobre cadeira de rodas, tecnologia assistiva. Encaminhamento, orientações, criar materiais tipo cinto de segurança. Adaptação de materiais para segurança de cadeirante ou com mobilidade reduzida. Orientar professoras sobre alimentação, posicionamento, transferência. Trabalhar em grupo, visitas domiciliares ou escolares. Relatórios. Preparar para sentar na cadeira de rodas, estar com ele na hora da alimentação se ele tiver dificuldades com isso. Depois tenho que escrever isso. Trabalhar não só com membros superiores, mas com o corpo inteiro. Mexer no que é do passado, como é a vida daquela pessoa, como é fora do âmbito da instituição. Repassar informações para escola, e para a rede.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Há um contraste nos três primeiros conjuntos e nos demais. A elaboração em maior ou menor grau dos participantes a partir da pergunta pode ser produto de diferentes condições, como por exemplo: 1) Maior afinidade de alguns participantes para com o entrevistador, de modo que relatar mais a respeito do próprio trabalho tenha sido facilitado por haver relação de trabalho prévia; 2) Maior grau de cansaço dos três primeiros participantes; 3) Que o tempo de trabalho na instituição já tenha selecionado o relato dos três primeiros participantes no sentido de destacar apenas as atividades que são passíveis de cobrança (alimentar sistemas, só atender, e questões burocráticas).

Além disso, há um destaque feito no quarto, quinto, sexto e sétimo conjunto da necessidade de atender também a família dos alunos. Em especial, o quinto conjunto essa necessidade é apresentada como prioritária. Priorizar a orientação familiar e escolar é uma decisão prudente considerando a alta demanda pelos serviços

profissionais, e a pouca duração dos atendimentos realizados (Manoni, 2019). Ainda assim, a maioria dos conjuntos contém não apenas uma indicação de quais seriam as atividades, mas também expressão da impossibilidade de concretiza-las de modo satisfatório, a exceção sendo o sétimo conjunto.

A impossibilidade de concretizar essas atividades se deve a competição com outras atividades (especialmente as de cunho burocrático), mas também com atividades que, apesar de não serem cobradas, se constituem relevantes. Por exemplo, o sexto conjunto contém a descrição da necessidade de acolher professoras que atuam na instituição, e também de auxiliar a coordenação com suas atividades de gestão. Assim, considera-se mais provável a possibilidade de que existam defasagens não apenas no “serviço de saúde”, mas também em outros setores/áreas da empresa selecionada.

4.1.3. Baixa clareza a respeito do que é o serviço, de como seus constituintes se relacionam, do quanto compreendem suas funções, e a existência de condições aversivas e de atuações fundamentadas apenas no que já é conhecido se constituem problemas para compreensão do que é o “serviço de saúde”

Entre as criaturas lendárias, a quimera possui uma característica peculiar. Originalmente uma figura de aparência híbrida de diferentes animais, tornou-se também um vocábulo da língua portuguesa de natureza figurada. Uma quimera é uma fantasia, produto de imaginação, um absurdo. Metaforicamente, dizer que algo é uma quimera pode significar dizer que é, portanto, composto por partes incongruentes de diferentes naturezas. Dessa forma, os problemas e dúvidas destacadas neste primeiro ensaio remetem a um “serviço de saúde” sem formatos definidos, com características destoantes e as vezes até incongruentes.

Os documentos que deveriam regulamentar e dar forma ao serviço carecem de informações importantes. Não é conhecido se o serviço funciona a partir do que é possível (conhecido, familiar, “serviço de saúde”), ou a partir do que é ideal (no sentido de ideias, possibilidades, “serviços em saúde”). Ademais, não se sabe se esse serviço é constituído por uma equipe, isto é, um grupo de pessoas cujo trabalho depende uma de outra, ou por um “corpo” técnico, em que diferentes profissionais se juntam de

forma quimérica a partir de parâmetros que servem apenas aos que retém poder na empresa (bater meta).

Se os documentos produziam dúvidas, as entrevistas apenas as tornaram mais evidentes. Não foi possível identificar parâmetros que ajudassem a identificar o que os levavam a trabalhar da forma que trabalham. Capacitações, *feedbacks* e aperfeiçoamento do próprio trabalho são todas formas de mudar comportamento, porém, em qual direção? Será que conseguiriam se orientar para além do que é exigido ou do que é conhecido? Ou será que concentrariam os esforços em apenas “oferecer” os serviços que já conhecem, sem que os resultados dessa oferta e desses serviços fossem devidamente avaliados? É possível que se orientassem em virtude do que há de mais relevante, ou será que as condições aversivas (desanimadoras, ansiogênicas e “desumanas”), e as falhas em processos nucleares como a socialização de novos funcionários, já os tornaram insensíveis?

É possível que passem a enxergar seus próprios papéis em lidar com a vulnerabilidade social, ou ainda, seria possível distinguirem entre o que é respeitar a função de seus colegas, e o que é buscar complementa-las a partir de suas próprias formações? E quanto à própria missão do serviço que compõem? Seria viável que consigam enxergar com clareza o que diferencia o serviço em que atuam de outros tantos? Seria possível esperar que passem a compreender que as interferências de outras partes do serviço e da empresa em que atuam os afetam mais do que imaginam, e que, em contrapartida, consigam compreender a possibilidade de também as afetarem em algum grau em direções mais produtivas?

Ao que parece, para que se torne mais possível saber o que fazer, diante do que fazer, e em função do que fazer, será necessário, ao menos: 1) Aperfeiçoar e uniformizar a linguagem utilizada para redação dos documentos que orientam o serviço em conjunto com as pessoas que usufruem dele; 2) Criar estratégias para que os profissionais (e a gestão), passe a agir em função do que foi descrito; 3) Auxiliar os profissionais a distinguirem entre o que é possível e o que já sabem; 4) Auxiliar os profissionais a distinguir entre o que são atividades, e o que são comportamentos (fazer/e para que fim); 5) Desenvolver contingências não-aversivas sob controle não apenas do cumprimento de uma métrica quantitativa (número de atendimentos), mas também em virtude de parâmetros melhores; 6) Criar condições para que os profissionais consigam compreender o trabalho de seus colegas, e também para que aprendam a lidar com as relações entre esse trabalho e o seu próprio e 7) Auxiliar os

profissionais a desenvolverem uma melhor compreensão a respeito do que determina seus próprios comportamentos.

Para responder se “a organização em que trabalho existe ou é “mera” lenda?”, será necessário antes criar todas essas condições. Durante as entrevistas nenhum profissional questionou a existência de um “serviço de saúde”, então, ao menos em algum grau ele parece existir. Pelo momento, talvez seja melhor dizer apenas que sim, o serviço existe e ao mesmo tempo ele é lenda, uma quimera. Não a quimera no sentido figurado como “absurdo” e “apenas fruto da imaginação”, mas em seu outro sentido, menos utilizado, como utopia. A falta de definição e as possíveis frustrações que decorrem do trabalho de esclarecer que organização é essa que passou a se denominar de “serviço de saúde”, não devem desmotivar os interessados em desenvolver serviços melhores. Pelo contrário, se é possível imaginar essa utopia, então é possível aproximar-se dela, do contrário, realmente, será sempre apenas mero fruto da imaginação.

4.2. ENSAIO 02: NEM A MIM, NEM AOS OUTROS: A QUEM DE FATO SIRVO E QUÃO BEM O FAÇO? REFLEXÕES A RESPEITO DA DELIMITAÇÃO DE UM PÚBLICO PARA UM SERVIÇO DE SAÚDE MULTIPROFISSIONAL E DOS CRITÉRIOS USADOS PARA AVALIAR ESTE SERVIÇO

Há no dizer popular “Liberdade para escolher sim, liberdade das consequências das escolhas não”, a omissão de um complemento. As pessoas são capazes de escolher certas consequências, e o fazem rotineiramente por meio da avaliação de diferentes situações. Avaliar é um processo importante, sua importância, no entanto, não necessariamente reflete sua utilidade enquanto instrumento para o equilíbrio entre as pessoas. Pelo contrário, em certas ocasiões e para certas pessoas, a importância de avaliar uma organização, por exemplo, advém de seu uso orientado para a manutenção de desequilíbrios de poder nas relações humanas. Em especial, desequilíbrio entre quem é avaliado e quem avalia. Por trás de cada avaliação um conjunto de (pre)conceitos são utilizados em diferentes graus de percepção. Assim, é necessário

conferir o que é usado, e o que deveria ser usado, para concluir que um serviço de saúde está funcionando adequadamente.

Divergências a respeito da forma que um serviço de saúde é avaliado são esperadas, entretanto, a manutenção dessas divergências sem questionamentos poderá afetar as pessoas que usufruem desse serviço, e os profissionais que o constituem. Os efeitos são de diferentes naturezas, afinal, como os profissionais conciliam diferentes entendimentos do que aprenderam a fazer diante de seus objetos de estudo, com a realidade da atuação em um serviço precário em condições? De que forma coletam informações que permitem julgar se o que fazem é ou não suficiente?

Da mesma forma, a concordância unânime entre diferentes pessoas a respeito do serviço ou do que é feito por ele, também não é representativa da qualidade deste serviço. As convenções, tradições e o que já é conhecido por cada um podem promover um senso de segurança a respeito de como atuar dentro de um serviço de saúde. Questionar e repensar essa atuação gera desconforto, que, sem o devido cuidado, poderá motivar a manutenção de uma porção de atividades e processos desorganizados e contraproducentes. A escolha de bons parâmetros para realizar diferentes tipos de avaliação é desafiadora, porém, o exame do que já está disponível nos documentos desse serviço e que é conhecido pelos profissionais, ainda que não suficiente, constitui um bom ponto de partida.

4.2.1. Exame dos aspectos descritos nos documentos a respeito de quem é beneficiado pelo serviço de saúde e de que forma avaliar este serviço

Os dados obtidos por meio da análise dos documentos foram novamente separados. Abaixo no Quadro 9 estão dispostas por completo os trechos referentes ao “Sistema Receptor. Foram coloridos de forma diferente para facilitar a identificação dos trechos selecionados pelo autor como nucleares.

Quadro 12 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Quais são as partes que constituem o serviço de saúde multiprofissional?”

(continua)

REGIMENTO INTERNO	"MANUAL DO SUS"
Trecho	Trecho
<p>"Tornar-se referência no atendimento da peessoa com deficiência intelectual, múltipla e tea."</p>	<p>A Portaria 1.635/2002, publicada pelo Ministério da Saúde, objetivou organizar o atendimento às pessoas com deficiência intelectual e/ou distúrbio do espectro autista no SUS, garantindo às mesmas assistências por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas, identificando e acompanhando esta população.</p>
<p>"Promover a melhoria da qualidade de vida das peessoas com deficiência buscando assegurar-lhes o pleno exercício da cidadania"</p>	<p>Esta portaria incluiu no SIA – SUS o procedimento 38.081.01-6, cuja descrição era: Acompanhamento de Pacientes que Necessitam de Estimulação Neuro – Sensorial, que “consiste no conjunto de atividades individuais de estimulação sensorial e psicomotora, realizada por equipe multiprofissional, visando à reeducação das funções cognitivas e sensoriais. Inclui avaliação, estimulação e orientação relacionadas ao desenvolvimento da peessoa portadora de deficiência intelectual e/ou distúrbio do espectro autista”.</p>
<p>"Pleitear junto aos poderes públicos competentes medidas normativas e administrativas, visando os interesses da peessoa com deficiência."</p>	<p>A legislação complementar que se seguiu à publicação da referida portaria, especialmente a portaria que modificou e unificou os códigos da Tabela SIA e SIH/SUS, a Portaria MS/GM 2.848, de 06 de novembro de 2007, preconizou o atendimento que se destina ao portador de deficiência intelectual e/ou distúrbio do espectro autista, na codificação 03.01.07.007-5, com a seguinte descrição: ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR, porém, em nenhum momento revogou a Portaria 1.635/2002, que, portanto, tem plena vigência.</p>
<p>"Esclarecer, orientar e auxiliar os pais e amigos na conduta relativa à peessoa com deficiência."</p>	<p>Considerando-se a publicação do Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade), incluindo Atenção à Pessoa com Distúrbio do Espectro do Autismo, há de se estabelecer um universo populacional a ser contemplado com o procedimento previsto, visto que o mesmo preconiza o Atendimento à pessoa com deficiência intelectual e/ou distúrbio do espectro autista, realizando ações que objetivem a reabilitação, sendo que trazemos a conceituação necessária para estas ações:</p>
<p>"Sendo uma entidade filantrópica atenderá todas as peessoas com deficiência mental associada ou não a outra deficiência e autismo, devidamente avaliadas e matriculadas no caesp, em busca de habilitação e reabilitação, carentes e não carentes e residentes neste município."</p>	<p>Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012), a deficiência intelectual é considerada como um estado de desenvolvimento incompleto ou estagnado, resultando em dificuldades no processo de aprendizagem, de entendimento, nos aspectos mnemônicos e no uso de recursos aprendidos frente a situações do cotidiano.</p>

Quadro 13 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Quais são as partes que constituem o serviço de saúde multiprofissional?”

(continuação)

REGIMENTO INTERNO	"MANUAL DO SUS"
Trecho	Trecho
<p>"O atendimento de apoio aos alunos destina-se aos candidatos com deficiência intelectual, associada ou não a outras deficiências e autismo, visando seu desenvolvimento integral através de atividades clínicas e pedagógicas.</p>	<p>O distúrbio do espectro autista integra o elenco dos Transtornos Globais do Desenvolvimento; caracteriza-se por um transtorno definido por alterações presentes antes dos três anos de idade e que se distingue por alterações qualitativas na comunicação, na interação social e no uso da imaginação.</p>
<p>Objetivo geral: o programa de estimulação precoce visa a proporcionar um conjunto de ações com objetivo de prevenir, avaliar, e intervir e acompanhar de forma clínico-terapêutica, o desenvolvimento de crianças de 0 a 6 anos, acometidas por atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, a fim de atenuar déficits e possibilitar evoluções significativas no desenvolvimento delas.</p>	<p>Ø Presta atendimento a pessoas com deficiência intelectual e/ou distúrbio do espectro autista em tratamento na unidade, quer encaminhados por outros serviços de saúde ou não;</p>
<p>Serviço pedagógico específico do CAESP, prevê o atendimento de educandos na faixa etária de 06 a 17 anos, com diagnóstico de deficiência intelectual grave ou profunda associada ou não a outras deficiências e/ou diagnóstico de transtorno do espectro autista (tea), com baixo nível funcional/nível3, desde que associados a quadros de saúde e/ou comportamentais que inviabilizem sua permanência no ensino regular, conforme a resolução nº100/2016/cee/sc.</p>	<p>Ø pacientes oriundos do serviço pedagógico da própria instituição; Ø pacientes referenciados pelos serviços da Rede Básica, equipes de PSF e/ou profissionais vinculados às Redes Ambulatoriais e Hospitalares que integram o SUS.</p>
<p>Serviço de convivência destina-se ao atendimento de pessoas idosas e/ou em processo de envelhecimento, com diagnóstico de deficiência intelectual moderada ou grave associada ou não a outras deficiências e/ou diagnósticos de tea</p>	<p>A observação e análise dos sinais clínicos, com destaque para os aspectos motores, sensoriais, cognitivos, fala e expressividade, serve de base para a elaboração do diagnóstico e da construção de um Projeto Terapêutico Singular, desenvolvido por meio do trabalho interdisciplinar junto à pessoa com deficiência intelectual e/ou distúrbio do espectro autista, bem como à sua família. Vale destacar que o diagnóstico não deve prescindir da participação do médico especialista.</p>
<p>Programa de atividades laborais (PROAL) está direcionado ao atendimento de jovens e adultos com deficiência intelectual, associada ou não a outras deficiências, e ou transtorno do espectro autista (tea), sem perspectiva de ingresso no processo de qualificação profissional e ou inclusão no mercado de trabalho, mas que apresentam possibilidades de executar uma atividades laboral não remunerada, bem como de desenvolver conteúdos que contribuam para a promoção de sua independência pessoal e inclusão social.</p>	<p>-</p>

Quadro 14 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Quais são as partes que constituem o serviço de saúde multiprofissional?”

