

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Camila da Silveira Santos

**O TRABALHO GERENCIAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE**

Belo Horizonte

2016

Camila da Silveira Santos

**O TRABALHO GERENCIAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Planejamento, Organização e Gestão dos Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria José Menezes Brito

Belo Horizonte  
2016

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

Santos, Camila da Silveira

O trabalho gerencial no contexto da Atenção Primária à Saúde [manuscrito] / Camila da Silveira Santos. - 2016.

144 f.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria José Menezes Brito.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Gerência. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Gestão Participativa. 4.Administração de Serviços de Saúde. I.Brito, Maria José Menezes. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Escola de Enfermagem**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

Dissertação intitulada “O trabalho gerencial no contexto da Atenção Primária à Saúde”, de autoria da mestranda Camila da Silveira Santos. Aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Profª Drª Maria José Menezes Brito  
Orientadora

---

Profª Drª Kênia Lara da Silva  
Membro Titular

---

Prof Dr Ricardo Bezerra Cavalcante  
Membro Titular

---

Prof Dr Tarcísio Laerte Gontijo  
Membro Suplente

---

Profª Drª Marília Alves  
Membro Suplente

Belo Horizonte, 27 de junho 2016.

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho,  
àqueles que se dedicam a  
arte de ser gerente.*

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pela sua infinita bondade e misericórdia na minha vida. Pai foi o seu querer e seu provir que me capacitou e abençoou em mais essa etapa.

Ao meu querido esposo, amigo, companheiro, confidente e eterno Amor. Marcone, por todo carinho e paciência que tem comigo, por me ajudar nas horas de angústia a enfrentar os desafios, por me acalmar com um simples abraço, por me fazer rir até quando quero chorar. Obrigada por todo seu Amor.

Aos meus pais, Marizete e Daniel, por serem meus exemplos, minha base forte, por se alegrarem com minhas escolhas e conquistas, me apoiarem em qualquer circunstância e pelo amor incondicional. Amo muito vocês!

Às minhas irmãs. Ana Flávia, minha caçulinha, te amo muito, obrigada pelo carinho, puro e singelo amor. Priscilla por me conceder o privilégio de ser tia.

À todos meus familiares e amigos pelo apoio e torcida. Obrigada por se fazerem presentes na minha vida de uma forma tão plena.

Em especial quero agradecer a Tia Margarete e ao Tio Gama que vibraram tanto por essa oportunidade aqui conquistada.

À Lívia, a irmã que a faculdade me deu, minha madrinha e grande amiga, obrigada por sempre estar ao meu lado e me incentivar.

Às amigas e companheiras da eterna USFJ, Simone e Mariana, pelos momentos compartilhados ao longo dessa jornada acadêmica.

Aos colegas do mestrado pelos momentos de descontração, troca de experiências e aprendizado.

Às queridas colegas do Núcleo de Pesquisa em Administração e Enfermagem (NUPAE), por dividirem momentos de aprendizado.

À Dani pela dedicação e ombro amigo.

À Glaucia por toda parceria e carinho.

À Carol pela atenção e disposição em ajudar.

À Professora Maria José Menezes Brito, pela oportunidade, sensibilidade, carinho e por se demonstrar mais que uma orientadora. Muito obrigada por tudo.

À Professora Marília Alves, pela alegria, carinho e exemplo de profissional.

À Professora Kênia Lara, pela atenção e oportunidade em compartilhar conhecimento.

Ao Professor Ricardo Bezerra Cavalcante, eterno chefinho e grande incentivador da carreira acadêmica, obrigada por todas as oportunidades concedidas.

Ao Professor Tarcísio Laerte Gontijo, demais mestres e funcionários da UFSJ, por todo aprendizado, carinho e dedicação.

Aos funcionários e professores da Escola de Enfermagem da UFMG pelo acolhimento.

À CAPES e à FAPEMIG por ter me dado a oportunidade de fazer do meu estudo, o meu trabalho. A dedicação a esta pesquisa me proporcionou grande crescimento pessoal e profissional.

## RESUMO

SANTOS, C. S. **O trabalho gerencial no contexto da Atenção Primária à Saúde**. 2016. 144 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

O presente estudo teve como objetivo compreender o trabalho gerencial no contexto da atenção primária à saúde. Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, tendo como cenário o município de Betim. Os participantes foram doze gerentes de unidades de Atenção Primária à Saúde e quatro gerentes de nível central, perfazendo 16 participantes. Foram utilizadas como fontes de evidência a análise documental, a observação, a entrevista com roteiro semiestruturado e a Técnica do Gibi. A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro a novembro de 2015. Os dados foram analisados mediante Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). Os resultados foram organizados em quatro categorias, a saber: Reestruturação do trabalho no município de Betim; Singularidades do trabalho gerencial; Simbologias e significados atribuídos ao trabalho gerencial; Processo decisório e a Governança da Atenção Primária à Saúde de Betim. A análise dos depoimentos obtidos por meio das entrevistas, observação e da descrição das figuras utilizadas na técnica do Gibi revelaram que o cotidiano de trabalho dos gerentes é marcado por uma prática árdua, mas ao mesmo tempo prazerosa. Os gerentes mencionam em seu cotidiano de trabalho exercer uma sobrecarga de atividades, que muitas vezes não são específicas da função, o que tem comprometido o desenvolvimento das atividades gerenciais. Os gerentes não possuem uma rotina fixa de trabalho, atuando de forma fragmentada e descontínua e, por conseguinte, não conseguem definir e efetuar as prioridades ao longo do dia, e assim acabam atendendo às demandas à medida que elas vão surgindo. Há, por parte de alguns gerentes, insatisfação quanto à sua remuneração salarial, que não condiz com a carga de compromissos e responsabilidades assumidas. No aspecto organizacional constatou-se que a estrutura física das unidades de atenção primária determina condições de trabalho precárias que limitam a atuação gerencial, reforçada pela ausência de efetivo profissional e escassez de recursos materiais. Outras dificuldades encontradas são os constantes conflitos interpessoais, as questões burocráticas e os entraves político-partidários. O trabalho do gerente é dotado de simbologias expressas na forma de metáforas, referentes a serem anjos, bruxos, loucos, máquinas de ferro e apagadores de incêndio. Além disso, os gerentes dão significados à sua prática profissional por meio da capacidade em ajudar o próximo, de motivar e liderar sua equipe de trabalho. Quanto ao processo decisório e governança no contexto da

