





Dinámica relacional de los equipos de salud de atención primaria y su impacto en la construcción de la cogestión


Relational dynamics of primary health care teams and their impact on co-management

Giovanna Cabral Doricci¹, Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava², Carla Guanaes-Lorenzi³

¹Autora de correspondencia.

Doctora en Psicología.
Profesora de Psicología,
Universidade de Ribeirão
Preto; Ribeirão Preto, São
Paulo, Brasil. ✉ 

²Doctora en Salud Pública.
Profesora, Departamento de
Medicina Social, Faculdade
de Medicina de Ribeirão
Preto, Universidade de São
Paulo, Ribeirão Preto, São
Paulo, Brasil. ✉ 

³Libre docente en Psicología.
Profesora asociada,
Departamento de Psicología,
Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão
Preto, Universidade de São
Paulo; Ribeirão Preto, São
Paulo, Brasil. ✉ 

RESUMEN La cogestión es uno de los lineamientos de la Política Nacional de Humanización de Brasil, que propone la apertura de espacios colectivos como dispositivos para su construcción. Desde una perspectiva constructorista social, entre 2015 y 2018 se realizó una investigación cualitativa que buscó describir y analizar las dinámicas relacionales en dos contextos de atención primaria de la salud, una unidad de atención primaria tradicional y un centro de salud de la familia, con el propósito de abordar la cultura organizacional y el proceso de construcción social de la cogestión. El trabajo se llevó a cabo en dos etapas: el trabajo de campo y las entrevistas. El núcleo de salud familiar, al tener una cultura más cercana a la cogestión, se describen y analizan facilitadores, mientras que la unidad de atención primaria de la salud tradicional, al alejarse de la cogestión, se detallan los obstaculizadores. Buscamos mostrar que las dinámicas relacionales son complejas y fluidas y que, para su transformación, requieren de un trabajo artesanal y específico en cada contexto, por lo que la “implementación” de espacios colectivos no es suficiente para una cogestión efectiva.

PALABRAS CLAVES Humanización de la Atención; Gestión en Salud; Atención Primaria de Salud; Cultura Organizacional; Brasil.

ABSTRACT Co-management is one of the guidelines found in Brazil’s National Humanization Policy, a policy that promotes the creation of collective spaces for its construction. Based on a social constructionist approach, qualitative research was carried out between 2015 and 2018 in order to describe and analyze the relational dynamics established in two primary care facilities – a Primary Care Unit and a Family Health Center – with the aim of analyzing organizational cultures and the social construction of co-management. Research was carried out in two phases: fieldwork and interviews. Given that the Family Health Center presented a culture closer to the idea of co-management, we describe and analyze factors contributing to this dynamic. Whereas in the case of the Primary Care Unit, which proved to be farther from co-management, we look at obstacles. Our goal is to demonstrate the complex and fluid nature of relational dynamics, and to show that their transformation requires that efforts be tailored to each specific context, and therefore the “implementation” of collective spaces is not sufficient on its own to generate effective co-management.

KEY WORDS Humanization of Assistance; Health Management; Primary Health Care; Organizational Culture; Brazil.

INTRODUCCIÓN

La Política Nacional de Humanización agrupa una serie de principios, tales como transversalidad, indisociabilidad entre cuidado y gestión, corresponsabilidad, autonomía y protagonismo de los sujetos y colectivos. Al ser una política transversal, que valora la singularidad de los contextos, está organizada de forma abarcativa, con lineamientos y dispositivos que orientan su concretización en el cotidiano de las prácticas de salud.

La cogestión es uno de los lineamientos de esta política, que propone la gestión corresponsable como fundamental para el proceso de democratización y humanización. A grandes rasgos, propone espacios colectivos que incluyan a gerentes, profesionales y usuarios en la planificación. Con diferentes influencias teóricas y, en especial, la obra de Campos⁽¹⁾ sobre el *método de la rueda*, se proponen algunos dispositivos para la construcción de la cogestión: grupos de trabajo en humanización, colegiados gestores, contratos de gestión, cámara técnica de humanización, entre otros⁽²⁾.

Al analizar la humanización en diferentes contextos organizacionales, Cortez, Zerbini y Veiga⁽³⁾ definen que “la humanización se refiere a los procesos de interacción que le dan la posibilidad a los individuos de adquirir características propias de la convivencia social humana capaces de transformar el contexto en que se insertan y sus propias realidades”⁽³⁾.

Los autores señalan, además, que las organizaciones humanas que promueven la humanización, hacen un uso de los equipos de trabajo en forma de red y flexibilizan la departamentalización, lo que permite una influencia dialógica y el intercambio de conocimientos entre los participantes de los proyectos⁽³⁾, algo también mencionado en la obra de Campos⁽¹⁾. Si bien la estructura y la organización de los contextos influyen en la construcción de la humanización⁽⁴⁾, por otro lado, por las propias características de la dinámica relacional⁽⁵⁾, cada equipo se construye de forma singular.

En una revisión bibliográfica integrativa sobre cogestión, Doricci y Guanaes-Lorenzi⁽⁶⁾ señalan una laguna respecto de investigaciones que describan el movimiento grupal o las interacciones. Los textos señalan reflexiones teóricas y experiencias prácticas basadas en la idea de “implementación” de espacios de conversación, sin considerar su funcionamiento. Desde esa perspectiva, los cambios en el modelo de gestión deben surgir de transformaciones en la cultura organizacional en las que se circunscriben las relaciones de trabajo, con vistas a procesos que horizontalicen la comunicación, el poder y compartan afectos.

El objetivo de este artículo es analizar, desde una perspectiva construccionista social, las dinámicas relacionales establecidas en dos contextos específicos de atención primaria de la salud. Este trabajo es parte de una investigación mayor titulada “*Humanização e gestão na atenção básica: as relações de trabalho no cotidiano*”. Entre los trabajos derivados de esa investigación, se publicó un artículo de revisión bibliográfica sobre cogestión⁽⁶⁾, sobre el cual se fundamentó la investigación, y una descripción detallada de la estructura física y de los modelos de atención –estructura contextual⁽⁴⁾–, con un enfoque distinto al presente artículo. El análisis presentado aquí tiene la intención de visibilizar cómo la epistemología construccionista social –que emerge en el contexto de la posmodernidad y que promueve procesos de reflexión en relación con el modo en que funcionan los equipos– resulta útil para pensar el proceso relacional artesanal de construcción de las prácticas de gestión en el cotidiano de los servicios de salud.