(conclusão)

REGIMENTO INTERNO	"MANUAL DO SUS"
Trecho	Trecho
Programa de atividades laborais (PROAL) está direcionado ao atendimento de jovens e adultos com deficiência intelectual, associada ou não a outras deficiências, e ou transtorno do espectro autista (TEA), com perspectiva de ingresso no processo de qualificação profissional bem como encaminhar e acompanhar pessoas com deficiência (intelectual, mental, auditiva, visual, física, múltipla e/ou tea) no mercado de trabalho.	-
No ato da matrícula os pais ou responsáveis assinarão o termo de compromisso do CASEP depois de receberem a explicação do texto.	-
É dever da família e/ou responsáveis facilitar o acesso dos atendidos até a entidade.	-

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

No regimento interno há indicação de que quem se beneficia do serviço de saúde são “pessoas com deficiência intelectual ou TEA”; “pessoas com deficiência”; “pessoas com deficiência mental associada ou não a outra deficiência e autismo”; “candidatos com deficiência intelectual, associada ou não a outras deficiências e autismo”; “crianças de 0 a 6 anos acometidas por atraso no desenvolvimento neuropsicomotor”; “educandos na faixa etária de 06 a 17 anos, com diagnóstico de deficiência intelectual grave ou profunda associada ou não a outras deficiências e/ou diagnóstico de TEA, com baixo nível funcional, desde que associadas a quadros de saúde e/ou comportamentais que inviabilizem sua permanência no ensino regular”; “adultos com deficiência intelectual, associada ou não a outras deficiências ou TEA, sem perspectiva de ingresso no processo de qualificação profissional e ou inclusão no mercado de trabalho, mas que apresentam possibilidades de executar uma atividade laboral não remunerada, bem como de desenvolver conteúdos que contribuam para a promoção de sua independência pessoal e inclusão social”; “jovens e adultos com deficiência intelectual, associada ou não a outras deficiências ou TEA, com perspectiva de ingresso no processo de qualificação profissional”; “pessoas com deficiência (intelectual, mental, auditiva, visual, física, múltipla e/ou TEA no mercado de trabalho”; e “família e/ou responsáveis”.

Já no “Manual do SUS”, é indicado que serão beneficiados “As pessoas com deficiência intelectual e/ou distúrbio do espectro autista no SUS”; “pacientes que necessitam de estimulação neuro-sensorial”; “pessoa portadora de deficiência intelectual e/ou distúrbio do espectro autista em tratamento na unidade, quer encaminhados por outros serviços ou não; “pacientes oriundos do serviço pedagógico da própria instituição”, “pacientes referenciados pelos serviços da rede básica, equipes de PSF e/ou profissionais vinculados às redes ambulatoriais e hospitalares que integram o SUS”; e “bem como sua família”.

A diversidade de aspectos encontrados no regimento se deve ao fato que são indicados diferentes públicos para diferentes serviços da organização. Não há indicação de quais desses os profissionais da saúde estão inseridos, no entanto, é possível pressupor que sejam requisitados em todos. Sendo assim, uma síntese dos aspectos identificados é de que o público beneficiado pelo serviço de saúde são pessoas com deficiência intelectual ou autismo. Dentro desse grande grupo certas pessoas podem ou não ser matriculadas a depender da faixa etária e grau de “funcionalidade”. Além disso, há uma menção à família ou responsáveis como sendo parte do público beneficiado também.

Apesar de haver no “Manual do SUS” indicações muito próximas das do Regimento Interno, é também descrito que deverão ser atendidas as pessoas que fazem parte do “serviço pedagógico da instituição” e também os que foram “referenciados da rede básica, equipes de PSF ou profissionais vinculados às redes ambulatoriais”. Não há menção no documento de outros critérios como os de idade ou de nível de funcionalidade, assim, é possível que pessoas referenciadas pela rede sejam atendidas pelos profissionais, sem estarem vinculadas ao “serviço pedagógico”.

Caso seja este o caso, o serviço deve atender não apenas os alunos matriculados no serviço pedagógico, mas também pessoas encaminhadas pela rede. Entretanto, de que forma são organizados esses atendimentos? Os profissionais priorizam um grupo ou outro? É viável atender a demanda da rede de saúde bem como da própria instituição, considerando a quantidade de profissionais existentes? Considerando a indicação breve de que a família dessas pessoas também deve ser beneficiada, qual seria a melhor forma de organizar as diferentes demandas? Talvez mais importante ainda seja considerar que há várias menções aos alunos como sendo os beneficiados, e apenas uma mencionando a família. No entanto, uma importante parte do trabalho

com pessoas com autismo e com deficiência intelectual exige aproximação desta família.

Assim, ou uma grande parte das pessoas que deveriam se beneficiar não são beneficiadas, como as famílias, ou então essas pessoas são sim atendidas, porém, é pressuposto que o benefício seja em relação aos alunos. Trata-se de um pressuposto arriscado considerando a possibilidade de haver necessidades diferentes, e até contraditórias entre família e aluno. Conforme já questionado por Botomé (1996), trata-se de reagir à queixa da família, ou de considerar as características dos problemas a que nem sempre as queixas fazem alusão? Se a família se queixa do choro de sua criança, devem os profissionais trabalharem para reduzir o choro, ou para identificar os determinantes dele e avaliar qual melhor estratégia para o conjunto de pessoas atendidas? Trata-se de uma preocupação já indicada no âmbito de produção científica, por exemplo, em que o consentimento da pessoa com autismo deve ser adquirido adaptando as estratégias para que possa consentir (Cascio, Weiss, e Racine, 2020). Porém, destaca-se que mesmo com o consentimento da pessoa, é necessário identificar os reais problemas para que o consentimento seja de fato esclarecido.

Ademais, qual a responsabilidade de “serviços de saúde” como este para a própria rede de saúde, ou ainda, para as escolas onde esses alunos frequentam, ou para seus ambientes de trabalho, ou ainda, para a comunidade em qual se relacionam? Se os documentos não descrevem, de que forma os profissionais lidam com as diferentes exigências e pedidos que podem surgir desses contextos? De que forma esses locais enxergam e utilizam de serviços como este? E mais, para quem fica a responsabilidade de articular ou tentar organizar as diferentes informações de diferentes contextos sobre as diferentes necessidades das pessoas envolvidas com o aluno e do próprio aluno? Se há alguém, seria a família? Se sim, no que essa condição de “dar conta” das falas de diferentes profissionais e diferentes pessoas pode impactar? É possível que estas famílias (ou responsáveis) sejam obrigadas a gerenciar informações nem sempre são coerentes, considerando que talvez nem mesmo os próprios serviços de saúde consigam gerenciar? Poderia isso contribuir para a sobrecarga experienciada por cuidadores de pessoas com autismo ou deficiência intelectual, para além do que já foi observado por Pimenta (2010) e Barros, Barros, Barros e Santos (2017), como o estresse financeiro, vulnerabilidade, dentre outros?

Em síntese, os dois documentos apresentam informações mais coerentes entre si. Entretanto, o mais pertinente parece ser o que não está escrito. A falta de

identificação de diferentes atores que são direta ou indiretamente afetados ou que afetam os alunos e as famílias atendidas pode ter significativas implicações. A não inclusão dos critérios utilizados para avaliar os resultados deste serviço, também, de modo que seja possível que a família e alunos tenham que gerenciar atendimentos, comentários, sugestões e críticas, sem o devido reconhecimento dos serviços de saúde que os atendem da própria responsabilidade em tornar o atendimento mais fácil e eficiente.

É também possível que cada serviço de saúde de cada instituição que possa atender uma pessoa com deficiência intelectual ou autismo esteja funcionando de modo isolado, seja por se tratar de uma empresa do terceiro setor, ou por outras razões, como falta de organização dos serviços de um município. Trata-se de um cenário provável considerando que os documentos que deveriam reger o que cada instituição da rede de saúde faz em relação ao cuidado dessas pessoas também é pouco esclarecedor (Araújo *et al.*, 2019), ou ainda, considerando que o que está descrito talvez não seja implementado (Tomaz *et al.*, 2016). Por fim, isso implica na possibilidade de que a falta de informações nos documentos não apenas **represente** possíveis tendências dos próprios profissionais (desconhecer quem é afetado pelo próprio trabalho), mas que **implique** em maior dificuldade para os profissionais do serviço avaliarem as decorrências de suas atividades profissionais.

4.2.2. Exame dos conjuntos de dados desenvolvidos a partir das respostas dos participantes nas entrevistas a respeito de quem é beneficiado pelo serviço de saúde e de que forma avaliar este serviço

Ainda que seja difícil compreender quais as relações entre os documentos e a atuação dos profissionais, buscar similaridades entre o que está descrito (ou falado) e o que não está descrito (ou não falado), é um bom recurso para dimensionar possíveis problemas. Quando questionados a respeito de quem é o público beneficiado pelos serviços ou produtos do serviço de saúde multiprofissional, os profissionais indicaram aspectos diferentes. Abaixo no Quadro 10, esta apresentada uma síntese os conjuntos de dados desenvolvidos a partir do que cada participante respondeu.

Quadro 15 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Quem é o público beneficiado por esses serviços ou produtos?”

Part.	Conjuntos
1	Fisioterapeuta: Maior parte é o público carente , que tem pouco acesso à saúde, nenhum ou quase nenhum plano de saúde. É esse o público que chega até a gente, que tá procurando esse serviço.
2	Terapeuta Ocupacional: Crianças de 0 a 6 anos , e tem alguns adultos, poucos, uns 4 ou 5. A princípio são os de 0 a 6.
3	Fonoaudiólogo: São os alunos, são os TEA , os PC paralisia cerebral , são os down , são os hiperativos, são os que tem perdas auditivas severas, os que usam aparelhos auditivos
4	Terapeuta Ocupacional: Os alunos da instituição e os alunos que chegam pelo SUS , pela rede.
5	Psicóloga: Hoje quem se beneficia mais é a empresa por conta da questão de metas, os beneficiários deveriam ser os alunos e as famílias, a comunidade que necessita dos serviços.
6	Psicóloga: São as pessoas com autismo, deficientes intelectuais, atrasos no desenvolvimento. Esse é o público. E os pais . Tem também a questão dos estagiários , que tem vem né. Porém, a meta pega muito, limita mais, mas estagiário seria bem importante. Principalmente psicologia.
7	Terapeuta Ocupacional: Pessoas com deficiência intelectual e múltipla, pessoas que estão dentro do Transtorno do Espectro Autista, que é um número bem significativo. Deficiência intelectual, retardo mental, transtorno do espectro autista nível 1 ao 3. De crianças a idosos.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Muitos dos participantes indicaram diferentes nomenclaturas que definiriam o público, como “público carente”, “crianças de 0 a 6 anos”, “os TEA”, “os PC [paralisia cerebral]”, “os down”, “os pais”, “os estagiários”, “os alunos da instituição e os alunos que chegam pelo SUS”. Afinal, o que define para os participantes quem são as pessoas que se beneficiam dos serviços prestados pelos profissionais? Seriam as condições ou os diagnósticos que definiriam os beneficiários? Ou ainda, seria a idade do público? Ou quem sabe, o que define é por quem foram encaminhados, ou então, seriam os alunos que ingressariam como estagiários? Caso sejam os quadros que definem o público, o que dizer da participante que indicou que o público são “as pessoas com retardo mental”? É possível que os termos tenham menos relação com o conhecimento estabelecido em diferentes manuais diagnósticos e mais relação com compreensões pessoais a respeito dos que usufruem do serviço?

Por exemplo, é possível que as respostas dos participantes tenham sido desenvolvidas pelo entendimento que cada um deles possuía sobre os critérios para inserção de pessoas na instituição. Nesse caso, isso representaria desconhecimento dos

critérios, em especial, poderia ser outra evidência do descompasso entre os critérios dos indicados no regimento interno, e os indicados no Manual do SUS. Caso não seja isso, seria outro exemplo de tradições já ultrapassadas sobre a medicalização de determinadas condições, sem haver necessariamente um interesse na compreensão contextual dessas condições? Se for isso, então talvez seja mais justo indicar que os beneficiados não são os alunos, e sim as pessoas (família, comunidade, cultura) que se interessariam pela mera redução do que produz problemas para si (e não para as próprias pessoas).

Quanto aos estagiários, se compararmos com o que foi indicado nos documentos, o caráter “de pesquisa” da empresa selecionada talvez fosse em algum grau contemplado pela inserção de estagiários, no entanto, questiona-se o quanto o desenvolvimento de pesquisas é aspecto nuclear do que precisaria ser produto da empresa. Além disso, mesmo se fosse, seria necessário responder qual a finalidade da pesquisa, trata-se de desenvolver conhecimento novo em diferentes áreas? Trata-se de utilizar certos procedimentos para aprimorar partes da empresa? Serve como recurso para formar profissionais que possam eventualmente atuar com o mesmo público da instituição? Caso seja, como articular o objetivo de formar profissionais com o de atender uma grande demanda de pessoas, considerando o que Bisconsini e Oliveira (2016) alertam sobre a exigência de que o estágio seja constituído pela articulação entre estagiário, supervisor de campo, e orientador? Ou trata-se meramente de um termo usado para satisfazer os fins da gestão e/ou competir com possíveis concorrentes do mercado de trabalho para financiamentos e demais recursos? Sem terem clareza a respeito de qual o público que atendem, é muito provável que estes profissionais prejudiquem não intencionalmente quem de fato deve ser beneficiado.

Quando questionados a respeito de se esse público indica, direta ou indiretamente, se o serviço de saúde está funcionando adequadamente, e se sim, como, os profissionais indicaram aspectos diferentes. No Quadro 11 estão sintetizados os conjuntos de dados desenvolvidos a partir do que cada participante respondeu.

Quadro 16 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Esse público indica, direta ou indiretamente, se o serviço de saúde está funcionando adequadamente? Se sim, como?”.

Part.	Conjuntos
1	Fisioterapeuta: Eu vejo na parte dos 0 a 6 anos uma evolução. Poderia ser maior o resultado, mas meta e burocracia limitam. Precisamos cumprir burocracia ao invés de atender e deixamos as crianças mais funcionais brincando para fazer isso. Se não fosse isso, até poderíamos pensar a meta a médio prazo de dar alta para os usuários. Olhando para outras idades está em déficit. Um aluno que tinha seletividade alimentar e melhorou com uma devolução da família, ou do menino fazer desfralde, do comportamento dele melhorar. De uma mãe dar medicação e ser insistente e o menino estar aprendendo novas habilidades. De uma criança que não andava e agora anda. Essas habilidades básicas (contato visual e seguimento de comando, imitação) são coisas muito rápidas para criança adquirir se tiver uma boa intervenção. Em torno de um mês, dois meses no máximo. E aqui isso demora seis meses dependendo, oito meses, um ano.
2	Terapeuta Ocupacional: Não sei. Abrange uma grande demanda, mas não sei até que ponto é efetivo. Mas quanto a números, sim. Eu noto que alguns alunos estão aqui há bastante tempo, eles conseguem evoluir um pouco mais do que os alunos que vem só de fora. Porque são alunos que tem contato todo dia com um grupo específico. Tem alunos que já vieram me contar o que a professora ensinou, ou que agora permanecem sentados na hora de comer, e é um treino que não sou eu que faz. E pais também falam que veem a empresa como acolhimento mesmo, e que a criança começou a fazer muita coisa que não fazia.
3	Fonoaudiólogo: Eu nunca fui questionado até agora. As famílias perguntam como ele é aqui, se teve birra, se ficou agitado, mas não perguntam se está sendo efetivo.
4	Terapeuta Ocupacional: Não se tem muito retorno. Até porque não conseguimos falar com famílias do jeito que deveria. As mães dizem “ah, ele tá fazendo tal coisa”, eles dão alguma devolutiva, mas não tem envolvimento da família. São conversas, mas como vou ter retorno se preciso dividir a sala com outra pessoa? Não temos privacidade.
5	Psicóloga: Não.
6	Psicóloga: Olha, o feedback pra mim é muito pouco. Quando busco os pacientes lá na frente, pelo menos para mim, as famílias falam muito mais do profissional do que do sistema da saúde. Meu feedback é muito curto, é pouco para ter uma resposta bem clara. Eu não tenho reclamações, até recebo pessoas lá fora me pedindo se tenho horário. O que acontece bastante comigo é de uma família indicar para a outra, é algo mais particular, não é geral da saúde.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Os profissionais parecem considerar aspectos diferentes para dizer se o público atendido indica se o serviço de saúde está funcionando adequadamente. No primeiro conjunto, por exemplo, foi descrito “eu vejo na parte dos 0 a 6 anos uma evolução” e no segundo conjunto que “noto que alguns alunos estão aqui há bastante tempo, eles

conseguem evoluir um pouco mais do que os alunos que vem só de fora”. O que está sendo observado por estes profissionais para indicar que o serviço está funcionando? Também no primeiro conjunto há menção a um aluno com seletividade alimentar que melhorou de acordo com o *feedback* da família, e de outro estar aprendendo novas habilidades. Isso significa que o serviço funciona, ou que intervenções específicas do profissional funcionam? Além disso, qual a extensão dessas melhoras? Será que este mesmo aluno apresenta as melhoras em outros contextos apropriados como esperado em uma intervenção efetiva, em que “após o alcance de critério de aprendizagem, devem ser elaborados programas para garantir a generalização e manutenção das habilidades já ensinadas para ambientes naturais” (Almeida e Martone, 2018, p.194)? Ou ainda, será que sequer são melhorias decorrentes do trabalho do profissional ou produzidas por outras condições?

Já os outros participantes disseram não terem retornos sobre a efetividade do que faziam, apenas menções pontuais da família dos alunos atendidos, como por exemplo, a família descrever alguns dos comportamentos da criança, ou ainda, descrever notarem melhorias no comportamento da criança. Três participantes complementam essa indicação informando que “não tem muito retorno”, que “nunca foi questionado até agora”, ou que “o *feedback* para mim é muito pouco”. Uma participante respondeu apenas “não”. Assim, nota-se uma compreensão desses profissionais da insuficiência do *feedback* que possuem, no entanto, não foram todas as respostas que seguiram com esse complemento. O profissional que respondeu não ter sido questionado até agora, por exemplo, pode estar sinalizando que o critério que utiliza para saber se faz um bom trabalho é a ausência de críticas. Outra profissional indica “como irei receber feedbacks se divido minha sala?”, demonstrando enxergar obstáculos para receber indicações de que o serviço funciona.

Em síntese, os profissionais descrevem dificuldade de saber se o serviço de saúde funciona a partir do público atendido. Em primeiro lugar é difícil devido a falta de condições adequadas ou de oportunidades para coletar informações. Ainda assim, será mesmo que não existem formas alternativas de avaliar as mudanças no público considerando as condições já existentes? Se houver, será possível executá-las até qual grau? Seria viável tornar os profissionais preparados para capacitar a família a perceberem não apenas as mudanças de comportamento pontuais, mas também de relaciona-las com os processos desenvolvidos no tratamento, por exemplo? Afinal, mesmo quando descrevem aspectos como sinais de que o serviço funciona, é pouco

claro se são aspectos confiáveis, se representam o funcionamento do serviço, e o quão são suficientes para caracterizar aquilo que é feito pelo serviço de saúde.

Já quando questionados a respeito de quais são os resultados desses serviços ou produtos, os profissionais responderam enfatizando aspectos diferentes. Abaixo no Quadro 12 estão sintetizados os conjuntos de dados desenvolvidos a partir do que cada participante respondeu.

Quadro 17 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Quais são os resultados desses serviços ou produtos?”
(continua)

Part.	Conjuntos
1	Fisioterapeuta: Os resultados são lentos devido atendimento uma vez por semana ser pouco. Não são todos que compreendem, os maiores que compreendem fazem aqui, mas se pedir para fazer em casa eles não vão fazer. Quando tem resultado é satisfatório, porque vê a evolução do aluno, você vê o sorriso. A família de alguma maneira tá junto e manda uma mensagem ou um e-mail ou dá um feedback lá na frente. De que não via evolução e agora vê. O mínimo que a gente consegue aqui as vezes já é muito para eles, tu vê que aquilo vai fazer a diferença, então é satisfatório.
2	Terapeuta Ocupacional: As conquistas em casa. As vezes começa trabalhando com massinha, fazendo coisas pequenas, e daí dizem “meu filho conseguiu segurar o talher”, daí você percebe e diz “viu como brincar com a massinha? É para isso”. Tem que falar pois se não parece que tá só brincando, né. Mas teve um objetivo. É bem legal quando pais trazem que criança conseguiu cortar, conseguiu segurar, conseguiu escovar os dentes. O que tu vai falando vai entrando na cabecinha, né. Na hora não fazem o que tu pede, mas depois acontece.
3	Fonoaudiólogo: Alguns conseguem se expressar melhor, conseguem pedir de forma simples, né. Pedir para ir ao banheiro, dizer que tá com fome, até responder algumas perguntas. Nem sempre são falas espontâneas. Esse público tem horas que consegue se expressar de alguma maneira, mas parece que outra vez, tu tenta fazer o mesmo que tu fez na vez anterior e tu não tem a mesma resposta.
4	Terapeuta Ocupacional: Eu vejo que existe uma visão de acolhimento para a família pois eles sentem segurança de deixar os filhos aqui. Referente à questão clínica, pra mim é a mesma coisa de que existem os números, as metas que a gente tem que cumprir, mas eu não sei se a qualidade acompanha esse aumento, entendeu?
5	Psicóloga: Tem famílias que chegam para mim e dizer “meu Deus, eu estou aqui esperando atendimento não sei quanto tempo, e essa fila não anda”. Acho que não deveria ter meta, pois isso gera ansiedade no profissional e para a própria família, quando entrei eu sabia de toda essa realidade, mas na prática vai muito além. Não tem como fazer 320 atendimentos, eu consegui alcançar valores assim porque eu fiz orientação com professoras. Eu fiz de 5 alunos, mas não atendi. Vai ficar um trabalho não efetivo. O que eu sinto falta foi de um treinamento, sabe? Tu vai fazendo e aí tu erra, e não era pra ter feito isso. Não deveria ser assim porque são pessoas.

Quadro 18 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Quais são os resultados desses serviços ou produtos?” (conclusão)

Part.	Conjuntos
6	Psicóloga: Acho que é a evolução que está tendo algumas. Apesar das limitações existe esse desenvolvimento das crianças. Poderia ser mais rápido? Poderia, mas eu acredito que tenha essa evolução. Acho que apesar de tudo eu vejo avançando muito. Tinha alunos que tinham comportamento assim, de, de animais né. Não é bem essa a palavra, mas depois da evolução tu percebe que valeu a pena não desistir, mas poderia ter sido mais rápido.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Com relação aos resultados do serviço, os conjuntos de dados dois grupos de respostas. O primeiro grupo é constituído pela menção da existência de resultados relativos à mudança de comportamento dos alunos, e do grau de satisfação da família. Neste mesmo grupo, os resultados são reconhecidos como lentos, ou então, inconsistentes. Será que os resultados observados se mantêm estáveis no decorrer do tempo? Ou ainda, a inconsistência é representativa da inefetividade das estratégias usadas no serviço, ou é representativa da incipiência de um comportamento em desenvolvimento? Ainda que existam chances das estratégias não serem efetivas, caso as melhorias não sejam observadas e bem compreendidas, é possível que os profissionais percam boas oportunidades para mantê-las ou ampliá-las, afinal, mudanças podem ser sutis, e não identificá-las constitui a perda de boas oportunidades.

Já no segundo grupos resultados não são mencionados nas respostas, em seu lugar, é descrito que a organização do serviço produz ansiedade tanto para profissional quanto para família, que existe falta de treinamento e que existem dúvidas sobre a qualidade do serviço. Ademais, é indicado que apesar da família sentir-se acolhida, que isso não necessariamente é demonstração desta qualidade. Como já indicado por Kirkpatrick (1975) e Philips (1997), existem diferentes formas de avaliar uma intervenção, seja pela reação das pessoas (se acharam útil, se gostaram, etc), até a demonstração inequívoca das mudanças de comportamento das pessoas ou dos processos. A reação das pessoas pode ser exemplificadas pelo que foi relatado pelos profissionais a respeito das famílias, e trata-se de um tipo de avaliação com baixo grau de fidedignidade, considerando os maiores riscos de distorções.

Em síntese, os conjuntos de dados desenvolvidos a partir das respostas dos participantes a respeito de quais os resultados dos serviços prestados sinalizam possível carência de complementação. Se os estagiários constituem parte do público

atendido, por exemplo, quais os resultados da atuação no serviço de saúde sobre sua formação? Onde estão os resultados condizentes aos caracteres mencionados nos documentos? O que dizer dos resultados dos serviços referentes às famílias, as comunidades e a outras organizações que interagem com os alunos? Considerando essas lacunas, o quanto os participantes consideram relevante sequer avaliar serviços de saúde?

Posteriormente, quando questionados a respeito disto, os profissionais relataram entendimentos distintos. Abaixo no Quadro 13 estão sintetizados os conjuntos de dados desenvolvidos a partir do que cada participante respondeu.

Quadro 19 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “É relevante avaliar serviços de saúde multiprofissionais? Por que?”

Part.	Conjuntos
1	Fisioterapeuta: Sim, acho que é relevante. Acho que a tendência é cada vez maior de procurarem ele, então a gente vai ter que se atualizar para que as coisas corram de maneira melhor, que fluam mais rapidamente. O que a gente vê hoje no serviço da saúde em geral é muita lentidão.
2	Terapeuta Ocupacional: É, porque tem que repensar as coisas, né; Se avalia, a gente vai modificar pra tentar fazer diferente, para levantar uma reflexão sobre como que poderia ser.
3	Fonoaudiólogo: Sim. Porque mostra qual é a sua efetividade no serviço.
4	Terapeuta Ocupacional: Sim. Eu acho que tem algumas demandas que não são atendidas pois falta profissional, porque a organização não tá funcionando muito bem. Tem algumas coisas que precisam melhorar.
5	Psicóloga: É. Porque a gente precisa ter um retorno de como está indo, do que as famílias estão achando. Eu nos meus atendimentos procuro chamar e perguntar. Vou te dizer que o pedagógico fala sobre a saúde e colocam a gente lá no chinelo, está sendo mal falado nos corredores que a psicologia não faz nada, e deixe que a saúde se vire. Mas eles não sabem a nossa realidade, e quem vê a nossa realidade? Ninguém, parece que ninguém vê.
6	Psicóloga: Sim. Vou começar pela contratação, não acho que a empresa deveria contratar mais profissionais que saem da faculdade e vem para cá. Acho que no mínimo deveria ter uma formação, uma experiência com criança. Porque hoje nosso foco maior são as crianças. Porque muitas vezes a gente tem que capacitar. Para a gente ter uma parceria, né. Isso começa lá na contratação, dar cursos, fazer capacitação, ajudar com questões de sistemas e coisas burocráticas. Questão de tudo, né. Cadeira de rodas, de postura, de surtos, como é que dá para fazer porque para eles tudo é psicologia. Daí depois disso vem gestão e essas outras coisas.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Ainda que a relevância de avaliar os serviços de saúde multiprofissional tenha sido unanimemente descrita pelos participantes, as razões que justificam a avaliação desses serviços como relevantes foram diferentes. A avaliação foi indicada como

sendo um recurso que permitiria o serviço “fluir” mais rapidamente, como uma forma de refletir, como um jeito de saber a respeito da efetividade de cada um no serviço, como recurso para convencer da necessidade de contratar mais profissionais e para se ter um retorno de como o trabalho tem sido feito. Além disso, no quinto conjunto foi descrito que há uma necessidade de saber como está indo o serviço para as famílias, entretanto, ao mesmo tempo é mencionado que outras pessoas na organização possuem uma compreensão equivocada da psicologia, o que possibilita supor que uma outra razão para avaliar fosse modificar esta compreensão.

Já no sexto conjunto o que é indicado parece ser mais os resultados de um processo de avaliação, do que uma justificativa do porquê avaliar. O que está sendo examinado por cada participante parece contemplar parte do que uma avaliação possibilita fazer, no entanto, o que é uma avaliação e para que serve? Parece necessário identificar o que (ou quem) deve ser avaliado, quem avaliará, de que forma, para quais fins, e quais as possíveis decorrências desta avaliação. Ao sintetizar contribuições a respeito da “avaliação da aprendizagem”, por exemplo, Gusso (2013), descreve a necessidade de que essa avaliação não se reduza a mera mensuração do desempenho dos alunos. Da mesma forma, ao indicarem ser necessário avaliar o serviço, é relevante considerar que essa avaliação não deve ser apenas do desempenho dos alunos atendidos em diferentes atividades propostas pelos profissionais

Ademais, ainda segundo Gusso (2013), a avaliação não deve restringir-se pela mensuração do desempenho dos profissionais em atender seus objetivos (ou a meta), nem mesmo pela mensuração do desempenho dos processos organizacionais. A avaliação do serviço deve incluir a mensuração desses desempenhos como uma condição necessária para repensar os determinantes que os produzem. Isso implica em considerar que o desempenho dos alunos é em parte produto do desempenho dos profissionais, que por sua vez é em parte produto do desempenho de diferentes processos organizacionais, e assim em diante.

Em síntese, uma boa avaliação do serviço deve partir não apenas de parâmetros pessoais a respeito de diferentes partes do serviço. Avaliar a efetividade de uma organização, por exemplo, exigiria uma medida da produtividade de seus profissionais dadas as condições que possuem, e se for baixa, caberia à própria organização dar as condições para que modifiquem essa produtividade. Assim é necessário considerar na totalidade o objeto da avaliação, compreender o que o constitui, e assim estabelecer medidas relevantes para formular conclusões apropriadas que sejam integradas ao

próprio trabalho. Assim, como já alertado por Botomé (2011), a avaliação, que “(...) em certos contextos, é muito mais julgamento e até pretexto para “linchamento intelectual” do que um efetivo exame” (p. 336), pode realmente se tornar um recurso para equilibrar relações de poder entre as pessoas.

Já quando questionados a respeito de como a empresa sabe se o serviço de saúde está funcionando adequadamente, os profissionais relataram entendimentos distintos. No Quadro 14 estão sintetizados os conjuntos de dados desenvolvidos a partir do que cada participante respondeu.

Quadro 20 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Como a empresa sabe se o serviço de saúde está funcionando adequadamente?”

Part.	Conjuntos
1	Fisioterapeuta: Olha, eles veem, fazem uma pergunta para a gente. É mais direto do que com alguma ferramenta de pesquisa ou alguma planilha.
2	Terapeuta Ocupacional: A gente tem reuniões em que se fala das metas. Que é só para saber se tu tá atendendo ou não, e porque tu não tá atendendo. Talvez eles meçam por quantia de atendimento.
3	Fonoaudiólogo: Até agora nunca recebi esse tipo de questionamento. Em outro momento recebe elogios, mas são casos pontuais, de famílias. As vezes a família comenta com outra profissional.
4	Terapeuta Ocupacional: Ai que tá, acho que os pais misturam a questão de acolhimento com o que poderia ser oferecido. Tanto que eles cobram mais os profissionais da saúde, ligando fora do horário. Eles pedem um monte de coisa extra, e a gente tem que lembrar que é um serviço do SUS e só vemos os alunos uma vez por semana. Eles notam as evoluções dos alunos a longo prazo e o acolhimento que são oferecidos aqui na empresa. Acho que não tem ideia de que é um serviço para muitas pessoas e não tem como oferecer o mesmo tipo de serviço de acolhimento e atendimento para todos.
5	Psicóloga: A empresa já sabe que não funciona. Mas fecha o olho para aquilo que está acontecendo debaixo dos olhos. A (administradora) vê muito nosso esforço, mas não é feito uma ação. Não é mudado, não é visto a saúde mental desses profissionais, e acho que isso é importante. Se eu estou estressada e atender 16 pessoas, é muito fácil eu perder a cabeça, e sei lá, dar um “chacoalhão” em uma criança, e daí todo mundo vai dizer “ah, a fulana é ruim, né”. Mas não quer dizer que sou ruim, quer dizer que minhas emoções já foram para lá, e eles não tã por dentro.
6	Psicóloga: Eles sabem pela boca dos funcionários. Hoje estão chamando cada profissional e perguntando e entendendo onde está o problema.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Se o que os profissionais destacaram como considerações pertinentes para indicarem que avaliar um serviço de saúde é importante está incompleto, o que destacaram sobre a forma da empresa saber se o serviço funciona pode ajudar a

explicar o porquê. As motivações por trás das reuniões de equipe parecem centralmente ser de cobrar a respeito das metas de atendimento, e questionar possíveis defasagens no número de atendimentos. Assim, se o que é percebido por quem deveria realizar e facilitar a avaliação do serviço de saúde são apenas as metas, então, os profissionais estarão aptos a considerarem quase que exclusivamente esta métrica como sendo relevante. Se não isso, terão maiores dificuldades para enxergar o serviço como um todo, e não apenas partes dele.

Ademais, o quarto conjunto parece contemplar a possibilidade de que as famílias atendidas pelo serviço confundam acolhimento com efetividade. Caso seja compatível com a realidade, isso pode representar a possibilidade de que para a empresa não seja tão relevante se está sendo efetivo ou não, desde que as famílias dos alunos entendam que sim. Nessa direção, no quinto conjunto está complementado que a empresa está ciente de que o serviço não funciona, e inclusive que compreendem o esforço dos profissionais, no entanto, nada é mudado. Esta compreensão parece conflituosa considerando que nesse mesmo conjunto a participante indica que não haveria compreensão por parte da empresa caso ela “perder a cabeça”.

Em síntese, a empresa não faz exames sistemáticos sobre a efetividade do serviço, e marca reuniões apenas para realizar cobranças de metas. Há, ao menos para os participantes do quinto e do sexto conjunto, o entendimento de que a empresa está ciente das dificuldades, porém, se estão cientes, talvez não estejam completamente. E caso estejam completamente cientes das dificuldades, talvez estejam insensíveis a elas. É possível, por exemplo, que a compreensão sentida pela participante do quinto conjunto seja apenas recurso político para atenuar possíveis sentimentos de desamparo (considerando as respostas posteriores dos participantes, caso seja, então é um recurso muito limitado em sua efetividade). Ou então, caso estejam sensíveis e compreendam completamente o serviço de saúde, talvez não tenham recursos ou conhecimento suficiente para realizar mudanças significativas.

Assim, ainda que o dizer popular indique a necessidade de nunca atribuir à malícia o que pode ser explicado pela ignorância, vale novamente destacar, o que a empresa cobra possivelmente é o que os profissionais mais se atentam. Como sintetizado de Duarte (2010) por Gusso (2013):

“(…) em certos contextos, alunos só estudam algo quando é sinalizado que isso será cobrado em exames. Ou seja, a avaliação de aprendizagem, do ponto de vista dos alunos, torna-se um meio pelo qual é distinguido entre aquilo que é importante estudar por que será exigido, de outras informações que não serão exigidas” (Gusso, 2013, pp.75-76)”.

Posteriormente, quando questionados se consideram os critérios/indicadores usados pela empresa como adequados para saber se o serviço funciona, os profissionais novamente relataram entendimentos distintos. Abaixo no Quadro 15 estão sintetizados os conjuntos de dados desenvolvidos a partir do que cada participante respondeu.