La construcción social de la gestión, de la cultura organizacional y de los grupos

Dentro del pensamiento posmoderno, una de las premisas básicas del análisis social es comprender la realidad como un *proceso en construcción*, cuya configuración emerge en

las relaciones. Esto implica no partir de los conceptos de “organizaciones”, “gestión”, “cultura”, “liderazgo”, sino observar cómo *co-bra*n estatus de concreitud en las relaciones⁽⁷⁾.

El construccionismo social propone que el mundo social se construye en procesos relacionales. Desde esta perspectiva epistemológica sustentamos la posibilidad de que el foco relacional pueda ofrecer una influencia sustancial en la construcción de la cultura organizacional y la gestión del trabajo que, en un modelo de cogestión, ocurre en procesos colectivos o grupales.

Aunque esta visión haya sido discutida hace tiempo en diferentes áreas del conocimiento, aún ha sido poco explorada en el campo organizacional y de la gestión⁽⁸⁾. McNamee⁽⁹⁾ utiliza un gráfico circular para explicar la construcción social de la realidad, que nos permite comprender que la *cultura organizacional* se construye en las relaciones, y de esa forma es posible considerar la gestión como una *construcción social*, cuyo proceso se puede iniciar en cualquiera de sus etapas, dado que es circular.

Una de esas etapas es la manera en que las personas coordinan sus acciones en una situación dada que, al ser reiterada varias veces, pasa a ser reconocida como la forma *correcta*. Poco a poco esa forma se va transformando en un patrón, y se configura como otra etapa de ese proceso: la *construcción de rituales y patrones*. Con el tiempo, ese patrón se torna una referencia, y las próximas acciones se fundamentan en ese modelo, por lo tanto, la tercera etapa es la *creación de expectativas*. Esas expectativas sustentan sistemas de valores y creencias, los cuales se tornan *órdenes morales de referencia* para las próximas acciones, o sea, señalan el modo considerado “correcto” de la acción en una situación dada. En la próxima etapa (que corresponde a la primera etapa descripta del ciclo), las acciones se mantienen y reifican la lógica establecida. Ese proceso, al ser cíclico, es considerado “dado” (*taken for granted*), como si no dependiera de la participación de las personas, por lo que no es visto como pasible de cambio⁽⁹⁾.

Sin embargo, como construcción social, la cultura organizacional se la considera dinámica y pasible de cambios a partir de la *reflexión* sobre cómo se construyeron determinados patrones y por qué razones, movimiento esencial para aquellos que las sustentan: los profesionales de salud.

La epistemología construccionista social proporciona una base para ese proceso de reflexión. Nos invita a reflexionar críticamente sobre qué conocemos y cómo ese conocimiento organiza nuestras prácticas sociales o modos de vida. Esos cuestionamientos corresponden al proceso de *desconstrucción o desfamiliarización* de la realidad⁽¹⁰⁾, lo cual tiene el potencial de transformar sentidos que limitan la posibilidad de construcción de futuros deseables.

La cogestión es una propuesta de cambio de la cultura organizacional de las unidades de salud; sin embargo, la cultura es algo complejo y exige la exploración de una serie de factores, no basta “implementar” una nueva forma de actuación o una nueva normativa política, si los profesionales conservan las creencias y los valores de la lógica anterior. Así, en muchos casos, se “implementan” ruedas de conversación o espacios “colectivos”, pero se siguen reproduciendo antiguos patrones jerárquicos.

En este sentido, entendemos que la construcción de una nueva realidad social, de una nueva cultura organizacional, les exige a sus participantes la consciencia de su participación en su producción y, al mismo tiempo, un proceso reflexivo grupal, dado que la cogestión presupone conversiones colectivas.

En la epistemología construccionista, el grupo se torna un contexto de producción y negociación no solo de sentidos, sino de realidades sociales⁽¹¹⁾. Así, los espacios colectivos de conversación, como propone el *método de la rueda*, pueden conformarse en contextos privilegiados de diálogo, en los que la co-construcción de realidades sociales asume un papel central. En ese sentido, hay un desplazamiento de la atención destinada a la tarea de definición de los grupos, que redirecciona la atención al modo en que las

personas se relacionan y conversan y, en consecuencia, construyen la realidad del grupo, y de la cultura de la cual forman parte⁽¹²⁾.

Guanaes-Lorenzi⁽¹¹⁾ propone algunos recursos para el trabajo grupal: a) *enfocar el proceso grupal*: estar atentos a cómo las personas se relacionan en los grupos; b) *problematizar las metanarrativas*: convocar a un proceso reflexivo sobre cómo funcionan nuestras prácticas y en qué fundamentos se sustentan; c) *reconocer la dimensión ética y política del trabajo grupal*: en palabras de la autora, “pensamos que el grupo es una tecnología potente para el fortalecimiento de redes de solidaridad y para promover la idea de colectivo, que valora la construcción de ciudadanía y una mayor participación social”⁽¹¹⁾; y, d) *adoptar posturas colaborativas y dialógicas en la facilitación de grupos*: estar atentos y abiertos a la pluralidad de sentidos, lo que posibilita la participación y construcción de una relación democrática y horizontal. Como destaca la autora, esos recursos no deben ser asumidos como técnica. La intención es ofrecer ejemplos de cómo la epistemología constructorista social puede ser utilizada como recurso para pensar y problematizar diferentes conceptos y realidades sociales.

Con base en esos conceptos, en este estudio buscamos mostrar la complejidad de la construcción de un grupo o equipo que anhela trabajar la cogestión. Además de los aspectos contextuales que limitan o potencializan esa construcción⁽⁴⁾, nuestro objetivo es señalar aspectos de la dinámica relacional, que conforman y sustentan la cultura organizacional, y que facilitan o dificultan el funcionamiento de un modelo específico de gestión, lo que denota la cualidad local y artesanal de esa construcción.

MÉTODO

Contexto y participantes

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética (CAAE: 46453315.0.0000.5407) y cumple con los requerimientos de la Resolución

No. 466⁽¹³⁾. Los participantes firmaron los términos del consentimiento libre e informado, y sus nombres reales fueron reemplazados. Al ser en su mayoría mujeres, adoptamos el pronombre femenino para referirnos a todas las personas que participaron.

El estudio se realizó, entre 2015 y 2018, en dos unidades de salud de Ribeirão Preto, municipio del interior de São Paulo. Los criterios de inclusión fueron seleccionar una unidad de atención primaria de la salud que no cuente con el Programa de Agentes Comunitarios de Salud o con la Estrategia de Salud Familiar, y un núcleo de salud familiar que sí cuente con la Estrategia de Salud Familiar. Estas unidades contemplan dos modelos de atención del municipio, construidos en momentos y necesidades históricas distintos, lo que nos permitió explorar el funcionamiento de los equipos en diferentes contextos organizacionales.