Quadro 21 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Você considera que esses critérios/indicadores são adequados para saber se o serviço funciona?”

Part.	Conjuntos
1	Fisioterapeuta: Eu acho que poderia ser usado algumas outras ferramentas. Para que a coisa fluísse. Mas estamos com os braços meio atados.
2	Terapeuta Ocupacional: Não. Nem um pouco.
3	Fonoaudiólogo: Sim. O serviço tem que ser apontado de duas maneiras. De forma negativa ou positiva. Os dois contribuem, quando é positivo é gratificante, e quando é negativo, tentar arrumar.
4	Terapeuta Ocupacional: Eu acho que não.
5	Psicóloga: Não, eu acho que precisa ter o público que está ali na fila de espera e que a gente já tem contato, precisa estar a parte daquilo que está acontecendo, a gente precisa dar uma devolutiva para eles. E depende, eu não sei se avaliar cada setor ou o da saúde de maneira geral, não sei. Porém, eles vão dizer que tá bom, pois são pessoas carentes, então, eu estou pensando agora em quem poderia avaliar a gente.
6	Psicóloga: São adequados. Porque os funcionários que já tem embasamento do que tá acontecendo já sabem o que pode melhorar. São bem argumentados, muito bem argumentados.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Existem aparentes contrariedades a respeito da suficiência do que é indicado para avaliar o serviço de saúde. A maioria das respostas dos participantes sinaliza a compreensão de que a pergunta se referia ao critério usado pela empresa (as metas), porém, a sexta pareceu estar considerando as respostas que forneceu a respeito de quais os resultados do serviço, e de como o público atendido indica se este serviço está funcionando adequadamente. Parece haver um consenso por parte da maioria de que é insuficiente o critério das metas, no entanto, não há indicações detalhadas sobre de que forma complementar.

Nos conjuntos terceiro e quinto há ainda a necessidade de haver indicações do que há de positivo e de negativo, e da importância de envolver o público atendido na avaliação de como o serviço funciona. Destaca-se que o envolvimento do público para realizar a avaliação não deve ser mera formalidade. Como exposto em outros conjuntos de itens posteriores, se o público atendido parece confundir satisfação com qualidade,

então será necessário dar condições para que estes consigam de fato contribuir para avaliar o serviço.

As experiências relatadas por Tunes e Simão (1998) a respeito do trabalho realizado pela professora Carolina Mastuscelli Bori em 1977 pode servir como condição para pensar essa avaliação conjunta. Nessas experiências, a professora Carolina e sua equipe fizeram registros de conversas em grupo feitas com docentes, e posteriormente utilizaram desse registro como parte de um procedimento de desenvolver uma boa compreensão dos problemas enfrentados por esses docentes, e possíveis soluções. Assim, caso a gestão e os profissionais se envolvam mais diretamente com o público para delimitar e qualificar os critérios que esse utiliza, por meio de procedimentos como o realizado por Carolina, será possível tornar o envolvimento deste público mais do que mera formalidade.

O sexto conjunto apresenta também a compreensão de que os problemas e dificuldades do serviço de saúde já são conhecidos, e de que basta concretizá-los. Porém, como conciliar a convicção de que os problemas já são conhecidos e já possuem soluções, se nem mesmo existe consenso sobre o que é o serviço de saúde, quem o compõem, e que outros critérios usarem para avaliá-lo? Já quando questionados a respeito de quais outros critérios ou indicadores considerariam mais relevantes para avaliar o serviço de saúde, os profissionais novamente relataram entendimentos distintos. No Quadro 16 estão sintetizados os conjuntos de dados desenvolvidos a partir do que cada participante respondeu.

Tabela 22 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Há outros critérios ou indicadores que você considera mais relevantes para avaliar o serviço de saúde?”

(continua)

Part.	Conjuntos
1	Fisioterapeuta Parei para pensar pouco nisso. Não tem tempo para pensar aqui. De bate-pronto eu não sei te dizer que seriam essas ferramentas e esses critérios.
2	Terapeuta Ocupacional: Eu acho que teria que pegar as famílias e ver se está funcionando dentro de nossos planos terapêuticos. No outro lugar em que trabalho paramos todas sextas para discutir em equipe isso e falar com família e ver como está, não é só atender.
3	Fonoaudiólogo: Sim. Cada profissional sabe o que precisa ser feito, mas aqui deveria ter um painel de sugestões e feedback positivo e negativo, tanto por parte dos alunos quanto dos responsáveis quanto dos profissionais.

Quadro 23 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Há outros critérios ou indicadores que você considera mais relevantes para avaliar o serviço de saúde?”

(conclusão)

Part.	Conjuntos
4	Terapeuta Ocupacional: Eu acho que deveria observar a estrutura física e estrutura profissional, não temos gente para atender todo mundo. Também com esses profissionais estão aqui, se estão felizes, se não estão, se estão satisfeitos ou não. Eu acho que as vezes eles focam muito no que as famílias estão pensando da empresa, mas não no que os próprios profissionais estão pensando.
5	Psicóloga: O relato do profissional, como foi o dia dele, a agenda, ter uma gestão que nos chame e a gente possa dar feedback, que a gente possa ter opinião. Daí todos lados seriam ouvidos. Tem que pensar nas famílias, na gente, no pedagógico, e ter mais profissionais.
6	Psicóloga: Acho que poderia tentar entender o processo de outras instituições, fazer visitas, sabe. Mas não é só a gente fazer visita, as pessoas que estão acima também, tipo administração, presidente. Ver se tá tendo rotatividade, e ver se é a mesma coisa. Porque tem profissionais que estão há mais de 20 anos na nossa área e ama trabalhar lá, em Pomerode.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Os seguintes aspectos foram identificados a partir dos conjuntos de dados a respeito do que os profissionais consideram como relevantes para avaliar o serviço de saúde: opinião das famílias, grau de satisfação dos profissionais, carga de trabalho por profissional, o relato dos profissionais, e como outras instituições operam. Entretanto, o que disto é critério ou indicador, e o que são formas de acessar os critérios ou indicadores? O que coletar de informação com as famílias e com o relato dos profissionais? Descobrir quais os critérios ou indicadores é uma condição prévia para selecionar formas de coletar informações. Sem isto, falar com os profissionais ou com a família pode ser feito como mero ritual, sem consideração adequada para aquilo que deve ser orientador de um processo de avaliação.

Ademais, como tratar as informações coletadas e usá-las de forma apropriada? No sexto conjunto, por exemplo, é destacada a importância de se conhecer outras empresas do mesmo ramo. Entretanto, uma vez que se identifique como outras empresas funcionam, de que forma utilizar isto para avaliar e tomar decisões dentro da própria empresa? Não seria pertinente coletar informações sobre a comunidade direta que usufrui desses serviços? O próprio princípio de Regionalização do Sistema Único de Saúde destaca a importância de um serviço “ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a

partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida [ênfase adicionada].” (Ministério da Saúde, n.d. seção princípios organizativos).

A participante deste conjunto havia indicado na pergunta anterior (se considera que esses critérios/indicadores são adequados para saber se o serviço funciona) que os funcionários já possuem bons argumentos e sabem o que melhorar. Porém, como destacado por Gasque (2020) ao justificar a necessidade de que as pessoas tenham “letramento informacional”, sem a devida aprendizagem e o devido tratamento das informações, mesmo dados relevantes podem ser usados de forma incorreta.

Ainda assim, são esses indicadores que poderiam ser debatidos com as próprias famílias conforme já indicado durante o relato da experiência da professora Carolina Mastuscelli Bori em 1977. Além disso, discutir sistematicamente em equipe, criar um painel de sugestões, desenvolver práticas de fornecimento de feedback aos profissionais da família e da gestão e fazer visitas a outras instituições são todas sugestões que facilitariam identificar critérios melhores. Posteriormente, quando questionados se achavam relevante avaliar o próprio trabalho, e por que, os profissionais novamente relataram entendimentos distintos. Abaixo no Quadro 17 estão sintetizados os conjuntos de dados desenvolvidos a partir do que cada participante respondeu.

Quadro 24 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “É relevante avaliar o próprio trabalho? Por que?”

(continua)

Part.	Conjuntos
1	Fisioterapeuta: Claro. Para avaliar o planejamento, ver o que funcionou e o que não funcionou, se é hora de dar passo para trás, para frente, ou remanejar, replanejar.
2	Terapeuta Ocupacional: Sim. Porque a gente precisa melhorar e às vezes me frustra pois parece que não tá evoluindo. Me coloco no lugar dessas famílias e penso que não gostaria que meu filho fosse para um atendimento para nada. Tenho que dar meu melhor e às vezes não consigo.
3	Fonoaudiólogo: Sim, para saber o que melhorar.
4	Terapeuta Ocupacional: Sim. Às vezes me sinto solitária dentro da equipe de terapia ocupacional. Não tenho tempo para discutir casos e pensar novas estratégias. Não sinto que as pessoas daqui estão engajadas em mudar o que precisa ser mudado, já se adequaram ao jeito que está sendo feito agora. Isso dificulta um pouco quando vou avaliar meu trabalho, porque não sei se estou fazendo a coisa certa ou o que eu acho certo, sabe? Falta feedback aqui, profissional.

Quadro 25 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “É relevante avaliar o próprio trabalho? Por que?”
(conclusão)

Part.	Conjuntos
5	Psicóloga: Considero que sim. Para se autoavaliar, pensar em quais são meus princípios, se estou conseguindo atingir aquilo que acredito. Eu estou indo no automático, tem que dar freada, mas ao mesmo tempo preciso seguir o que a minha empresa está querendo que eu faça.
6	Psicóloga: Aham. Para entender o porquê a gente tem tanta demanda e o que dá para flexibilizar. Para entender que não é apenas dois ou três psicólogos que dão conta. Seria importante entender o processo. A gente já explicou muitas vezes, até documentado, mas depende também de a coordenação levar e flexibilizar mais. Eu já ouvi “Não faz mais do que sua obrigação, tá sendo paga para isso”. Então, não é bem assim, né?

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Novamente, os profissionais unanimemente declararam considerar importante avaliar o próprio trabalho. Alguns mencionaram que essa avaliação teria uma função voltada às suas próprias atividades como “para avaliar o planejamento, ver o que funcionou e o que não funcionou”, “saber o que melhorar” ou “para entender por que a gente tem tanta demanda e o que dá para flexibilizar”. Já outros fizeram menções a possíveis funções da avaliação do próprio trabalho para si mesmos, como “para se autoavaliar, pensar em quais são meus princípios”, “me sinto solitária dentro da equipe”, ou “porquê a gente precisa melhorar e as vezes me frustra pois não parece que tá evoluindo”.

Ainda que a avaliação do trabalho seja um processo relevante para aperfeiçoamento das atividades executadas por um profissional, os efeitos de avaliá-lo podem ter extensões para além do trabalho. O valor atribuído pela cultura ao exercício de atividade profissional pode implicar em categorizar ou desenvolver juízos morais a respeito do valor das próprias pessoas que exercem a atividade. Tal juízo, se equivocadamente realizado, poderá produzir impressões equivocadas a respeito de quem somos, e do que somos capazes.

Assim, avaliar o próprio trabalho, seja no sentido de aperfeiçoar processos, ou seja no sentido de identificar mudanças nos alunos, é uma etapa nuclear não só para o trabalho, mas para o profissional. Trata-se de uma etapa que, se bem aprendida, possibilita identificar os reais determinantes de certas dificuldades. Deste modo, é condição para que os profissionais distingam entre o que são problemas estruturais de suas organizações, e o que são problemas da própria formação profissional. Não só isso, também permite que os problemas associados a diferentes aspectos que são

avaliados sejam resolvidos de modo mais efetivo, e que seja possível caracterizar também pontos positivos a respeito da organização e do próprio trabalho.

Já quando questionados a respeito de como avaliam o próprio trabalho, os profissionais novamente relataram entendimentos distintos. Abaixo no Quadro 18 estão sintetizados conjuntos de dados desenvolvidos a partir do que cada participante respondeu.

Quadro 26 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “Se você avalia seu trabalho, de que modo o faz?”

Part.	Conjuntos
1	Fisioterapeuta: Planejando, né. A gente busca fazer o planejamento individual, mas não há tempo hábil. Então você pega um grupo que funciona e trabalha mais ou menos igual, e faz um planejamento igual para todos. E depois tu avalia de um tempo, a cada três meses. Se evoluiu ou não. Se não, aí sim faço um planejamento individual.
2	Terapeuta Ocupacional: No dia-a-dia, observando, as vezes a gente até não pensa muito, mas é uma coisa que faço quase todo dia, quando estou atendendo e observando as coisas.
3	Fonoaudiólogo: Atenção aos familiares. Conversando com algum colega que tá atendendo para trocar uma ideia ou facilitar a terapia. As vezes tu tá trabalhando algo e a psicologia outra coisa que não tem continuação com o que você estava fazendo. Vendo o quanto o trabalho está alinhado com o de outras pessoas,
4	Terapeuta Ocupacional: Eu fico me questionando quando vou dormir. Me pergunto se tá sendo correto a maneira como agir diante de uma situação. Eu debato comigo mesma, mas geralmente é mais uma autocrítica de mim, de que não estou conseguindo atingir o que eu acredito e o que estudei, o que considero como princípios meus.
5	Psicóloga: Avalio de forma não estruturada. quando recebo feedback dos pais e de outros funcionários. Avalio com anotações e evoluções dos pacientes. Comparo o que ele faz com o passar do tempo. Não consigo utilizar um instrumento ou ficha para registrar esses ganhos diariamente durante os atendimentos. Não é de forma criteriosa. Observação do registro e feedback dos pais.
6	Psicóloga: Avalio principalmente na terapia. É o que mais me auxilia nesse processo. Até quando vale a pena, questão de ética, me questiono se é ético ou não e a psicoterapia me reforça muito essa questão. Eu tenho o hábito de chegar em casa, abrir um caderno e escrever como foi o meu dia, o que eu fiz, o que não consegui fazer, e o que consegui. Acabo fazendo reflexões. Eu vou buscando e pontuando algumas coisas que acho relevante, pontuo para coordenação, mas hoje em dia nem tanto pois não está valendo a pena.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Se a avaliação do próprio trabalho deve incluir não apenas dados sobre mudanças dos alunos, mas também informações a respeito de como cada profissional

age em relação a esses alunos, bem como, de outros determinantes do comportamento de ambos, então, qual a melhor forma de avaliar? As respostas dos participantes incluem: 1) Realizar um planejamento individual de certo aluno quando uma intervenção não estiver sendo efetiva; 2) Realizar observações diversas, como por exemplo, do trabalho realizado por outros profissionais com a finalidade de conferir o quanto o que está sendo trabalhado em equipe é compatível entre si; 3) Comparar o desempenho de certo aluno com seu desempenho após determinado tempo de modo assistemático; 4) Avaliar se o que faz no trabalho é correto e compatível com certos princípios pessoais e 5) Identificar o que foi possível fazer e o que não foi possível fazer.

Todas essas estratégias podem ou não ser relevantes. Fundamentalmente, o que torna qualquer pergunta relevante serão as respostas que ela permite produzir. O que não significa dizer que cada pergunta deve levar necessariamente a uma resposta definitiva, pode ocorrer, por exemplo, ser necessário uma sequência de perguntas (e intervenções) de diferentes naturezas para se aproximar de uma pergunta que permita responder o que produziu a dúvida inicial. Nesse sentido, cabe o questionamento, o quanto cada uma dessas estratégias usadas pelos profissionais tem ajudado a lidar com os problemas que produzem as condições que os levam a empregá-las em primeiro lugar?

Parece ser necessário considerar alguns aspectos para contextualizar as estratégias que os profissionais citaram. Não só isso, parece razoável incluir alguns princípios que os ajudem a avaliar cada estratégia usada, e modificar conforme for preciso. Um desses princípios é tornar o mais operacional possível os momentos de reflexão de cada profissional. Foi indicado por uma das participantes, por exemplo, que ao pensar a respeito do que conseguiu ou não, o teor de seu raciocínio é de autocrítica. Destaca-se que é relevante ser capaz de criticar, porém, que o que deve ser criticado é menos a si mesma, e mais o que tem sido feito. Trata-se de complementar da seguinte forma, mesmo que sejam verídicas todas as críticas que os profissionais façam de si mesmos, o quanto essas críticas posteriormente ajudam a lidar com as situações que vivem de formas diferentes?

Descrever os problemas e dificuldades que vivem de modo operacional, exige tornar essa descrição (seja escrita ou falada), em um recurso para posteriormente identificar os determinantes daquilo que é descrito. Se agi de modo oposto aos meus princípios, por que o fiz? Eu tinha condições para agir de outra forma? Tinha

conhecimento e oportunidade? Se não tive, por que não? O quanto é possível no futuro prever e antecipar essas situações? O quanto é viável preparar-se de outra forma?