La unidad de atención primaria de la salud funciona de lunes a viernes, de 7 a 17h, y ofrece servicios de Clínica Médica, Pediatría, Ginecología y Obstetricia a cargo de especialistas, además de Odontología, Enfermería, asistencia farmacéutica, vacunación y test del piecito. El núcleo de salud familiar funciona de lunes a viernes de 8 a 12h y de 13 a 17h, y ofrece acciones en las áreas de Pediatría, Clínica Médica, Ginecología, Obstetricia, Enfermería, y Planificación Familiar, con profesionales generalistas.

Procedimientos de producción de datos

El proceso de producción de datos se realizó en dos etapas: 1) el trabajo de campo; y 2) las entrevistas individuales y los grupos focales. El trabajo de campo se llevó a cabo durante cuatro meses, con cuatro horas de duración por día. La investigadora –psicóloga y cursando un posgrado– permaneció en los centros en todos los espacios de libre circulación, excepto consultorios o salas de procedimientos. Con base en la bibliografía relacionada con la Política Nacional de Humanización y cogestión, construimos una

guía de preguntas para el trabajo de observación. Para el registro, utilizamos un diario de campo, uno para cada unidad, en los que se completaron 214 páginas de anotaciones. Ese material pasó por un primer análisis que orientó la construcción de una guía semiestructurada para las entrevistas, adecuada a cada contexto y disparadora de conversaciones sobre la gestión de las unidades de salud, y reflexiones sobre compartir decisiones.

En el núcleo de salud familiar realizamos un grupo focal con casi todo el equipo, mientras en la unidad de atención primaria se realizaron tres grupos focales y una entrevista individual con una de las enfermeras. El grupo focal corresponde a una técnica de entrevista adecuada para investigaciones cualitativas, cuyo objetivo es escuchar a los participantes con relación a algún tema y, al mismo tiempo, analizar las interacciones grupales⁽¹⁴⁾. Las entrevistas se grabaron en audio y se transcribieron en su totalidad, en un cuerpo de 102 páginas.

Los grupos se conformaron de acuerdo con los siguientes criterios: que las personas aceptaran participar de la investigación, firmaran los términos del consentimiento libre e informado y que tuvieran disponibilidad el día y el horario pautados. En el núcleo de salud familiar, participaron de la entrevista 16 profesionales: una fonoaudióloga, dos auxiliares de enfermería, dos agentes comunitarias, dos médicas residentes, un auxiliar de servicios generales, la coordinadora de la unidad, una recepcionista, una fisioterapeuta, una médica que cubre días libres, una médica de familia, un dentista, una enfermera y una farmacéutica. El personal de seguridad de la unidad no suele participar de las reuniones, dado que atiende la puerta de entrada, en el caso de que alguien necesite algo mientras el núcleo está cerrado para la reunión. En la unidad de atención primaria, el primer grupo estuvo integrado por cinco personas: tres auxiliares de enfermería, una auxiliar administrativa y una farmacéutica. El segundo grupo estuvo compuesto por una médica pediatra, una auxiliar administrativa y cuatro auxiliares de enfermería. El tercer

grupo estuvo compuesto por un auxiliar de servicios generales y dos auxiliares de enfermería. La entrevista individual se realizó con la enfermera, dado que ya no había más profesionales disponibles en la unidad para conformar un grupo con ella para la entrevista.

Procedimiento de análisis

Los grupos focales se pueden diseñar a partir de diversas perspectivas teóricas⁽¹⁴⁾. En este estudio, se desarrollaron sobre la base de la propuesta de Raserá y Japur⁽¹⁵⁾ que nos permite analizar la producción de sentidos o el proceso grupal, como relaciones que se construyen en ese espacio de negociación.

Sobre la base de la propuesta de Raserá y Japur⁽¹⁵⁾, realizamos los siguientes pasos: 1) transcripciones; 2) lectura flotante, curiosa e intensiva; 3) delimitación temático-secuencial, considerando tanto el tema como el modo en el que fueron discutidos; 4) selección de momentos en los cuales lo abordado expresaba una relación con el objetivo de la investigación; 5) análisis de los momentos seleccionados: cruzar la información obtenida tanto en los grupos como en las observaciones del trabajo de campo, con el material de referencia sobre la coGESTIÓN en la Política Nacional de Humanización y sobre grupos, descritos en la introducción.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Dinámica relacional del núcleo de salud familiar

La cultura organizacional del núcleo de salud familiar es predominantemente humanizada y participativa, con procesos de coGESTIÓN. Pero, la complejidad de la dinámica relacional que atraviesa las relaciones interpersonales permite que, en algunos momentos, se tornen jerárquicas, enfocadas en la figura de la médica o de la gestora, algo construido socialmente y, muchas veces, sustentado por las profesionales sin que perciban que se transformaron en

formas organizacionales pautadas en sistemas de valores que no se cuestionan⁽⁹⁾.

Considerando los dispositivos indicados en la cartilla sobre gestión participativa y cogestión⁽²⁾, en un formato de análisis tipo “*check list*”, el núcleo de salud familiar presenta una composición colegiada del equipo. Sin embargo, según lo señalado por Campos⁽¹⁾, la cogestión puede ocurrir a partir de cuatro modalidades: 1) consejos de cogestión; 2) colegiados de gestión; 3) *dispositivos* (promoción de encuentros como asambleas, reuniones, discusión de casos, y oficinas de planificación); y, 4) *diálogo y toma de decisiones en el cotidiano*.

El equipo del núcleo de salud familiar funciona utilizando *dispositivos*, dado que construye diferentes momentos colectivos, dependiendo de las necesidades; y *diálogo y toma de decisiones en el cotidiano*, que corresponde a algunos momentos de conversación “informales” con la intención de discutir y decidir conjuntamente⁽¹⁾.

Como resultado de nuestro análisis, describimos cómo funcionan algunos *facilitadores relacionales* construidos en el cotidiano de la unidad, que se aproximan a lo que propone la cogestión. La intención es visibilizar cómo se da la construcción social de la cogestión y cómo las relaciones habilitan o limitan esa cogestión, más que la simple “implementación” de espacios colectivos. De allí surge el nombre “*facilitadores relacionales*”, entre los cuales podemos señalar: *el liderazgo relacional enfermera-equipo, la construcción de espacios colectivos de conversación, la organización de momentos colectivos por fuera de las actividades profesionales y grupos para usuarios*. Para ilustrar nuestro análisis, presentamos fragmentos del diario de campo y transcripciones de los grupos focales.

El primer facilitador se refiere a cómo ejerce el *liderazgo de la enfermera* en la relación con los demás. Este es un factor importante para la construcción relacional del diálogo y de la cogestión en ese contexto, algo también destacado por el equipo. A lo largo de los meses de trabajo de campo, la

enfermera se mostró interesada en estudiar la comunicación, gestión de conflictos, procesos grupales y relaciones interpersonales.

En diferentes momentos, valoró la participación de las profesionales y la apertura del espacio a la corresponsabilización frente a las demandas planteadas. Demostró también tranquilidad en las conversaciones colectivas, incluso en aquellas con algún tipo de conflicto. Lo que nos llamó la atención fue su forma de estar con las profesionales, no orientaba o dirigía, sino que escuchaba las necesidades de cada una. Este fragmento del diario de campo ilustra ese posicionamiento:

La enfermera entra en la sala preguntando si alguien la había llamado. [Las agentes comunitarias presentan una situación problemática y piden orientación, la enfermera dice que va a informarse sobre qué hacer y sale de la sala, luego de 10 minutos regresa diciendo que es necesario escribir un correo electrónico]. Ella se sienta en la computadora, en la sala de las agentes, y comienza a escribir el correo con ayuda de la nueva agente. Antes de enviarlo, ella lo lee en voz alta a las dos y corrobora si ellas están de acuerdo. Ella quería incluir [otra información], pero las agentes consideran que es mejor dejar solo este hecho y ella está de acuerdo. (Diario de campo, séptimo día del segundo mes)

La enfermera también percibe cómo funciona el equipo en las reuniones y, cuando lo considera necesario, plantea sus observaciones, por lo que muestra cierta sensibilidad al proceso grupal, recurso que es descrito por Guanaes-Lorenzi⁽¹¹⁾. A continuación, transcribimos un comentario de la enfermera, que muestra el proceso grupal (cómo se relacionan y qué efectos genera eso, en este caso, el descuido respecto de lo acordado).

[Reunión de equipo] La enfermera menciona que en la última reunión percibió que algunas personas entendieron cosas diferentes sobre los asuntos abordados,

por eso intentó anotar todo lo acordado. (Diario de campo, cuarto día del segundo mes)

Más allá de este aspecto que, en muchas situaciones, perjudica el entendimiento y la coordinación del equipo, la enfermera muestra sensibilidad a las cuestiones de comunicación, como la posibilidad de que coexistan distintas interpretaciones sobre un tema. Como ejemplo, citamos una reunión con la médica y la coordinadora:

La enfermera plantea [frente a un cuestionamiento de la coordinadora] "...yo quiero saber en esta conversación ¿cuál es mi papel y cuál es el de usted? [...] la gerente dice que es necesario tener "sentido común" y la enfermera responde diciendo "me da escalofríos cuando escucho decir sentido común, porque cada uno tiene un sentido común..." (Diario de campo, noveno día del segundo mes)

Al decir que "cada uno tiene un sentido común", la enfermera plantea la posibilidad de que coexistan distintas formas de entender qué es el "sentido común". A partir de esa sensibilidad, ella busca, cuando es posible, corroborar lo que ella comprende con lo que entienden las personas con las cuales conversa, poniendo la atención en el proceso de construcción conjunta de sentidos. Con eso evita que se construyan acuerdos firmados a partir de sobreentendidos, que pueden generar conflictos futuros, y construye corresponsabilidad con lo que se comprendió. Esa forma de coordinar ayuda a un mayor entendimiento, y a valorar las diferentes posiciones. Eso se aproxima a uno de los recursos trabajados por Guanaes-Lorenzi⁽¹¹⁾ con relación a la adopción de posturas colaborativas y dialógicas en el trabajo grupal.

A su vez, en el grupo focal, el equipo relata que reconoce el liderazgo de la enfermera, considerándolo como positivo para la forma en que se organizan y se llevan a cabo sus actividades. Como mencionan Gergen y Gergen⁽¹⁶⁾: "nadie podrá actuar como líder si

no se asocia a otras personas en el proceso de creación de significado". El siguiente fragmento del grupo focal ilustra este análisis:

Sabrina [residente]: Yo solo... solo quería señalar [...] creo que, desde el punto de vista de la dinámica, la [enfermera] tiene una posición de liderazgo. Además, es... de supervisora así [habla en un tono de "cosa seria"], es, es más... nosotros... vemos una líder en ella, que, que... intenta incluir a todo el mundo, ¿no? Es... solo quería señalar eso...

En determinado momento del grupo, la enfermera menciona que las decisiones colectivas son importantes, dado que generan un sentido de corresponsabilidad, valor que orienta la participación y la construcción conjunta. Ser sensible a eso impacta directamente en el modo que ella coordina sus acciones junto al equipo⁽⁹⁾, lo que mantiene una cultura participativa en la unidad, sustentada y valorada, aparentemente, por todos, o sea, una construcción social, que se da en la negociación de sentidos, en las relaciones. Sin embargo, vale recordar que, en este contexto, el modelo de atención favorece esa construcción⁽⁴⁾, y no es posible identificar si es causa o consecuencia, como en el gráfico circular presentado por McNamee⁽⁹⁾.

El otro facilitador observado para sostener la cultura participativa corresponde a la *construcción de espacios colectivos de conversación*. Este aspecto puede ser comprendido como facilitador y, también, como consecuencia de la cultura participativa instaurada. Además de las reuniones predefinidas existentes (por ejemplo, reunión administrativa, reunión de supervisión, reuniones de discusión de caso), se realizan también, reuniones espontáneas frente a las necesidades emergentes.

No obstante, un análisis profundo de estos espacios nos permite identificar que las relaciones de poder y la cultura social, aún fuertemente pautadas en el modelo médico, por momentos invaden ese funcionamiento. Esos aspectos pueden generar –dependiendo

del modo en que se desarrollan las relaciones y se construye la cultura local— un modelo jerárquico, impositivo e informativo, que se da incluso en momentos colectivos, y en ruedas de conversación, en general, relacionadas con la participación y toma de decisión colectiva.

Para ejemplificar este aspecto, elegimos un fragmento del diario de campo en el que las relaciones oscilan entre participación colectiva y posicionamientos regidos por las relaciones de poder que determinadas profesiones o cargos carregan en nuestra sociedad, como, por ejemplo, la profesión del médico en el contexto de la salud.