Ou ainda, se não consigo utilizar de estratégias estruturadas para avaliar meu trabalho, quais são as atividades em que consigo avaliar adequadamente de forma não estruturada? Em que escala se torna inviável montar materiais, instrumentos e demais estratégias para intervir e avaliar? É possível escolher escalas menores? Se uma estratégia não estiver sendo efetiva, e escolho posteriormente fazer um planejamento individual, pois não posso fazer de antemão com todos os alunos, é possível identificar com maior rapidez quais são as características dos alunos e dos problemas que tornam imprescindível um planejamento individual? O que concluir a partir das minhas observações sobre o trabalho de colegas e das reações dos familiares? Seriam realmente suficientes para definir o grau de compatibilidade dos objetivos, ou ainda, o grau de satisfação das famílias? Caso negativo, como posso complementar ou conferir minhas conclusões?

Em síntese, cada estratégia indicada pelos profissionais pode constituir parte de um processo de avaliação. O crivo para identificar o quanto são estratégias razoáveis parece ser o quanto elas permitem encontrar formas de lidar com os problemas e dificuldades que surgem no decorrer do trabalho. Para isso, a mescla de diferentes estratégias pode ser prudente. Não é objetivo deste trabalho listar todas as possíveis formas de lidar com essas dificuldades, e muito menos prescrever de modo sistemático o que fazer para se aproximar dessas formas. No entanto, é possível que cada pergunta a respeito do que foi indicado pelos profissionais possibilita que estes e outros dêem continuidade ao trabalho de pensar a respeito do que fazem.

Por fim, quando questionados a respeito do que deve ser considerado para avaliar o próprio trabalho dentro de uma organização, os profissionais novamente relataram entendimentos distintos. Abaixo no Quadro 19 estão sintetizados os conjuntos de dados desenvolvidos a partir do que cada participante respondeu.

Quadro 27 - Conjuntos redigidos a partir das respostas de cada profissional em função da pergunta “O que deve ser considerado para avaliar o próprio trabalho dentro de uma organização?”

Part.	Conjuntos
1	Fisioterapeuta: A partir do momento que o teu feedback tá sendo bom com as famílias, o resultado do teu tratamento está sendo bom também. Eu estou conseguindo atingir meu planejamento, então acho que resultado é palavra-chave nesse momento.
2	Terapeuta Ocupacional: A nossa motivação, se a gente tá bem e feliz para trabalhar. Se você consegue trabalhar com liberdade.
3	Fonoaudiólogo: Um conjunto de coisas. Comprometimento, a pontualidade, o feedback dos colegas que tão juntos na equipe, feedback da coordenação e da gerência.
4	Terapeuta Ocupacional: O feedback do líder, da coordenação, e algum tempo para fazer avaliações padronizadas, gostaria que isso fosse exigido. Pois me sinto perdida, sei que as crianças chegam com diagnóstico, mas eu gostaria de momento para mensurar o que evoluiu ou o que não evolui, sabe? Aqui mesmo que tivesse os instrumentos não teria tempo de aplicar.
5	Psicóloga: O próprio trabalho. O feedback de quem tu atende na unidade, tudo. Das famílias, nos atendimentos. Da coordenação também. Poderia ser elaborado e fazer bastante conversa, com pontos de melhora e estratégia, como o funcionário está se sentindo também. A empresa Deveria envolver mais o clínico também, o sentimento é de uma certa frieza, quando fiz a entrevista ela perguntou “Já trabalhou em produção?” Eu falei que não, mas que já trabalhei por plano.
6	Psicóloga: Acho que o diálogo é essencial, feedback. Entender o processo, diálogo entre setores, entre coordenadores, entre diretoria. Um diálogo assertivo, que não acontece hoje. Informações perdidas, comunicação violenta, deveria ser comunicação assertiva.
7	Terapeuta Ocupacional: A cada três meses reavalio todas as minhas crianças e adultos. Se eu for pensar de uma forma geral, preciso de uma semana sem atender ninguém para reformular tudo. Chega num momento que parece que eu estou num labirinto, rodando e rodando e não acho a saída. E a autocobrança também, eu me cobro bastante, a gente dá o nosso melhor e são dois passos para frente e um para trás. A gente nunca tá satisfeito.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

A partir das considerações a respeito de como complementar o que os profissionais relataram a respeito de como avaliar o próprio trabalho, é compreensível concluir que se trata de um processo nem sempre fácil, com muitas possíveis armadilhas. A dificuldade por si só é uma condição que aumenta as chances de que atalhos sejam utilizados para diminuir o sofrimento que decorre de fazer algo difícil. Entretanto, é necessário aplicar os mesmos princípios àquilo que soa como uma resposta satisfatória à primeira vista. Por exemplo, o alto grau de felicidade e motivação e liberdade de um profissional é relevante, no entanto, não é indicador da

qualidade de seu trabalho. Da mesma forma, comprometimento e pontualidade são características desejáveis em muitos, porém, não dizem respeito necessariamente ao que é nuclear das próprias atividades.

O diálogo, a concordância, o elogio e a aparente “leveza” de uma boa comunicação não-violenta podem ser obstáculos para concretizar o que é necessário. Mais do que isso, se não forem bem contextualizadas, todos esses aspectos promovem prejuízos para os profissionais e para quem usufrui do serviço de saúde. Identificar como os funcionários se sentem, por exemplo, só é produtivo se algo for feito a respeito das condições que produzem sentimentos indesejáveis, e se estão de acordo com os parâmetros de um bom serviço de saúde.

Assim, a pergunta “O que deve ser considerado para avaliar o próprio trabalho dentro de uma organização”, requer mais do que indicações a respeito de como avaliar. Trata-se de uma pergunta que exige considerar também que os próprios meios de avaliação podem ser deturpados em função não apenas dos interesses dos poderosos, mas também em função do sofrimento dos oprimidos. Não se trata de culpar os oprimidos, trata-se de compreender novamente que estes, ao sofrerem, buscarão às vezes atalhos para dirimir esses efeitos sobre si próprios, de formas que nem sempre facilitarão a lidar com o que de fato os oprime.

4.2.3. A falta de clareza a respeito de quem são os beneficiários do serviço e de como realizar avaliações do próprio trabalho, o uso indevido de medidas irrelevantes para avaliação dos processos organizacionais e a baixa qualidade das informações disponíveis sobre o serviço e sobre as atividades dos profissionais se constituem problemas para compreensão de quem é beneficiado pelo serviço e como o avaliar.

Inicialmente foi destacada a necessidade de conferir o que é usado, e o que deveria ser usado, para concluir que um serviço de saúde está funcionando adequadamente. O processo de avaliação foi indiretamente examinado a partir da análise de documentos sobre o serviço de saúde, e de entrevistas feitas com os profissionais. Orientou-se por compreender quem é o público atendido por esse serviço, de que forma indicam se este funciona adequadamente, os parâmetros utilizados para avaliar internamente o serviço, e para avaliar o próprio trabalho de cada profissional.

Os documentos selecionados são reveladores mais devido ao que está ausente, do que por aquilo que está contido neles. Não havia menção a aspectos a serem observados para avaliar o serviço. Conseqüentemente, aquilo que foi citado pelas pessoas com relação à avaliação do serviço foi pouco esclarecedor. A compreensão a respeito de quem é o público atendido por este serviço foi ambígua, e fundamentalmente os critérios utilizados por cada profissional estiveram menos relacionados ao que estava indicado nos documentos, e mais relacionados a compreensões pessoais de cada um, e pelo contato que cada profissional tinha com diferentes pessoas. Assim, ficou pouco esclarecido qual a responsabilidade do serviço para com os seus usuários, e qual a responsabilidade para com outros serviços do município. Especialmente, ficou pouco esclarecido se os reais beneficiários dos serviços prestados eram os usuários, ou se estes estão sujeitos mais aos interesses de suas famílias, ou àquilo que cada profissional conhece e sabe fazer.

Essa preocupação foi fortalecida pela constatação de que os próprios profissionais não tinham retornos adequados a respeito de suas atividades. A informalidade que constitui a satisfação da família e de colegas é insuficiente para caracterizar com exatidão quais têm sido os efeitos do trabalho de cada um. Paralelamente, aquilo que é cobrado pela organização (a meta definida burocraticamente apenas em termos de quantidade de atendimentos prestados) esconde o que poderia ser o verdadeiro produto do trabalho dos profissionais do serviço. Assim, mesmo esses possíveis produtos podem ser negligenciados ou esquecidos a favor do cumprimento rígido das exigências e cobranças institucionais. Nesse sentido, ainda que os profissionais declarem considerar importante avaliar o próprio serviço e seu próprio trabalho, estes carecem de clareza sobre como fazer justamente isso.

As respostas dos participantes permitiram considerar a relevância de que seja necessário organizar os sistemas responsáveis por ensiná-los a utilizar a avaliação menos como recurso para mensurar o desempenho das pessoas, e mais como recurso para pensar e modificar suas próprias intervenções, seja a gestão da organização, como também demais instituições da sociedade que devem conter estes objetivos como partes de suas funções sociais. Além disso, permite também considerar que a satisfação ou a insatisfação desses profissionais com o próprio trabalho, decorrente das poucas condições para o avaliarem adequadamente, é insuficiente para que esse processo seja feito de modo apropriado. Ainda assim, o conjunto de estratégias que estes profissionais elencaram como possíveis formas de avaliar o trabalho, possibilitaram

complementar com alguns cuidados necessários para torná-las mais adequadas e orientadoras.

Assim, para que seja possível saber como avaliar o serviço e o próprio trabalho, será necessário capacitar diferentes pessoas do serviço a: 1) Distinguir entre avaliação como medida do desempenho dos alunos e avaliação como meio para aperfeiçoar e corrigir a própria atuação em relação às condições para que esses desempenham aconteçam; 2) Relativizar o valor de *feedbacks* pouco precisos ou pouco pertinentes, como a satisfação ou a insatisfação da família, porém; 3) Considerar essa satisfação ou insatisfação como possível indicador da necessidade de articular diferentes necessidades das pessoas que atendem, e não somente como indicador da qualidade do próprio trabalho executado; 4) Transformar possíveis problemas, dificuldades ou queixas em perguntas e estratégias mais operacionais de modo a dirimir esses problemas ou dificuldades, ao mesmo tempo em que 5) Agir em função os reais determinantes destas dificuldades de modo a gerencia-los e eventualmente 6) Caracterizar a real extensão dos efeitos da insuficiência do apoio fornecido pela própria organização a eles.

Estes mesmos aspectos se constituirão como fundamentais para aumentar as chances de que as organizações concretizem suas missões. Como possíveis complementações, destaca-se que para possibilitar essas condições, as empresas deverão ter clareza a respeito de qual o contexto em que se encontram e precisarão usar de procedimentos adequados. A Análise do Comportamento nas Organizações já se constituiu como suficiente para este fim. O uso dos fragmentos de dados coletados antes da interrupção da delimitação original da pesquisa, ainda que parciais e coletados em uma única sessão, permitiram delimitar aspectos relevantes para futuras incursões de outros pesquisadores.

Além do uso desses procedimentos, é necessário que as pessoas que constituam a organização aprendam o que caracteriza a missão de uma organização, em especial a noção de resultados relevantes ao macrossistema em que se encontra. Também precisarão compreender o que implica “avaliar” algum processo, e, em específico, os objetivos de suas próprias organizações. Ademais, o desenvolvimento da capacidade de caracterizar e gerenciar o comportamento das pessoas, e de inclui-las neste processo adequadamente será nuclear para que seja possível ter clareza a respeito do que dificulta ou impede que a missão seja concretizada.

Demais observações a respeito deste trabalho incluem a constatação da existência de condições de trabalho precárias, o sofrimento e adoecimento relacionado ao trabalho, e a imposição de metas exaustivas que podem impactar na baixa qualidade do serviço prestado. Observa-se também que muitos trabalhadores estão “à deriva”, devido à ausência de diretrizes técnicas claras sobre o trabalho, a falta de compreensão sobre a missão e objetivos da organização, a ausência de avaliação de desempenho e a não conformidade com a política de trabalho em rede preconizada pelo SUS. A ausência de conhecimento sobre a efetividade do trabalho, e a não efetividade, pode indicar a violação dos direitos de um grupo vulnerabilizado, sinalizando para a necessidade urgente de futuras intervenções e pesquisas que abordem esses problemas de forma sistemática em organizações como essa.

Em síntese, este ensaio tinha como objetivo refletir a respeito da delimitação de um público para um serviço de saúde multiprofissional e dos critérios usados para avaliá-lo. Em especial, de refletir a respeito dos problemas existentes para essa delimitação. Assim, a partir do que foi descrito, explicitou-se que a falta de clareza a respeito de quem são os beneficiários do serviço e de como realizar avaliações do próprio trabalho, o uso indevido de medidas irrelevantes para avaliação dos processos organizacionais e a baixa qualidade das informações disponíveis sobre o serviço e sobre as atividades dos profissionais se constituem problemas para compreensão de quem é beneficiado pelo serviço e como o avaliar.

Portanto, ser capaz de avaliar o próprio trabalho de maneira crítica não é tarefa simples, porém, pode ser libertadora. Não libertadora da responsabilidade de prezar por quem deveria se beneficiar do serviço, mas libertadora da ilusão de que os profissionais sejam os únicos responsáveis pelos problemas que enfrentam, a organização em que atuam precisará realizar mudanças em como compreender sua própria função. Ainda assim, o percurso para realizar mudanças em sistemas complexos é longo, são inúmeras as condições que poderão interromper ou mesmo impedir tentativas de mudança. Assim, é pertinente que os profissionais que atuam em organizações que precisam ser repensadas, encontrem recursos para mudar as formas que enfrentam esses problemas de modo a estarem mais satisfeitos, e a cumprirem com suas responsabilidades com cada pessoa que usufrui de seus serviços da melhor maneira possível dentre as circunstâncias em que se encontram, ainda que isso exija, em algum grau, reconhecer as limitações que são impostas por estarem atuando em uma organização com baixa clareza de sua missão.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, o objetivo original deste trabalho era o de caracterizar os efeitos da avaliação da missão de um serviço de saúde multiprofissional nas percepções dos profissionais sobre a relação entre seu trabalho e essa missão. Essa delimitação foi alterada em função de um imprevisto indesejável para quem desse serviço usufruía: uma parte dos profissionais entrevistados se desligaram da organização após as entrevistas feitas com o autor. Assim, uma nova delimitação foi necessária, a partir dos dados coletados até o momento o objetivo tornou-se outro. Os dados, parciais para a proposta inicial, foram tratados de outra forma, ainda orientando-se pela constituição de um objetivo que tornasse possível o uso desses dados como conhecimento científico, e, para além disso, que se configurasse suficiente para “dar norte” a alguns dos possíveis problemas associados a concretização não só de uma pesquisa, mas da própria missão de uma organização.

Assim, o objetivo de refletir acerca dos aspectos que interferem com a execução da missão de um serviço de saúde multiprofissional do terceiro setor a partir de fragmentos de dados coletados em documentos a seu respeito, e com os profissionais que constituem esse serviço, foi formulado. Para tanto, os documentos do serviço foram lidos e deles extraídas informações referentes às partes de um modelo do que é uma organização. Posteriormente, entrevistas foram conduzidas com profissionais a partir de perguntas criadas deste modelo. A partir das respostas a essas perguntas, foram feitas adaptações na redação para evidenciar possíveis conjuntos de dados mais nucleares para cada resposta feita aos participantes.

Como limitação deste trabalho, destaca-se o baixo controle metodológico acerca dos reais aspectos que interferem na compreensão e execução da missão do serviço de saúde multiprofissional. As informações coletadas e transformadas em conjunto de dados não puderam ser conferidas novamente pelos profissionais entrevistados, e muito menos foram verificadas por meio da observação e registro formal da realidade em que atuam. A própria escolha do verbo “refletir” no lugar de outros como “identificar” ou “examinar” denotou o caráter de menor minúcia ou precisão em relação à realidade. Ainda assim, “refletir” possibilitou redigir aspectos que merecem atenção das pessoas que trabalham em organizações, sejam elas gestoras ou não.

Como aspectos positivos deste trabalho, indica-se que a análise dos documentos referentes à missão do serviço revelou ambiguidades em aspectos nucleares, como a definição do que constitui o serviço de saúde, quem são os profissionais envolvidos e como o trabalho do serviço é avaliado. Essa reflexão feita a partir dos conjuntos de dados desenvolvidos a partir das entrevistas ou identificados nos documentos ressalta a importância de definir claramente conceitos e funções para orientar adequadamente as práticas profissionais. A clareza dos documentos é primordial para que os profissionais tenham compreensão de seus objetivos, suas responsabilidades, e potencialmente sobre seus próprios desempenhos.

A partir das considerações das limitações e dos aspectos positivos deste trabalho, destaca-se que alguns cuidados para futuros profissionais que se empenharem em pesquisar em contextos organizacionais. O compromisso inicial de uma pesquisa é de que os prejuízos que dela advenham justifiquem os benefícios que ela possibilita. Trata-se de um compromisso caro, e de difícil mensuração. Até que ponto se justificam procedimentos que possam de alguma forma onerar não só os profissionais dessas organizações, mas todos os usuários que deles dependem? Como calcular ou prever os potenciais benefícios de uma pesquisa, especialmente de cunho exploratório e médio e longo-prazo? Não se trata apenas de descrever potenciais riscos e benefícios, mas sim, de descobrir e desenvolver formas de exercer controle sobre os prejuízos e benefícios concretos que advenham desses procedimentos.