[Reunión con la nueva médica, solicitada a la enfermera por los agentes comunitarios] *Uno de los agentes comenzó a decirle a la médica que el motivo de la reunión era saber lo que ella esperaba del trabajo de los agentes y cómo ellos podrían “adecuarse” a la forma de trabajo de ella [...] los agentes se colocaron inicialmente en una postura de sumisión ante la médica [...] incluso siendo ella la persona nueva allí, normalmente quien llega después se va “adecuando” de a poco al lugar. [...] La reunión se desarrolló en un tono muy parejo [...] (Diario de campo, tercer día del primer mes)*

En el fragmento, los agentes comunitarios colocan a la médica en un lugar de poder, como si ella fuera a decirles cómo deberían actuar. Ese posicionamiento es transmitido por el discurso médico, por el poder que el médico históricamente asumió en el contexto de la salud. La médica, sin embargo, con ayuda de la enfermera, de a poco se fue posicionando como compañera de trabajo.

En otros momentos, el discurso médico predominaba de una forma sutil. Durante el trabajo de campo, observamos algunas reuniones en las que se discutía algún caso. Aunque la intención era corresponsabilizar a todos por el cuidado de los pacientes, observamos que la conducción de la reunión se asignaba a la figura de la médica. Sin que

las profesionales lo notaran, la reunión giraba en torno a las cuestiones planteadas por ella, funcionando como una especie de consultoría, cuyo objetivo era solucionar los casos. Se discutía poco y la mirada se dirigía al resultado final, al contenido, y no a un proceso conjunto de entendimiento⁽¹¹⁾. Las preguntas de otras áreas de conocimiento pueden enriquecer el manejo de los casos. Por lo tanto, aunque el formato se asemeje al modelo de atención propuesto por la Reforma Sanitaria, en la práctica, se aproxima también al modelo médico curativista. A continuación, presentamos un fragmento del grupo focal que discute la centralidad del papel desempeñado por la médica en ese contexto:

Barbara [coordinadora]: ...Esto es así, la... [nombre de la médica] es responsable del Núcleo, el CRM [matrícula del Consejo Regional de Medicina] de ella está aquí, ¿entendés? Cualquier cosa que suceda con cualquier persona de esta área, es responsabilidad de ella. Su CRM es el que está en el... está expuesto.

Este fragmento ilustra cómo la organización social, muchas veces, no comparte la gestión. Como plantea la participante, aunque todo el equipo sea responsable del cuidado de los usuarios, desde un punto de vista legal, la responsable es la médica. Esa mayor responsabilidad puede influir en el modo en que se conducen las reuniones. Esa posición es dada por el contexto social, y es difícil para la persona que ocupa la posición de médico desvincularse de ella. Ese posicionamiento establecido y legitimado socialmente influye sobre la dinámica que se va construyendo en el equipo, en las microinteracciones y en la construcción y mantenimiento de la cultura grupal y organizacional.

Cecílio y Mendes⁽¹⁷⁾ analizan la propuesta de cambio de gestión en un hospital, con la inclusión de colegiados de gestión y la intención de construcción de la cogestión, la cual no se concretó en el cotidiano debido a la complejidad y a las vicisitudes de las relaciones de poder en ese contexto, en especial, el poder

del médico. Este, en muchos casos, mantenía a los demás profesionales como sus asistentes y no como corresponsables del cuidado.

A pesar de partir de un referencial teórico distinto, Santos Filho⁽¹⁸⁾ señala que, aunque los modelos actuales de gestión propongan la participación, muchas veces el propio sistema inviabiliza o limita esa práctica, barreras que van desde la falta de instrumentación hasta los modos de organización y estructuración de las relaciones. De allí la importancia de incluir esas dimensiones al analizar el proceso de trabajo, e ir más allá de la resolución de los problemas internos de orden administrativo o asistenciales.

En cuanto a la *construcción de espacios colectivos*, el equipo tenía la intención de reiniciar las reuniones de educación permanente en salud, pero no encontraba el momento para realizar esa actividad. Luego de algunos intentos, para no generar horas extras, las profesionales decidieron cerrar la unidad 30 minutos más temprano. Sin embargo, los vecinos denunciaron el hecho a la Municipalidad, por lo que el equipo dejó de hacer las reuniones.

Ese movimiento de la comunidad nos muestra su participación en lo referente a la gestión. Si hubieran conocido las razones del cierre del núcleo de salud familiar o si hubiesen participado de la decisión, se sentirían atendidos en sus necesidades. Con este ejemplo advertimos que “atender las necesidades” (término muy presente en las políticas de salud) es algo que se hace dialogando, que se construye en la comunicación, en la relación.

Por otro lado, las profesionales, en conversaciones informales con la investigadora, al relatar el funcionamiento de las reuniones de educación permanente en salud, describen un manejo similar al propuesto en clases o seminarios, que se aproxima mucho a la educación tradicional y se diferencia de lo postulado en los encuentros de educación permanente⁽¹⁹⁾. Desde el punto de vista de las investigadoras, en el trabajo de campo se pudieron identificar diferentes momentos de educación permanente que ocurrían en

el cotidiano, aunque las profesionales no los nombraran de esa manera.

Por último, se identificó otro espacio colectivo, pero que contaba con la participación de una sola profesional, que fue elegida para representar a la unidad, ante el Consejo Local de Salud. En una de las reuniones del equipo, presenciamos una discusión sobre esta cuestión, en que la representante comenta por qué dejó de asistir al Consejo y justifica la decisión en el modo de funcionamiento de ese espacio.

Según su relato, es un espacio poco productivo, muchas veces los responsables del consejo, el presidente, vice, quienes saben lo que puede hacerse, no van a la mayoría de las reuniones, y se vacían, a veces no se llega al quórum. (Diario de campo, cuarto día del primer mes)

Su colocación ilustra cómo la existencia de un espacio colectivo (el Consejo), no garantiza la participación, o la responsabilización de las decisiones tomadas. En este caso, hubo un posicionamiento claro sobre “quienes saben lo que puede hacerse” (“responsables del consejo, presidente, vice”) y “quien no sabe” (demás participantes). Así, reforzamos la idea de que el modo en que las personas comprenden ese espacio, y el modo de relacionarse, condicionadas por el contexto social, histórico y cultural, influye en la posibilidad de construcción de la cogestión.

El tercer facilitador señalado en nuestro análisis corresponde a la *organización de momentos colectivos por fuera de las actividades profesionales*. Esos momentos colectivos son los encuentros, fiestas en fechas conmemorativas, recepción de nuevos profesionales o despedidas. El equipo organiza un bazar en que las profesionales donan ropa o accesorios para ser vendidos a las propias profesionales o a la comunidad, a un precio reducido. El dinero recaudado se destina al propio centro.

Esos momentos de comunicación libre crean el vínculo necesario para que puedan actuar como un equipo de trabajo, y generan una sensación de pertenencia al grupo⁽²⁰⁾.