Os pesquisadores futuros interessados precisarão ter claro que qualquer pesquisa envolve a realização de várias etapas, cada uma com variações mínimas que poderão exigir reformulações consideráveis. Ao refletir posteriormente à realização deste trabalho, o autor considera especialmente produtivo tornar claro para os participantes quais são as vantagens de se engajarem em discussões que poderão explicitar desconfortos que sentem. Não se trata de fazer promessas, mas sim, de identificar benefícios concretos e torna-los acessíveis a quem contribuir para o desenvolvimento do trabalho. Além disso, também pode ser valioso considerar que nenhuma pesquisa irá contemplar todas as nuances e complexidades de uma organização, por mais simples que ela seja, e por mais completa que a pesquisa se proponha a ser. Assim, aos interessados em desenvolver trabalhos dentro de organizações, é pertinente iniciar incursões de menor escala, em aspectos considerados relevantes para os que irão decidir se continuarão a disponibilizar espaço para que a realização desses trabalhos. Assim como é típico em trabalhos de intervenção clínica,

trata-se de desenvolver uma boa relação de trabalho como pré-requisito para a estabilidade (ou para manutenção da estabilidade) das possibilidades de atuar.

Por fim, por este trabalho ter envolvido o gasto de tempo e disposição das pessoas, uma devolutiva será fornecida especificando os principais aspectos descritos. A continuação da pesquisa em sua delimitação original poderá eventualmente ser retomada por outros profissionais que tenham condições para desenvolver um relacionamento com a organização, ou com qualquer outra organização em que um trabalho similar possa ser desenvolvido. Ainda assim, precisarão ser cuidadosos ao avaliar as implicações para as pessoas envolvidas, e ao considerarem que condições cada um precisará para concretizar os benefícios indicados aos participantes e aos que do trabalho deles usufruem como possíveis. O envolvimento com as pessoas de uma organização por meio de um vínculo formal, por exemplo, poderá ser um grande dificultador, no entanto, foi precisamente a condição que o autor precisou para engajar-se no desenvolvimento deste trabalho. O que mais pode se tornar possível quando os profissionais que atuam com determinados fenômenos se tornam também produtores de conhecimento acerca deles?

6. REFERÊNCIAS

- Almeida, C. G. M., e Martone, M. C. C. (2018). Ensino por tentativas discretas para pessoas com transtorno do espectro autista. In *Análise do Comportamento Aplicada ao Transtorno do Espectro Autista* (1st ed.). Appris.
- Almeida, D. S., Rodrigues, G. M., Barbosa, G. V., Campos, R. S., Gusso, H. L., e Luiz, F. B. (2015). Promovendo mudanças estratégicas por meio da Análise de Sistemas Comportamentais. In H. L. Gusso, B. A. Strapasson, e G. G. De Luca (Eds.), *Caderno de resumos do I Encontro Brasileiro de Análise do Comportamento nas Organizações* (pp. xx-xx). Curitiba: N1 Tecnologia Comportamental. Disponível em: <https://obmbrasil.files.wordpress.com/2013/10/i-obm-caderno-de-resumos.pdf>
- Andery, M. A. P. A. (2010). Métodos de pesquisa em análise do comportamento. *Psicologia USP*, 21(2), 313-342. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642010000200006>
- Aureliano, L. F. G. (2018). O uso da Análise de Sistemas Comportamentais para o aprimoramento dos serviços prestados pelo Centro para o Autismo e Inclusão Social (CAIS-USP) (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia Experimental. Disponível em <https://doi.org/10.11606/T.47.2018.tde-16072018-175955>
- Barros, A. L. O., Barros, A. O., Barros, G. L. de M., e Santos, M. T. B. R.. (2017). Sobrecarga dos cuidadores de crianças e adolescentes com Síndrome de Down. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(11), 3625–3634. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.31102016>
- Botomé, S. P. (1980). Administração de comportamento humano em instituição de saúde: uma experiência para serviço público (Mestrado). Universidade de São Paulo. Disponível em <https://doi.org/10.11606/D.47.1981.tde-02122022-134514>
- Botomé, S. P. (1996). Serviço à população ou submissão ao poder: o exercício do controle na intervenção social do psicólogo. *Estudos de Psicologia*, 1(2), 173-201. Disponível em <https://obmbrasil.files.wordpress.com/2013/12/botome-servico-a-populacao.pdf>
- Botomé, S. P. (2011). Avaliação entre “pares” na ciência e na academia: aspectos clandestinos de um julgamento nem sempre científico, acadêmico ou “de avaliação”. *Psicologia USP*, 22(2), 335-356. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642011005000013>
- Botomé, S. P. (2015). *A definição de comportamento*. Recuperado em 6 de novembro de 2018 de <http://www.itrcampinas.com.br/txt/definicaobotome.pdf>

- Brethower, D., Dickinson, A., Johnson, D., e Johnson, C. (2021). A history of organizational behavior management. *Journal Of Organizational Behavior Management*, 1-33. <https://doi.org/10.1080/01608061.2021.1924340>
- Cardoso, G. M. (2020). Caracterização do Serviço de Atenção Psicológica como organização (Relatório de estágio obrigatório não publicado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia.
- Carvalho, G. D., Da Silva, S. Z., Kienen, N., e De Melo, C. M. (2017). Implicações éticas na proposição de comportamentos-objetivo a partir da perspectiva behaviorista radical. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 5(2), 93–105. <https://doi.org/10.18761/perspectivas.v5i2.135>
- Cascio, M. A., Weiss, J. A., e Racine, E. (2020). Person-oriented ethics for autism research: Creating best practices through engagement with autism and autistic communities. *Autism*, 24(7), 1676–1690. <https://doi.org/10.1177/1362361320918763>
- Dargas, G. (2018). Estruturação de um departamento de recursos humanos estratégico utilizando o Behavioral Systems Engineering Model (Dissertação de mestrado). Associação Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento. São Paulo, SP, Brasil. Disponível em https://mestrado.institutopar.org/wp-content/uploads/sites/2/2022/09/2018_dissertacao_Gabriel_Dargas.pdf
- Diener, L., McGee, H., e Miguel, C. (2009). An Integrated Approach for Conducting a Behavioral Systems Analysis. *Journal of Organizational Behavior Management*, 29(2), 108-135.
- Dittrich, A., e Abib, J. A. D.. (2004). O sistema ético skinneriano e conseqüências para a prática dos analistas do comportamento. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 17(3), 427–433. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722004000300014>
- Duarte, M. I. F. C. (2010). Diferentes modalidades de avaliação e desempenho de alunos do ensino superior [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Disponível em <https://hdl.handle.net/10316/15588>
- Estado de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Manual de Normas Técnicas para Serviços de Reabilitação em Deficiência Intelectual e/ou Distúrbio do Espectro Autista. Florianópolis – SC: 2013. Disponível em <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.saude.sc.gov.br%2Findex.php%2Finformacoes-gerais-documentos%2Fmedia-e-alta-complexidade%2Fmanual-apae%2F3488-manual-apae%2Ffile&wdOrigin=BROWSELINK>
- Fundação Catarinense de Educação Especial. (2021). Acordo de cooperação ou de fomento - 2022. Florianópolis.

- Gasque, K. C. G. D. (2020). Manual do letramento informacional: Saber buscar e usar a informação (384 p.). Brasília, Brasil: Faculdade de Ciência da Informação, Universidade de Brasília. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Kelley-Cristine-Gasque/publication/337901654_Manual_do_Letramento_Informacional_saber_buscar_e_usar_informacao/links/5df14c314585159aa4765f3e/Manual-do-Letramento-Informacional-saber-buscar-e-usar-informacao.pdf
- Gilbert, T. F. (1997). Human competence: Engineering worthy performance. San Francisco, CA: International Society for Performance Improvement.
- Gusso, H. L. (2013). Avaliação da Eficiência de um Procedimento de Apresentação Semanal de Consequências Informativas ao Desempenho de Alunos em Nível Superior [Tese de doutorado, Universidade de Florianópolis]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.1.2530.0728>
- Gusso, H. L., Pitz, S. M. C. (2018). A proposição da missão de uma organização: contribuições da análise de sistemas comportamentais para caracterizar organizações. In N. Kienen, S. R. S. A. Gil, J. C. Luzia, e J. Gamba (Eds.), *Análise do comportamento: [livro eletrônico] conceitos e aplicações a processos educativos clínicos e organizacionais*. Londrina: UEL. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/330400299_A_proposicao_da_missao_de_uma_organizacao_contribuicoes_da_analise_de_sistemas_comportamentais_para_caracterizar_organizacoes
- Gusso, H. L., De Luca, G. G. (2017). Organizações como Sistemas Comportamentais: Considerações para a Delimitação do Campo de Atuação. In D. L. O. Vilas Boas, F. Cassas, e H. L. Gusso (Eds.), *Comportamento em Foco: Análise do Comportamento nas Organizações*. São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental, 5. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/319653899_Organizacoes_como_Sistemas_Comportamentais_Consideracoes_para_a_Delimitacao_do_Campo_de_Atuacao
- Houmanfar, R., Alavosius, M., Binder, C., e Johnson, K. (2019). Human Competence Revisited: 40 Years of Impact. *Journal Of Organizational Behavior Management*, 39(1-2), 1-6. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1080/01608061.2019.1599165>
- Johnson, D. A., Casella, S. E., McGee H., e Lee, S. C. (2014). The Use and Validation of Preintervention Diagnostic Tools in Organizational Behavior Management. *Journal of Organizational Behavior Management*, 34(2), 104-121. Disponível em <https://doi.org/10.1080/01608061.2014.914009>
- Katz, D., e Kahn, R. (1978). *The social psychology of organizations*. New York, NY: Wiley.
- Kirkpatrick, D. L. (1975). *Evaluating Training Programs: The Four Levels*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers.

- Malott, M. E. (2003). *Paradox of Organizational Change: Engineering Organizations with Behavioral Systems Analysis*. Reno, NV: Context Press.
- Mansilla, D. (2016). *Diagnóstico organizacional* (8th ed.). Ediciones Universidad Católica de Chile.
- McFillen, J., O'Neil, D., Balzer, W., e Varney, G. (2013). Organizational Diagnosis: An Evidence-based Approach. *Journal Of Change Management*, 13(2), 223-246. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1080/14697017.2012.679290>
- Ministério da Saúde. (s.d.). Princípios organizativos. Recuperado em setembro de 2023, de <https://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/okus/#principios-organizativos>
- Nale, N.. (1998). Programação de Ensino no Brasil: o Papel de Carolina Bori. *Psicologia USP*, 9(1), 275–301. <https://doi.org/10.1590/S0103-65641998000100058>
- Philips, J. J. (1997). *Handbook of Training Evaluation and Measurement Methods*. Houston, TX: Gulf Publishing.
- Portolese, J., Bordini, D., Lowenthal, R., Zachi, E. C., e Paula, C. S. de. (2017). Mapeamento dos serviços que prestam atendimento a pessoas com transtorno do espectro autista no Brasil. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 17(2), 79-91. <https://dx.doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v17n2p79-91>
- Puente-Lapacios, K., e Lemos Alves Peixoto, A. (2015). Uso de ferramentas de diagnóstico de gestão. In K. Puente-Lapacios e A. Lemos Alves Peixoto (Eds.), *Ferramentas de diagnóstico para organizações e trabalho* (1st ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Rummler, G. A., e Brache, A. P. (1992). *Melhores Desempenhos das Organizações: Ferramentas para a melhoria da qualidade e da competitividade*. São Paulo: Makron Book.
- Sá-Silva, J. R., Almeida, C. D. de, e Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira De História & Ciências Sociais*, 1(1). Disponível em <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>
- Santos, S. L. de F. (2021). *A síndrome de burnout sob uma perspectiva comportamental* (Monografia). Acesso em 24 set. 2023. Disponível em <https://ud10.arapiraca.ufal.br/repositorio/publicacoes/3795>
- Scott, J. B., Prola, C. D., Siqueira, A. C., e Pereira, C. R. (2018). O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Psicologia Em Revista*, 24(2), 600–615. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2018v24n2p600-615>

- Sidman, M. (2001). Coerção e suas implicações (p. 184). In M. A. Andery e T. M. Sério (Trad.). *Coerção e suas implicações*. Campinas: Livro Pleno.
- Skinner, B. F. (1984). *Contingências do reforço: Uma análise teórica*. São Paulo: Abril.
- Sleiman, A. A., Sigurjonsdottir, S., Elnes, A., Gage, N. A., e Gravina, N. E. (2020). A quantitative review of performance feedback in Organizational Settings (1998-2018). *Journal of Organizational Behavior Management*, 40(3-4), 303-332. Disponível em [., Sigurjonsdottir, S., Elnes, A., Gage, N. A., e Gravina, N. E. \(2020\). A quantitative review of performance feedback in Organizational Settings \(1998-2018\). Journal of Organizational Behavior Management, 40\(3-4\), 303-332.](#)
- Tomaz, R. V. V., Rosa, T. L., Van, D. B., e Melo, D. G.. (2016). Políticas públicas de saúde para deficientes intelectuais no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 155-172. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.19402014>
- Tunes, E., e Simão, L. M. (1998). Sobre análise do relato verbal. *Psicologia USP*, 9(1), 303-324. <https://doi.org/10.1590/psicosp.v9i1.107805>
- Van Maanem, J. (1996). Processando as pessoas: estratégias de socialização organizacional. In M. T. L. Fleury e R. M. Fischer (Eds.), *Cultura e poder nas organizações*. São Paulo: Atlas.

7. APÊNDICES

Apêndice A - Carta de anuência da instituição para realização da pesquisa.

[Cabeçalho omitido para preservação do anonimato da instituição]

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, _____ [Nome omitido devido anonimato] _____, na qualidade de responsável pela [Trecho omitido para preservação do anonimato da instituição]

, AUTORIZO a realização da pesquisa intitulada

EFEITOS DA AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES ESTRATÉGICOS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE SOBRE AS PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS QUE O COMPÕEM REFERENTES ÀS RELAÇÕES ENTRE O QUE FAZEM E OS COMPONENTES DESSE SERVIÇO a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador Andrey Oliveira Ramos, mestrando do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC sob orientação do professor Hélder Lima Gusso vinculado a este programa. Assim, DECLARO ter sido informado pelo pesquisador sobre os objetivos e método da pesquisa, de seus possíveis riscos e benefícios, do cronograma para sua execução, e da garantia de receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa, bem como, de que a instituição não será exigida o pagamento de qualquer taxa ou valor decorrente da autorização para realização da pesquisa. Também DECLARO ter sido informado de que como condição para realização da pesquisa os participantes não poderão ser cobrados de participarem, e não deverão sofrer prejuízos decorrentes de não atingirem suas metas de atendimento nos dias de coleta, considerando o tempo gasto com cada etapa. Além disso, indico estar CIENTE que após autorização esta pesquisa deverá ser aprovada pelo Comitê de Ética da UFSC e registrada na Plataforma Brasil antes de seu início.

[Cidade omitida para preservação do anonimato] 27 de Abril de 2022.

[Assinatura omitida para preservação do anonimato]

[Rodapé omitido para preservação do anonimato da instituição]

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes. Continua.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo **convidado(a)** a participar de uma pesquisa intitulada “Efeitos da avaliação da missão de um serviço de saúde sobre as percepções dos profissionais que o compõem referentes às relações entre o que fazem e a missão desse serviço” que está associada ao projeto de mestrado de Andrey Oliveira Ramos, sob orientação do professor Hélder Lima Gusso do programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. O **objetivo** dessa pesquisa é descobrir quais são os efeitos de fazer uma avaliação sobre um serviço de saúde sobre as pessoas que constituem esse serviço. Para isso, durante a pesquisa você será entrevistado pelo pesquisador em horário e local combinado mutualmente, e serão feitas perguntas para você sobre o serviço de saúde em que você atua, e sobre percepções suas sobre diferentes aspectos desse serviço.

Durante essas entrevistas o pesquisador irá registrar em papel suas respostas, e, caso você aceite, irá gravar sua voz para depois poder conferir o que anotou. A gravação é inteiramente opcional e você pode se recusar a continuar a ter sua voz gravada mesmo depois de ter aceitado, podendo inclusive solicitar a exclusão de gravações prévias. Tanto os registros em papel quanto as gravações serão acessadas única e exclusivamente pelo pesquisador ou seu orientador. Cada rodada de entrevista deve durar em média 30 minutos, e, como em toda pesquisa que exige entrevista, existe uma chance de que algumas das perguntas possam causar algum desconforto para você. Caso você precise de alguma assistência psicológica decorrente do desconforto com as entrevistas o próprio pesquisador se colocará a disposição para acolhê-lo ou para encaminhar a um serviço competente que possa realizar esse serviço.

Considerando o tempo das entrevistas, é importante ter ciência de que a instituição já foi informada dessa duração média, e da importância de que o tempo gasto com essas entrevistas não seja cobrado em outro momento. Ainda assim, é possível que apesar disto a instituição exija esclarecimentos sobre este tempo de você, caso isto ocorra é recomendável informar ao pesquisador para que este possa articular novamente com a instituição para encontrar possíveis soluções. Você tem o direito de fazer qualquer pergunta sobre a pesquisa em qualquer momento, seja antes durante, ou depois da realização dela. Caso o pesquisador não consiga responder no momento ele discutirá com seu orientador e responderá em outro momento apropriado. Caso você prefira contatar diretamente o orientador por qualquer razão você também terá esse direito, e poderá utilizar os dados que constam ao final deste documento para isso.

Você não tem qualquer obrigação de participar desta pesquisa, e poderá dela desistir em qualquer uma de suas etapas sem precisar apresentar justificativas para o pesquisador, seu orientador ou para a própria instituição. Não haverá da parte do pesquisador qualquer prejuízos advindos da desistência. Com a participação nesta pesquisa você terá direito a uma devolutiva ao seu final que apresente os resultados dela. O pesquisador e seu orientador serão os únicos a terem acesso aos dados, e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, isto é, resguardar sua identificação. Os

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes. Continua.



resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. O mesmo irá ocorrer com as devolutivas à instituição, em que serão apresentados apenas os dados como um todo sem identificar você ou qualquer outro participante. Para garantir seu conforto, antes de apresentar a devolutiva para a instituição o pesquisador irá conversar com você para selecionar em conjunto quais informações você avalia que possam ser compartilhadas e quais gostaria que não fossem.

Além desses possíveis riscos, existem também possíveis benefícios ao participar da pesquisa. Você estará auxiliando a produzir conhecimento científico sobre a efetividade de intervenções psicológicas em organizações. Entretanto, não há ganhos de qualquer benefício direto e a curto-prazo para você. Apesar da legislação brasileira não permitir que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisas, você será ressarcido por despesas previstas ou imprevistas comprovadamente decorrentes da pesquisa (transporte, alimentação, etc...).

Embora que cuidados sejam realizados para manter o sigilo, sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que de modo involuntário e não intencional. Como participante, você tem o direito de indenização por danos comprovadamente decorrentes da pesquisa por solicitação em via judicial, tanto os decorrentes da quebra de sigilo quanto quaisquer outros danos resultantes de sua participação. Abaixo você poderá selecionar se aceitar ter sua voz gravada e se aceita participar da pesquisa. Lembrando novamente que o aceite para qualquer uma dessas condições pode ser revogada a qualquer momento.

Caso aceite participar da pesquisa você deverá assinar e rubricar duas vias deste documento em conjunto com o pesquisador. Guarde com cuidado a sua via. Trata-se de um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. Destaca-se que o pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 510/16, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes de pesquisas com seres humanos. Destaca também que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da UFSC - CEPESH. Este comitê é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Dados para contato:

Pesquisador proponente:

Nome: Andrey Oliveira Ramos

Tel: (47) 98810-4596

E-mail: psi.andreyoliveiramos@gmail

Orientador da pesquisa.

Nome: Hélder Lima Gusso

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes. Finaliza.



E-mail: helder.gusso@ufsc.br
Tel: (48) 9996-2010

Além disso, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone 3721-6094 ou presencialmente no Prédio Reitoria II, 7º andar, sala 701, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis.

Declaro que que li este documento e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e que em ___/___/___, concordei em participar, na qualidade de participante do projeto de pesquisa intitulado “Efeitos da avaliação dos componentes estratégicos de um serviço de saúde sobre as percepções dos profissionais que o compõem referentes às relações entre o que fazem e os componentes desse serviço”, após estar devidamente informado(a) sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador. As informações fornecidas ao pesquisador serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade do proponente do projeto. Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados.

- () Aceito ter minha voz gravada durante as entrevistas nas condições indicadas anteriormente
() Aceito participar da pesquisa nas condições indicadas anteriormente

Blumenau, __ de _____ de 2022

PARTICIPANTE:

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

PESQUISADOR PROPONENTE:

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

ORIENTADOR RESPONSÁVEL:

Nome do orientador: _____

Assinatura do orientador: _____

Apêndice C - Protocolo de observação de dados referentes aos componentes de uma missão. Desenvolvido pelo autor a partir de Mallot (2003).

COMPONENTES DE UMA MISSÃO	TRECHOS SELECIONADOS A PARTIR DOS DOCUMENTOS	DOCUMENTO DE REFERÊNCIA
<p>Sistema Processador (As diferentes instâncias ou partes da organização que concretizam o serviço ou são responsáveis pelos produtos ofertados)</p>		
<p>Produtos (O que o serviço de saúde produz ou quais serviços prestam)</p>		
<p>Sistema Receptor (Quais os públicos atendidos por esta organização)</p>		
<p>Feedback do Sistema Receptor (Dados que o público atendido pelo serviço possa apresentar para gerenciamento do serviço)</p>		
<p>Feedback do Sistema Processador (Dados que o serviço produz para monitorar a fidedignidade entre o que é feito e o que constitui sua responsabilidade social.)</p>		

Apêndice D - Roteiro de entrevista semi-estruturada para avaliação da missão do serviço de saúde multiprofissional. Continua



ROTEIRO DE ENTREVISTA

1) Missão

O que você percebe como importante para orientar aquilo que você faz dentro do serviço de saúde multiprofissional?

O que você entende por missão de uma organização?

Qual a missão do serviço de saúde multiprofissional da [Nome da organização omitido]

2) Sistema processador (partes do serviço)

Quais são as outras instâncias da organização em que você atua que influenciam o que você faz? De que modo influenciam?

Quais são as partes que constituem o serviço de saúde multiprofissional?

Qual as funções de cada uma dessas partes?

Quais são as atividades que você realiza dentro do serviço de saúde? Quais as mais importantes?

3) Produtos e resultados

Quais os principais produtos ou serviços produzidos pelo serviço de saúde multiprofissional?

Quais serviços ou produtos você presta produz/?

Apêndice D - Roteiro de entrevista semi-estruturada para avaliação da missão do serviço de saúde multiprofissional.Finaliza



4) Sistema receptor dos produtos

Quem é o público beneficiado por esses serviços ou produtos?

5) Feedback do sistema receptor

Esse público indica, direta ou indiretamente, se o serviço de saúde está funcionando adequadamente? Se sim, como?

Quais são os resultados desses serviços ou produtos?

6) Feedback do sistema processador

É relevante avaliar serviços de saúde multiprofissionais? Por que?

Como a ^[Nome omitido] sabe se o serviço de saúde está funcionando adequadamente?

Você considera que esses critérios/indicadores são adequados para saber se o serviço funciona?

Há outros critérios ou indicadores que você que considera relevantes para avaliar o serviço de saúde?

É relevante avaliar o próprio trabalho? Por que?

Se você avalia seu trabalho, de que modo o faz?

O que deve ser considerado para avaliar o próprio trabalho dentro de uma organização?

¹ Parcialmente adaptador de Lori H. Diener, Heather M. McGee & Caio F. Miguel (2009) An Integrated Approach for Conducting a Behavioral Systems Analysis, *Journal of Organizational Behavior Management*, 29:2, 108-135, e de Gusso, H.L.; De Luca, G.G. (2017). Organizações como sistemas comportamentais: Considerações para a delimitação do campo de atuação. Em: Denise L. Oliveira Vilas Boas; Fernando Cassas; Hélder Lima Gusso. (Org.). *Comportamento em Foco: Análise do Comportamento nas Organizações*. 1ed.São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental, 5, 28-40.

Apêndice E – Delimitação do método da pesquisa-intervenção original que foi interrompida e possibilitou acesso a fragmento de dados utilizados na presente pesquisa. Continua.

1

PROPOSTA DE MÉTODO ORIGINAL DE PESQUISA INTERVENÇÃO INTERROMPIDA

2. OBJETIVO GERAL

Caracterizar os efeitos da avaliação dos componentes estratégicos de um serviço de saúde multiprofissional sobre as percepções dos profissionais que o constituem referentes às relações entre o que fazem e esses componentes.

2.1. Objetivos específicos

a) Avaliar os componentes estratégicos de um serviço de saúde multiprofissional a partir da descrição desses componentes em documentos sobre este serviço e do relato dos profissionais que o compõem.

b) Comparar as características dos componentes estratégicos deste serviço multiprofissional conforme estão dispostos em documentos sobre este serviço e conforme o relato dos profissionais que o compõem.

c) Identificar mudanças nos relatos dos profissionais em relação às suas percepções referentes às relações entre o que fazem e esses componentes estratégicos após a avaliação desses componentes.

3. MÉTODO

3.1. Delineamento de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa no formato de estudo de caso que é constituída por diferentes procedimentos que possuem características distintas. O primeiro deles se configura como uma pesquisa documental, pois um de seus procedimentos é a seleção e análise de documentos de modo a produzir dados a partir de produtos do comportamento verbal sobre os componentes estratégicos de um serviço de saúde multiprofissional (Andery, 2010). Desse modo, diferente de uma pesquisa bibliográfica, esses produtos ou documentos ainda não receberam tratamento analítico, constituindo-se assim fontes primárias de informação sobre esses componentes (Sá-Silva, Almeida e Guindani, 2009, p. 6).

Além dessa pesquisa documental haverá também uma análise do relato dos participantes com relação à aspectos da realidade de cada um em relação aos componentes estratégicos do serviço. Essa análise irá incluir uma caracterização desses componentes conforme as pessoas que os concretizam, e permitirá comparação com os dados da pesquisa documental. Por fim, além do relato dos participantes permitir a comparação com a pesquisa, isto também permitirá que os primeiros relatos sejam comparados com os últimos, de modo a caracterizar os efeitos dessa avaliação dos componentes

Apêndice E – Delimitação do método da pesquisa-intervenção original que foi interrompida e possibilitou acesso a fragmento de dados utilizados na presente pesquisa. Continuação.

2

sobre os próprios participantes. Para tanto, essa caracterização será feita de modo individualizado, comparando diferentes relatos de um mesmo participante para identificar o que mudou para cada um.

3.2. Caracterização do campo de pesquisa

O campo da pesquisa será uma Organização da Sociedade Civil (OSC) que presta serviços a pessoas com deficiência intelectual/TEA localizada no estado de Santa Catarina. Esta organização existe há mais de 56 anos e atualmente atende cerca de 506¹ pessoas que foram diagnosticadas com deficiência intelectual, atraso geral do desenvolvimento e/ou transtorno do espectro autista. As instâncias-fim que concretizam a função social da organização na sociedade podem ser divididas em dois grandes setores: o setor pedagógico, composto majoritariamente por professoras, auxiliares de sala, orientadoras pedagógicas e diretora; e o setor clínico, composto por uma equipe multiprofissional com uma coordenadora, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, nutricionistas, e médica psiquiatra.

O setor clínico da organização, também conhecido por “equipe de saúde” ou serviço de saúde multiprofissional², presta serviços diversos aos alunos e suas famílias. Todos os profissionais da equipe realizam atendimentos diretamente com os alunos ou com suas famílias, e orientam quanto a: como desenvolver diferentes habilidades do aluno em casa, sobre seus direitos como cuidadores de pessoas com deficiência, sobre como manejar comportamentos difíceis, sobre a alimentação e demais dificuldades que tenham em relação aos cuidados com os alunos. Além disso, a equipe também realiza visitas domiciliares e às escolas quando necessário para orientar professores e demais profissionais. Os profissionais também fazem encaminhamentos para outros serviços da rede de saúde quando pertinente, e prestam informações para esses serviços sobre diferentes aspectos do convívio familiar ou da saúde das pessoas atendidas.

Além dessas responsabilidades o serviço de saúde também realiza: a avaliação para isenção de imposto para compra de carro, a avaliação de redução de jornada de trabalho para servidores públicos, a avaliação para concessão de passe-livre inter e intramunicipal, orientação quanto adaptações dos ônibus que buscam os alunos em suas casas e das cadeiras de rodas que a instituição possui e a distribuição de cestas básicas e demais doações. Também realizam orientações para os professores do setor pedagógico, mediação entre diferentes profissionais e serviços da rede e as famílias dos alunos, o preparo para ingresso no mercado de trabalho e desenvolvimento de habilidades laborais. Além disso, também fazem a observação direta e indireta de comportamentos, a avaliação e orientação para transferência temporária dos alunos de suas escolas regulares para um serviço

¹ Dado retirado do sistema interno Argus utilizado para cadastro de alunos no dia 17 de março de 2022.

² Os termos “equipe de saúde”, “equipe técnica”, “setor clínico” e “serviço de saúde multiprofissional” serão utilizados como sinônimos. Após análise dos dados coletados neste estudo o uso será padronizado para aumentar a clareza.

Apêndice E – Delimitação do método da pesquisa-intervenção original que foi interrompida e possibilitou acesso a fragmento de dados utilizados na presente pesquisa. Continuação.

3

específico da instituição, a triagem para ingresso de novos alunos, a confecção de diferentes materiais para fins terapêuticos (cartilhas, jogos, adaptações, etc...) e acompanhamentos remotos à alunos que atualmente não frequentam a instituição por conta da pandemia de COVID-19. Por fim, os profissionais do serviço também participam esporadicamente de ações dentro da instituição, como por exemplo participarem do plantão para recepção dos alunos quando estes vêm para a instituição, servirem de “roteiristas”, isto é, pessoas que vão dentro do ônibus que busca e leva os alunos para suas casas, ou ainda, participarem de eventos para arrecadação de verbas, como pasteladas, venda de rifas, pedágio, entre outras.

A equipe do setor clínico trabalha em regime CLT, e deve cumprir metas diárias. Cada profissional deve atender oito alunos por turno, cada atendimento tendo duração de trinta minutos. As únicas profissionais que não trabalham com base nessa meta diária são a nutricionista que auxilia no planejamento e preparo de alimentos para os alunos que frequentam a instituição, duas fonoaudiólogas que são responsáveis por exames específicos e o serviço odontológico que atualmente não está em funcionamento por falta de dentistas.

As pessoas atendidas pela equipe do setor clínico podem ingressar na instituição de duas formas: Por meio de matrícula no setor pedagógico ou por encaminhamento da Unidade Básica de Saúde. Tradicionalmente só eram atendidos pelo setor clínico as pessoas que fossem matriculadas no setor pedagógico da instituição. Para tanto, atualmente é realizada uma avaliação de triagem pelo setor de psicologia, que deve averiguar se a pessoa avaliada se enquadra nos critérios da Fundação Catarinense de Educação Especial (FCEE) para matrícula em um dos seus serviços. São estes: Estimulação Precoce, Serviço Pedagógico Específico (SPE), Serviço de Atendimento Específico (SAE), Atendimento Educacional Especializado (AEE), Programa de Educação Profissional (PROEP), Programa de Atividades Laborais (PROAL) e Serviço de Convivência (Fundação Catarinense de Educação Especial – FCEE, 2021). Atualmente o serviço de PROEP e PROAL não estão organizados nas exigências da FCEE, assim, apesar de haver alunos matriculados nesses dois serviços eles operam de modo similar a outros serviços da instituição³.

Cada um desses programas funciona no turno matutino e vespertino. Os alunos são matriculados de acordo com esses turnos, e cada serviço possui um funcionamento diferente. Os alunos do Serviço Pedagógico Específico, por exemplo, tipicamente vêm até a instituição todos os dias, por conta desse programa temporariamente substituir sua ida ao ensino regular. Já os alunos da Estimulação Precoce e do Atendimento Educacional Especializado vêm normalmente somente duas vezes por semana para atendimentos de trinta minutos. Para melhor organizar esses serviços eles

³ Informação obtida através do relato da coordenação da equipe de saúde, da gestão da instituição, e de profissionais da equipe de saúde responsável por um estudo inicial de condições mínimas para execução do PROEP e PROAL na instituição.

Apêndice E – Delimitação do método da pesquisa-intervenção original que foi interrompida e possibilitou acesso a fragmento de dados utilizados na presente pesquisa. Continuação.

4

funcionam em três setores diferentes, gerenciados cada um por uma orientadora pedagógica: 1) Setor Educacional, que de modo geral engloba apenas os alunos até 17 anos e 11 meses da Estimulação Precoce, AEE e SPE; 2) Setor das Oficinas, que inclui salas do PROEP e PROL, do Serviço de Convivência e do SAE; e por fim o 3) Setor Ocupacional, que também inclui algumas salas do Serviço de Convivência e do SAE⁴. Por decisão interna os alunos atendidos pelo Setor Ocupacional tipicamente são aqueles que possuem maior dependência para as Atividades de Vida Diária (AVDs)⁵.

Caso o usuário não atenda os critérios de idade ou de grau de deficiência para algum desses serviços eles ainda poderão ser atendidos pela equipe de saúde desde que possuam diagnóstico de deficiência intelectual (associada ou não a outras deficiências), transtorno do espectro autista ou atraso global do desenvolvimento. Isto se deve a um recém instituído contrato da organização com o município para que a instituição sirva como unidade de referência de serviços de saúde e de assistência social a esse público. Entretanto, não poderão ser atendidos pelo setor pedagógico em nenhum de seus programas ou usufruir de alguns de seus outros serviços, como por exemplo o transporte em ônibus próprios da organização ou alimentação no refeitório.

Assim, o acesso da equipe de saúde aos alunos varia a depender destes serem usuários matriculados no setor pedagógico ou usuários advindos da Unidade Básica de Saúde que se encaixem apenas nos critérios para atendimento da equipe de saúde, caso sejam alunos do setor pedagógico é necessário que cada profissional construa sua agenda junto com as professoras e orientadoras pedagógicas. Já caso apenas usuários da equipe de saúde a construção da agenda é feita pela equipe.