Durante el trabajo de campo, entre otros festejos, pudimos presenciar la despedida de una agente comunitaria. El equipo grabó videos contando momentos relevantes, como una especie de retrospectiva del período en que esa profesional estuvo en el centro. Ese momento informal sirvió como disparador para que el equipo pudiese mirarse a sí mismo y observar su funcionamiento. Rescatar las historias permitió la construcción de un equipo colaborativo y corresponsable, creencias que orientan “cómo” coordinar sus acciones futuras⁽⁹⁾.

Resulta interesante señalar que, en el núcleo de salud familiar, las profesionales parecen sentirse motivadas a presentar propuestas. Pudimos acompañar varias ideas que partieron de las profesionales en reuniones, como la composición de grupos para la comunidad, un panfleto explicativo sobre atención primaria y sobre el papel del núcleo, reuniones con estudiante de Derecho, entre otras. Sin embargo, las ideas de mejoras destinadas a la comunidad se discutían solo entre las profesionales. La participación de los usuarios en la gestión de la unidad era casi nula.

Así, consideramos a los *grupos de usuarios* como facilitadores para la construcción de la cogestión. Sin embargo, el modo de funcionamiento de esos grupos no siempre facilita la construcción de ese espacio político para el ejercicio de ciudadanía, tal como lo señala Campos⁽¹⁾ en su propuesta.

Con relación a la construcción de esos grupos como espacios para el ejercicio de la ciudadanía, Trad y Espiridião⁽²¹⁾ plantean que la comunidad desconoce los mecanismos de movilización social. Por otro lado, los profesionales de salud, muchas veces, no valoran el saber popular y asumen una postura educativa. Al analizar el manejo grupal de la Estrategia de Salud Familiar, Tiveron y Guanaes-Lorenzi⁽²²⁾ señalan la tensión discursiva entre asumir un manejo directivo o participativo, y considerar la adhesión como responsabilidad del paciente o del equipo.

En el contexto estudiado, los espacios de diálogo con la comunidad quedan vacíos, y

si bien hay una demanda de cambios, cuentan con una baja participación y capacidad de compartir decisiones. Como afirman Trad y Espiridião⁽²¹⁾

Compartir con los usuarios los problemas enfrentados por los equipos en su trabajo cotidiano en la unidad y en el territorio, del cual son responsables, contribuiría a sacar al usuario de una posición de “demandante”.⁽²¹⁾

En la práctica del núcleo de salud familiar, en general, los grupos funcionan como espacios en los que se comparte algún saber específico, del profesional a los usuarios, dependiendo del tema establecido como objetivo. Con base en nuestro análisis, entendemos que los grupos pueden ser usados con una doble función: promoción del cuidado y participación en la gestión. Sin embargo, esa inclusión de los usuarios exigiría un trabajo dirigido al proceso grupal, pues las profesionales y la comunidad se ven a sí mismos como parte de grupos opuestos. Esta cultura se sustenta en la ausencia de momentos colectivos.

Dinámica relacional de la unidad de atención primaria

En el modelo de atención de la unidad de atención primaria, la figura del médico es central. Considerando que no hay un equipo multiprofesional ni presencia de los agentes comunitarios y que el enfoque del cuidado aún es individual, el papel del médico se restringe a atender las consultas agendadas, y el de los demás profesionales, la de ofrecer soporte a su actuación. Como plantean Cardoso y Hennington⁽²³⁾:

La asistencia que se sustenta en el modelo tradicional, biomédico, limita el trabajo en equipo, favorece la fragmentación de la atención, la producción de salud centrada en los procedimientos y en la enfermedad, y no en el usuario, y la concentración del poder de decisión en

la figura del médico, situando la actuación de los demás profesionales de forma periférica y con desigual valoración.

El equipo se organiza como una línea de producción: el usuario pasa por los distintos consultorios y oficinas hasta completar la consulta. Cuando se les solicitó relatar el funcionamiento de la gestión de la unidad, las profesionales tuvieron dificultades para analizar más allá de sus sectores: describían la rutina de sus acciones y especificaban sus áreas. La palabra “equipo”, en muchos momentos, fue usada para referirse a los subequipos, como el equipo de auxiliares de enfermería, equipo de recepción, etc. La forma en que las profesionales describieron el funcionamiento muestra cómo se relacionan y cómo construyen la cultura organizacional local, fragmentada en sectores, con jerarquías bien definidas, donde las responsables del cuidado son las médicas y la gerente de la gestión.

El análisis de la dinámica relacional de ese contexto buscó visibilizar algunos factores que contribuyen a mantener esa cultura. Estos factores funcionan como *obstaculizadores* para la construcción de la cogestión, entre ellos están: *el modelo de gestión, la ausencia de reuniones colectivas, la realización de pequeñas reuniones, la comunicación y el impacto en las negociaciones, el desconocimiento del equipo en cuanto a sus integrantes y el contacto con la comunidad.*

La organización de los encuentros para pensar y planear acciones es una atribución de la gerente o de las enfermeras. Las profesionales se reúnen informalmente e intercambian información. En los momentos problemáticos inesperados resuelven las dudas entre ellas, y por fuera de estas situaciones, conversan sobre otras cosas, pues no les cabe a ellas la planificación.

Este modelo de gestión genera una *ausencia de reuniones colectivas*, y una forma de relacionamiento en el que las reuniones son vistas como innecesarias. Hay cierta rigidez en el cumplimiento de las actividades que se tornan rutinarias. Siendo así, algunas profesionales no sienten la necesidad de momentos

colectivos para discutir y tomar decisiones colectivas, dado que lo que deben hacer en su trabajo ya está dado. Esa idea no aparece como unánime, si bien parte del equipo siente la falta de momentos colectivos, a su vez reconocen que hay una limitación de tiempo, de intereses, y, hasta incluso de espacio físico.

Como no hay momentos de reunión, la posibilidad de responsabilización conjunta es menor. Además, la *comunicación* entre profesionales y entre ellas y los usuarios se da, en su mayoría, con la mediación de la enfermera, a veces de las recepcionistas, o a través de mensajes. Funciona como un “teléfono roto”, en el que alguien le pide a otra persona que le transmita a otra tal información. Durante el trabajo de campo, ese modelo de comunicación fue observado en diversos momentos. En muchos de estos momentos, las enfermeras hacían el papel de mediadoras y portavoces, dado que circulaban por todos los espacios. El siguiente fragmento del diario de campo ilustra este mecanismo:

...el hermano de un paciente de pediatría se aproximó a la recepción [...] entregó un papel que decía que la médica había preguntado si ese examen estaba ahí. La recepcionista intentó entender, y él le entregó el papel y dijo: “ella pidió esto”. Ella buscó en la carpeta del paciente y no lo encontró [...] La auxiliar se levantó y fue a intentar entender de qué se trataba. Se quedan los tres, la recepcionista, la auxiliar y el hermano del paciente intentando entender qué es lo que la médica quería. (Diario de campo, séptimo día del segundo mes)

Aunque este formato de comunicación ocurra gran parte del tiempo, solo unas pocas profesionales relataron las reuniones que se dan entre la gerente y las enfermeras, entre la gerente y las médicas, o entre las enfermeras y las auxiliares de enfermería. Consideramos la modalidad de *pequeñas reuniones* también como un aspecto que dificulta la construcción de la cogestión. Generalmente,

ocurren espontáneamente y sin previo aviso, se llama a las profesionales que están en los pasillos y participan las personas que “pasaban” por ahí en ese momento, o que llegaron casualmente. Pudimos presenciar algunos momentos de este tipo.