3.3. Participantes

Participarão desta pesquisa todos os profissionais que constituem a equipe de saúde da organização que aceitarem participar da pesquisa e que não estejam afastados no período de realização do estudo. A princípio, serão convidados um total de quinze profissionais, são estes: uma médica psiquiatra, três fisioterapeutas, dos quais uma atua também como coordenadora da equipe técnica, quatro psicólogos, uma nutricionista, três terapeutas ocupacionais, duas assistentes sociais e quatro fonoaudiólogos.

3.4 Procedimentos

3.4.1. Contato inicial com participantes

⁴ Informações obtidas a partir dos documentos de 2022, utilizados pelas orientadoras pedagógicas de cada setor para enturmação de seus alunos.

⁵ Informação obtida a partir da interpretação do relato das três orientadoras pedagógicas dos três setores pedagógicos da instituição no mês de março de 2022.

Apêndice E – Delimitação do método da pesquisa-intervenção original que foi interrompida e possibilitou acesso a fragmento de dados utilizados na presente pesquisa. Continuação.

5

Será apresentada à instituição uma carta solicitando anuência para a formalização e condução da pesquisa (Apêndice 01). Esta carta será entregue após a discussão com a instituição sobre cada uma das etapas da pesquisa, seus objetivos, e possíveis decorrências positivas e negativas para os participantes e para as rotinas de trabalho. Após aprovação da instituição, este projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. Com aprovação do comitê de ética, será realizado um convite aos profissionais da equipe de saúde por e-mail, para reduzir a possibilidade de que se sintam pressionados a participarem. Nesse convite serão apresentadas as mesmas informações descritas no projeto submetido ao comitê, no formato de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 02). Caso os profissionais respondam ao e-mail indicando o aceite, eles serão contatados com antecedência para agendar horário com o pesquisador para indicarem possíveis dúvidas, pedir esclarecimentos sobre o convite caso necessário, e para assinar uma cópia física do TCLE. Após assinatura uma segunda cópia física será entregue ao participante.

3.4.2. Caracterização dos componentes estratégicos do serviço de saúde multidisciplinar a partir da análise de documentos sobre este serviço

Para avaliar os componentes estratégicos de um serviço de saúde multiprofissional a partir da descrição desses componentes em documentos sobre este serviço e do relato dos profissionais que o compõem, será necessário realizar uma pesquisa documental. Portanto, o objetivo desta etapa será de coletar e analisar dados contidos em diferentes documentos da instituição sobre o serviço de saúde multiprofissional a fim de caracterizar os componentes estratégicos desse serviço. Para tanto, serão consultadas a gestora da organização, a coordenadora do serviço de saúde multidisciplinar, e a diretora da organização para que indiquem documentos que considerem pertinentes para essa caracterização. Caso essas pessoas indiquem outros colaboradores como boas fontes para identificar documentos relevantes estas pessoas serão também consultadas. Uma vez identificados e coletados, esses documentos serão lidos na íntegra, e os trechos que contiverem informações que ajudem a caracterizar esses componentes do serviço serão analisados, destacados e organizados em um protocolo de observação próprio (Apêndice 03).

Essa organização será feita por meio do destaque e análise dos trechos a partir de onze componentes para caracterizar uma organização, sua missão ou função, seus produtos, o sistema de pessoas que recebem os produtos, o *feedback* desse sistema para a organização, o sistema de processos envolvidos na produção dos resultados da organização, o *feedback* interno desse sistema processador, os recursos necessários para funcionamento da organização e também a competição da organização (Mallot, 2003). Além desses oito, também serão incluídos mais três descritos por Gusso & De Luca (2017): o resultado produzido pelo produto ou serviços da organização na e para a sociedade, as externalidades desse produto sobre o meio ambiente, sobre a economia, a política dentre outras, e por

Apêndice E – Delimitação do método da pesquisa-intervenção original que foi interrompida e possibilitou acesso a fragmento de dados utilizados na presente pesquisa. Continuação.

6

fim, o sistema impactado por essas externalidades. Após essa organização dos dados, dois juízes avaliarão, de modo independente, a fidedignidade, coerência e pertinência dos dados destacados com as categorias de análise.

A partir dos dados coletados e organizados no protocolo de observação serão identificadas possíveis ambiguidades, aspectos nucleares e secundários e variações de escrita entre diferentes documentos, e lacunas presentes considerando o conhecimento já produzido sobre serviços de saúde multiprofissionais e considerando também as categorias de análise presentes no protocolo construídas a partir da noção de sistemas comportamentais. Feito isso, essas ambiguidades, variações de escrita, lacunas, e demais dados serão utilizados no próximo procedimento da pesquisa para formular perguntas na etapa de avaliação junto aos profissionais que atuam nesse serviço de forma a evidenciar, corrigir ou aperfeiçoar essas informações.

3.4.3. Avaliação dos componentes estratégicos do serviço de saúde multiprofissional a partir do relato dos profissionais que o compõem

Após a caracterização prévia dos componentes estratégicos do serviço a partir dos documentos, serão agendadas entrevistas com os profissionais que constituem o serviço de saúde multiprofissional para realizar a avaliação conjunta dos componentes estratégicos do serviço de saúde. Para isso, as entrevistas serão semiestruturadas e realizadas de modo individual com cada participante em local e hora previamente combinados e com as menores chances de distratores. Serão realizadas múltiplas rodadas de entrevista com os mesmos profissionais em momentos distintos, cuja duração de cada entrevista será entre vinte e trinta minutos. Na primeira entrevista além da avaliação dos componentes também serão coletadas as informações sobre cada participante: cargo desempenhado, jornada de trabalho, tempo de instituição, idade, formação e tempo no cargo. Esses dados gerais servirão para formulação de hipóteses posteriores à avaliação dos componentes

Para avaliar junto com os profissionais os componentes estratégicos do serviço, o pesquisador solicitará que as entrevistas sejam gravadas, e registrará cursivamente os dados mais relevantes durante a entrevista. Após isso, para atenuar as chances de registro incorreto ou de perdas de informações relevantes, o pesquisador irá ouvir as gravações realizadas e corrigir, complementar, ou aperfeiçoar seu registro cursivo. Caso o participante não concorde em ter suas respostas gravadas, a entrevista ocorrerá normalmente, e o pesquisador solicitará esclarecimentos em outra rodada de entrevista, ou irá indicar em registro pessoal caso não tenha sido possível conferir alguma informação.

Para avaliar o objetivo do serviço de saúde multiprofissional será necessário realizar várias rodadas de entrevistas com cada participante. Nessas rodadas será utilizado um roteiro de entrevista que irá conter perguntas diferentes a cada rodada, a depender das respostas que os profissionais deram nas rodadas anteriores. Cada pergunta contida no roteiro tem como função coletar informações sobre

Apêndice E – Delimitação do método da pesquisa-intervenção original que foi interrompida e possibilitou acesso a fragmento de dados utilizados na presente pesquisa. Continuação.

7

diferentes componentes pertinentes para avaliar o objetivo do serviço. De modo a avaliar a coerência entre essa avaliação com os profissionais e a avaliação a partir dos documentos, os componentes desta etapa serão os mesmos usados na análise documental. Para iniciar a primeira entrevista, um roteiro foi elaborado contendo as perguntas referentes a cada componente (Apêndice 04).

As perguntas realizadas em cada rodada serão organizadas em uma tabela (Figura 03) em função do componente a qual fazem referência. Da mesma forma, cada resposta dos participantes será inserida adjacente à pergunta que a produziu. Cada conjunto de dados será ainda dividido por participante por meio do recurso de criação de abas distintas disponibilizado pelo *software* Excel 2016.

COMPONENTE	RODADA			
	1		2	
	Pergunta A	Resposta A	Pergunta A	Resposta A
Recursos	Pergunta B	Resposta B	Pergunta B	Resposta B
	(...)		(...)	
Influências Ambientais	(...)		(...)	
Sistema Processador	(...)		(...)	
(...)	(...)		(...)	

Figura 03: Distribuição de perguntas e respostas em função dos componentes a que se referem. Elaborado pelo autor.

O conjunto de respostas de cada participante permitirá produzir uma representação gráfica em um Sistema Organizacional que contemple todos os componentes estratégicos investigados. Essas representações serão apresentadas aos participantes e o pesquisador irá sintetizar o que foi discutido na rodada anterior e de que modo as respostas foram analisadas e representadas. Feito isso, antes de iniciar a nova rodada de perguntas, o pesquisador irá pedir que os participantes confirmem se a interpretação das respostas é fidedigna ao que se recordam.

Serão realizadas até cinco rodadas de entrevistas de modo a aumentar as chances de que os dados contidos nas representações individuais de cada participante sejam os mais próximos possíveis dos outros participantes, ou até que explicitem diferenças inconciliáveis. A delimitação de uma quantidade máxima de rodadas diminui as chances de desgaste para os participantes. Isso irá ocorrer à medida em que o conjunto de respostas dos profissionais permita que novas perguntas sejam

Apêndice E – Delimitação do método da pesquisa-intervenção original que foi interrompida e possibilitou acesso a fragmento de dados utilizados na presente pesquisa. Continuação.

8

formuladas para novas rodadas de entrevista de modo a eliminar ambiguidades, complementar descrições, e aperfeiçoar a linguagem utilizada para se referir aos dados. Após as rodadas de entrevista encerrarem um documento será redigido pelo autor com a descrição do processo de mudança nas representações individuais de cada profissional, e também com a indicação de possíveis encaminhamentos a partir do que foi discutido. Esse documento será debatido com cada participante e irá compor relatório de devolutiva para a instituição. Além disso, é a partir deste documento que será possível realizar comparação com as características dos componentes identificadas na etapa de pesquisa documental, possibilitando indicar divergências, convergências ou outros aspectos que facilitem a visualização dos participantes e dos gestores sobre os componentes estratégicos.

3.4.4. Identificação das mudanças nos relatos dos profissionais em relação às suas percepções referentes às relações entre o que fazem e esses componentes estratégicos do serviço

Ao mesmo tempo em que as entrevistas de avaliação dos componentes estratégicos forem executadas, serão coletados dados que permitam caracterizar os efeitos dessa avaliação sobre a percepção dos profissionais das relações entre o que fazem e esses componentes do serviço de saúde multiprofissional. Para tanto, um segundo roteiro de entrevista (Apêndice 05) foi desenvolvido, constituído por perguntas gerais e perguntas mais específicas sobre possíveis relações que os profissionais possam perceber no decorrer do processo. As perguntas mais gerais foram desenvolvidas para permitir identificar se os participantes já realizaram ou realizam ações que impactem sobre suas respostas. Já as perguntas específicas servem como perguntas para caracterizar percepções iniciais desses participantes sobre as relações entre o que fazem e os componentes estratégicos do serviço.

As percepções sobre as relações entre esses componentes do serviço e o que esses profissionais fazem talvez sejam tênues ou pouco claras, assim, as possíveis relações que serão observadas são: 1) a percepção da interdependência entre o seu fazer e o fazer de um conjunto de profissionais; 2) a percepção da distinção entre o que é uma atividade, os produtos de uma atividade e os resultados desses produtos; 3) a percepção do que é mais relevante para avaliar o próprio trabalho; 4) a percepção da relação entre resultado do serviço de saúde multiprofissional e as externalidades produzidas; 5) a percepção do que é mais relevante para avaliar serviços de saúde; 6) a percepção das relações entre as influências de outras instâncias da organização e seu próprio fazer; 7) a percepção das relações entre as influências externas (economia, política, etc...) e seu próprio fazer; 8) a percepção da relação entre os recursos disponíveis e seu próprio fazer.

As perguntas que constituem esse segundo roteiro de entrevista servirão para estabelecer uma linha de base das percepções dos profissionais sobre essas diferentes relações. Uma vez caracterizada essas perguntas serão refeitas ao final do processo de avaliação com o intuito de identificar se

Apêndice E – Delimitação do método da pesquisa-intervenção original que foi interrompida e possibilitou acesso a fragmento de dados utilizados na presente pesquisa. Continuação.

9

houveram mudanças nas percepções dos profissionais do serviço. Para a organização dos dados as respostas iniciais e finais dos participantes serão registradas lado a lado em tabela digital (Figura 04) adjacentes às perguntas em função das oito relações que estão sendo observadas. Quaisquer outras perguntas ou respostas que não se enquadrarem nas relações observadas será registrada em espaço diferente para análise posterior.

PERCEPÇÕES	PERGUNTAS E RESPOSTAS			
	PERGUNTAS E RESPOSTAS		PERGUNTAS E RESPOSTAS	
Percepção da interdependência entre o seu fazer e o fazer de um conjunto de profissionais	Pergunta 1	Resposta 1	Pergunta 1	Resposta 1
Percepção da distinção entre o que é uma atividade, os produtos de uma atividade e os resultados desses produtos	Pergunta 2	Resposta 2	Pergunta 2	Resposta 2
(...)	(...)	(...)	(...)	(...)

Figura 04: Distribuição de perguntas e respostas em função das percepções a que se referem. Elaborado pelo autor.

Para a primeira entrevista as perguntas de caracterização dos efeitos serão feitas antes das perguntas de avaliação, de modo que as respostas sobre as diferentes relações não sejam imediatamente influenciadas pelas perguntas de avaliação, possibilitando uma linha de base mais fidedigna. Além disso, ao final da primeira e da última coleta de caracterização dos efeitos, será feita a pergunta “Há algo que você queira acrescentar como complemento, opinião, ou sobre algum aspecto que não foi perguntado?”, de modo a possibilitar que os participantes indiquem aspectos outros que não foram perguntados, ou que destaquem impressões ou opiniões sobre o processo.

Após a primeira e última coleta o pesquisador fará uma síntese do que foi indicado pelo participante e perguntará se a síntese está coerente ao que foi discutido. Ao finalizar a avaliação dos componentes os dados organizados referentes a essas relações serão analisados de modo a identificar similaridades e diferenças entre as percepções iniciais e finais, e conferir com os profissionais os possíveis momentos em que essas percepções parecem ter sofrido mudanças, e as possíveis perguntas ou discussões que possam ter tido relação com essas mudanças. Uma vez que hipóteses iniciais para as mudanças tenham sido formuladas, o pesquisador irá realizar uma última entrevista com os participantes para apresentar os resultados observados e conferir outras informações que auxiliem a identificar quais variáveis foram mais relevantes para as mudanças observadas.

Apêndice E – Delimitação do método da pesquisa-intervenção original que foi interrompida e possibilitou acesso a fragmento de dados utilizados na presente pesquisa. Conclusão

10

3.5 Riscos da pesquisa

Como possíveis decorrências negativas para o participante, essa pesquisa exigirá tempo, e assim poderá afetar negativamente a meta de atendimento destes. Para amenizar esse prejuízo será acordado com a instituição que os profissionais não sejam exigidos a cumprirem com a meta nos dias em que houver coleta de dados. Além disso, por se tratar de uma pesquisa que requer caracterizar percepções dos profissionais que atuam nessa organização, é possível que durante o processo esses profissionais passem a perceber aspectos negativos que afetam seu trabalho ou a própria organização. Do mesmo modo, essas percepções podem afetar os próprios participantes, e assim, até mesmo indiretamente as pessoas que usufruem deste serviço. Como forma de amenizar essa possibilidade será indicado que os dados coletados e analisados serão discutidos com a instituição de modo a apontar encaminhamentos que atenuem possíveis dificuldades identificadas. Caso ocorra a necessidade de realizar acolhimento psicológico, o pesquisador – que também é psicólogo - irá acolher imediatamente o participante e, se necessário, encaminhar para serviço de atendimento psicológico. Destaca-se que em estudos com objetivo de envolver trabalhadores na avaliação dos componentes estratégicos das organizações nas quais fazem parte, não são reportadas decorrências negativas aos trabalhadores, o que indica baixa probabilidade de sua ocorrência.

3.6 Benefícios da pesquisa

O processo de avaliação do objetivo do serviço de saúde multidisciplinar produzirá informações sobre possíveis problemas organizacionais, além de possibilitar que soluções para esses problemas sejam providenciadas. Todas as representações e dados coletados serão armazenados e mantidos pelo pesquisador, e a partir deles a devolutiva à instituição será desenvolvida. Esta devolutiva contará com um documento sucinto dos principais resultados da pesquisa, e com indicações das possíveis implicações desses resultados para a organização e para as pessoas que esta serve. Além disso, serão descritos possíveis próximos encaminhamentos a partir dos resultados identificados, classificados por ordem de prioridades e explicação breve da relevância e possíveis etapas que compõem esses encaminhamentos.

Já para a própria equipe, um dos benefícios possíveis será o de desenvolver a capacidade de avaliar de modo mais preciso o próprio trabalho, o que por sua vez pode aumentar a produtividade, satisfação e a economia de recursos e esforços desnecessários. Esses possíveis impactos sobre a organização e sobre a própria equipe são condições para que, a médio e longo prazo, as pessoas que utilizam os serviços da organização usufruem de um serviço melhor organizado, e assim, mais capaz de lidar com as necessidades sociais de seu público.