Júlia [auxiliar de enfermería] entra en la recepción, se quedan conversando, ella, Cláudia [auxiliar de enfermería] y Carla [auxiliar administrativa/recepción]. [...] Jaqueline [auxiliar de enfermería] entra y comenta que a las 11h hay mucha gente (mirando la agenda del servicio), Lilian [enfermera] entra para mirar algo en la computadora. Lilian pregunta si Cláudia va a hacer horas extras, ella responde que María [auxiliar de enfermería] vino ayer a pedir horas y ella le dijo que sí, pero que ahora le parece innecesario, si ella no cree lo mismo. Se quedan en una rueda atrás de Carla, en la recepción, Lilian, Júlia y Jaqueline [auxiliares de enfermería y enfermera] conversando sobre la agenda. (Diario de campo, decimoséptimo día del cuarto mes)

A pesar de ser una cultura poco participativa y con responsabilización individual, es posible identificar momentos pasajeros de protagonismo, autonomía y corresponsabilidad, en algunos desafíos y cuestiones problemáticas que aparecen en el cotidiano, tal como expresa el ejemplo anterior en el que la enfermera conversaba con algunas auxiliares sobre la agenda del servicio. Pero esos momentos no suceden con todo el equipo, sino que ocurren entre las personas que poseen mayor intimidad, o entre las que estaban presentes en ese momento, por lo que no se transforma la cultura ya instaurada.

Si en esas reuniones informales se resuelve algo, la enfermera comunica la información a las demás personas. Ese modo de traspaso de información, puede generar malentendidos y la necesidad de discutir ciertas decisiones, pues al comunicar lo acordado a las demás personas, se analiza nuevamente la necesidad de ser reevaluado. Así, si

bien parece que se gana tiempo, genera un desgaste para algunos, además de mayores chances de desentendimiento y poco compromiso con lo que fue negociado.

Otro aspecto que dificulta la construcción de la cohesión es el *desconocimiento de quienes componen el equipo de profesionales*. Durante los cuatro meses del trabajo de campo, notamos que el equipo no se conocía. Así, las profesionales no se sorprenden ante personas nuevas en el ambiente. La investigadora, durante el trabajo de campo se presentó en reiteradas ocasiones, debido a que la rotación del equipo era muy grande, aspecto que, según la bibliografía, actúa como un obstaculizador de la cohesión^(24,25).

Me quedé unos 15 minutos en la recepción, conversé un poco con Roberta [aprendiz], ella no sabía que mi nombre era Giovanna. [...] Elisa [auxiliar administrativa/recepción] le comentó a Carla [auxiliar administrativa/recepción] que Roberta había conocido a Kely [médica] hoy. Carla preguntó en un tono disconforme: “¿no sabías quién era Kely?”, Roberta responde que no sabía, solo la conocía de nombre, pero nunca la había visto. Le pregunté cuánto tiempo hacía que ella estaba en la unidad y ella respondió que iba a cumplir un año en agosto de este año. (Diario de campo, décimo sexto día del cuarto mes)

En esta forma de organización, en la que el equipo no sabe quién lo integra, las profesionales nuevas no suelen ser presentadas, como fue el caso de la investigadora. No hubo una oportunidad formal para presentarla debido a la imposibilidad de reunir a todos. Esa manera de recibir a nuevas profesionales impacta directamente en el sentimiento de pertenencia. La persona que llega y no es presentada, no reconoce al grupo como un equipo, y de a poco se va sintiendo parte solo de su sector de trabajo. Esto pudo ser observado durante las entrevistas dado que las participantes tenían mucha dificultad para describir el funcionamiento de la unidad

más allá del sector del cual formaban parte. Así, el sentimiento de responsabilidad individual –cultura predominante en la unidad– se sustenta y reproduce en las relaciones, como señala McNamee⁽⁹⁾.

En el contexto de la unidad de atención primaria no identificamos *facilitadores* para cogestión. Esto se origina también en la estructura del contexto, que no favorece nuevas formas de relacionamiento⁽⁴⁾. Las profesionales no se sienten interpeladas a mirarse a sí mismas como equipo corresponsable y protagonista. Aunque expresen compromiso, este se restringe a hacer lo previsto, de forma individual o con la ayuda de sus colegas, sin que haya un movimiento creativo hacia nuevas posibilidades de acción, proyectos, espacios de discusión y toma de decisiones conjuntas, como proporcionan las conversaciones grupales⁽¹¹⁾.

Finalmente, el último aspecto es el modo en que se *comunican y se relacionan con la comunidad*. El modelo de atención de la unidad de atención primaria no favorece la construcción de vínculos con la población. Los usuarios buscan la unidad cuando la enfermedad ya está instalada, la actuación se restringe a la consulta médica o a la ejecución de procedimientos de enfermería. Además del poco contacto en lo referente a acciones de promoción de salud, como grupos con usuarios o visitas de los agentes, en lo concerniente a la gestión, así como fue observado en el núcleo de salud familiar, la participación de la comunidad es prácticamente nula. En el siguiente fragmento de entrevista, las profesionales describen ese contacto con los usuarios:

Giovanna: ¿cómo sienten la comunicación actualmente entre las personas y ustedes? Cuando decís “respeto”, ¿no? Entiendo que sienten falta de respeto, ¿cómo es esa comunicación?

Cláudia [auxiliar de enfermería]: de la mayoría.

Rita [médica]: Sí, de la mayoría de la población. Es irrespetuosa.

Tainá [auxiliar de enfermería]: Desmembramiento de nuestro trabajo, esa es la palabra.

Como se muestra en la transcripción, los momentos de interacción entre profesionales y usuarios –al igual que en el núcleo de salud familiar– están marcados por la desconfianza y las acusaciones mutuas. Una propuesta de cogestión que incluya a los usuarios resultaría pertinente, considerando el contexto observado. Tener ese espacio de conversación proporcionaría la construcción conjunta de conocimiento sobre las necesidades singulares, sobre políticas públicas y sobre la organización social de Brasil.

El análisis presentado buscó mostrar que la construcción de esos espacios exige preparación; no basta con abrir una rueda de conversación, pues la tendencia es que esa rueda reproduzca la cultura social ya instaurada, que es poco participativa.

CONSIDERACIONES FINALES

Buscamos visibilizar la complejidad del proceso artesanal de construcción de la cogestión. A partir de analizar la cultura organizacional, entendida como construcción social, buscamos describir el modo en que esa cultura emerge en las relaciones –delimitadas por los contextos sociales– e indicar facilitadores y obstaculizadores específicos de los lugares analizados. La epistemología constructorista orientó la investigación desde su inicio, funcionando como método en la construcción de los datos y en el análisis del material, dado que es un recurso útil para reflexionar sobre nuestra participación en las realidades sociales, desvelando también los desafíos de ese proceso.

Nuestra intención fue mostrar que la participación, algo anhelado por la cogestión, es intrínseca a los procesos sociales. Aun cuando no estamos atentos, estamos manteniendo activamente el *statu quo*. Así, “no participar” es también una forma de participación de la

realidad vivida, es un acto político. De ese modo, consideramos que la propuesta de co-gestión debe incluir en su camino de construcción la toma de consciencia de ese proceso social, al cual nos convoca la epistemología constructorista social.

Para tomar consciencia de ese proceso, es importante que los equipos se observen a sí mismos como objeto de análisis (proceso), y no solo desde un punto de vista administrativo y de organización de los servicios (contenido). Los procesos mostrados en nuestro análisis, al ser procesos cotidianos

no estandarizables, que involucran la relación entre las personas, pueden pasar desapercibidos por aquellos que analizan el desempeño de los equipos, en un formato de evaluación con indicadores, como sugiere el material referente al monitoreo y evaluación⁽²⁶⁾.

Entre las limitaciones de este estudio, señalamos la no inclusión de la voz de los usuarios y la necesidad de estudios sobre la práctica a partir de la epistemología constructorista, indicada aquí como un método potente para la construcción de la co-gestión.

AGRADECIMIENTOS

A la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, proceso No. 2015/04519-6, por el financiamiento a la investigación: "Humanização e Cogestão na Atenção Básica: as relações de trabalho no cotidiano", otorgado de mayo de 2015 a mayo de 2018.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

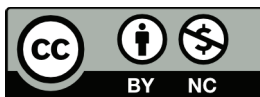
1. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de Coletivos. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
2. Brasil, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão: Série B. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Cortez PA, Zerbini T, Veiga HMS. Práticas humanizadas de gestão de pessoas e organização do trabalho: Para além do positivismo e do dataísmo. Trabalho, Educação e Saúde. 2019;17(3):e0021544.
4. Doricci GC, Guanaes-Lorenzi C. Aspectos contextuais na construção da Cogestão em Unidades Básicas de Saúde. Saúde em Debate. En prensa, 2020.
5. Cintra TS, Doricci GC, Guanaes-Lorenzi C. Dinâmicas relacionais de equipes na estratégia de saúde da família. Revista da SPAGESP. 2019;20(1):24-38.
6. Doricci GC, Guanaes-Lorenzi C. Revisão integrativa sobre cogestão no contexto da Política Nacional de Humanização. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2019 [citado 10 ago 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y3l2qpnk>.
7. Chia R. From modern to postmodern organizational analysis. Organizational Studies. 1995;16(4):579-604.
8. Dachler HP, Hosking DM. The primacy of relations in socially constructing organizational realities. In: Management and organization: Relational alternatives to individualism. Chagrin Falls: Taos Institute Publications; 2013. p. 1-28.
9. McNamee S. Construindo conhecimento / construindo investigação: coordenando mundos de pesquisa. In: Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento. Rio de Janeiro: Instituto Noos; 2014. p. 105-132.
10. Spink MJ, Frezza RM. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 3a ed. São Paulo: Cortez; 2004. p. 17-40.
11. Guanaes-Lorenzi C. Recursos para facilitação de grupos em um enfoque constructorista social. In: Práticas colaborativas e dialógicas em distintos contextos e populações: um diálogo entre teoria e práticas. Curitiba: CRV; 2017. p. 399-416.
12. Rases EF, (ed.). Social constructionist perspectives on group work. Chagrin Fall: Taos Institute Publications; 2015.
13. Brasil. Resolução No. 466 [Internet]. 2012 [citado 10 ago 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/jrhww6g>.
14. Marková I, Linell P, Grossen M, Ovrig AS. Dialogue in focus group: exploring socially share knowledge. London: Equinox Publishing Ltd; 2007.
15. Rases EF, Japur M. Grupo como construção social: Aproximações entre o construcionismo social e terapia de grupo. São Paulo: Vetor; 2007.
16. Gergen, KJ, Gergen M. Construcionismo Social: um convite ao diálogo. Rio de Janeiro: Instituto Noos; 2010.
17. Cecílio LCO, Mendes TC. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? Saúde e Sociedade. 2004;13(2):39-55.

18. Santos Filho SB. Apoio institucional e análise do trabalho em saúde: dimensões avaliativas e experiências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2014;18(Suppl 1):S1013-S1025.
19. Silva GM. A educação permanente em saúde na formação para o cuidado às famílias em saúde mental. [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Instituto de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2017.
20. Mailhiot GB. Dinâmicas e gênese dos grupos. São Paulo: Livraria Duas Cidades Ltda; 1991.
21. Trad LAB, Espiridião MA. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da ESF. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2009;13(Suppl 1):S557-S570.
22. Tiveron JDP, Guanaes-Lorenzi C. Tensões do trabalho com grupos na Estratégia de Saúde da Família. *Psico*. 2013;44(3):391-401.
23. Cardoso CG, Hennington EA. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2011;9:85-112.
24. Calderon DBL, Verdi MIM. Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2014;18(Suppl 1):S859-S870.
25. Mori ME, Oliveira OVM. Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2014;18(Suppl 1):S1063-S1075.
26. Brasil. Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS: Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência, Série B. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

FORMA DE CITAR

Doricci GC, Caccia-Bava MCGG, Guanaes-Lorenzi C. Dinâmica relacional de los equipos de salud de atención primaria y su impacto en la construcción de la cogestión. *Salud Colectiva*. 2020;16:e3094. doi: 10.18294/sc.2020.3094.

Recibido: 13 ago 2020 | Aprobado: 3 nov 2020 | Publicado en línea: 8 dic 2020



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<https://doi.org/10.18294/sc.2020.3094>