atenção primária o exercício gerencial é marcado por situações ambíguas no seu cotidiano, que transitam entre uma maior autonomia de intervenção e tomada de decisão, à impotência e ausência de governabilidade para transformar realidades e necessidades por eles identificadas. Embora os gerentes reconheçam a importância de exercerem um trabalho em equipe e intersetorial, e de estimularem a implementação de instâncias colegiadas no âmbito da organização, nem sempre suas ações e decisões são tomadas com a participação de todos os atores sociais, a saber – gestores, profissionais e usuários. Conclui-se que apesar dos gerentes reconhecerem a importância das decisões serem corresponsabilizadas, e a Secretaria de Saúde mobilizar mudanças para uma gestão colegiada, ainda assim, os gerentes reforçam muitas vezes em sua prática a centralização das decisões, perpetuam um modelo de gestão tradicional, com hierarquização, ações burocráticas e de controle, em detrimento ao planejamento estratégico e participativo das ações de saúde.

**Palavras-chave:** Gerência; Administração de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Governança; Gestão Participativa.

## ABSTRACT

SANTOS, C. S. **Of managerial work in the context of Health Primary Care.** 2016. 144 f. Dissertation (Master) - Graduate Program in Nursing, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

This study aimed to understand the managerial work in the context of primary health care. This is a case study of qualitative approach, with the backdrop of the city of Betim. Participants were twelve managers of Primary Health units and four central managers, totaling 16 participants. They were used as sources of evidence to document analysis, observation, interview with semistructured script and Gibi Technical. Data collection was conducted from September to November 2015. Data were analyzed using content analysis proposed by Bardin (2011). The results were organized into four categories, namely: Work Restructuring in Betim city; Singularities of managerial work; Symbologies and meanings attributed to managerial work; decision-making and governance of Primary Health of Betim. The analysis of evidence obtained through interviews, observation and description of the figures used in Gibi technique revealed that the managers' daily work is marked by a hard practice, but at the same time enjoyable. Managers mention in their daily work carry an overload of activities, which are often non-specific function, which has compromised the development of managerial activities. Managers do not have a fixed routine work, acting in a fragmented and discontinuous and therefore can not define priorities and perform throughout the day, and so end up meeting the demands as they arise. There are, by some managers, dissatisfaction with their pay, which is not consistent with the burden of commitments and responsibilities. In the organizational aspect it was found that the physical structure of primary care units determines precarious working conditions that limit managerial performance, reinforced by the absence of professional and effective lack of material resources. Other difficulties are the constant interpersonal conflicts, bureaucratic issues and partisan political barriers. The job of the manager is equipped with symbologies expressed in the form of metaphors, referring to being angels, witches, mad, iron machines and erasers fire. In addition, managers give meaning to their professional practice through the ability to help others, to motivate and lead their team. As for the decision-making and governance in the context of primary care managerial exercise is marked by ambiguous situations in their daily lives, traveling through greater autonomy of action and decision-making, to impotence and lack of governance to transform realities and needs identified by them . While managers recognize the importance of exercise teamwork and intersectoral, and

stimulating the implementation of collegial bodies within the organization, not always their actions and decisions are made with the participation of all social actors, namely - managers, professionals and users. It concludes that despite the managers recognize the importance of the decisions being corresponsabilizadas, and the Health Department to mobilize change for a collegial management, yet managers reinforce often in their practice centralization of decisions, perpetuate a traditional management model, with hierarchical, bureaucratic actions and control over strategic and participatory planning of health actions.

**Keywords:** Management; Health Services Administration; Primary Health Care; Governance; Participative management.

## **LISTA DE FIGURAS E TABELAS**

FIGURA 1 - Mapa Região de Saúde de Betim	33
FIGURA 2 - Distribuição das gerências administrativas, Betim, 2013	34
TABELA 1 - Perfil dos gerentes de nível local das UAPS de Betim-MG, 2015.	40
TABELA 2 - Perfil dos gerentes de nível central da SMS de Betim-MG, 2015.	43

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária à Saúde

COEP- Comitê de Ética em Pesquisa

EACS- Equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

RAS- Rede de Atenção à Saúde

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAPS- Unidades de Atenção Primárias em Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Nota preliminar	16
1.2 Gênese do estudo	17
1.3 Objetivo	20
<i>1.3.1 Objetivo Geral</i>	20
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA EM ESTUDO	20
2.1 O Sistema de Saúde e a Atenção Primária à Saúde	20
2.2 Atuação gerencial e modelos de gestão	23
2.3 Governança	27
3 PERCURSO METODOLÓGICO	31
3.1 Caracterização do estudo	31
3.2 Cenário	32
3.3 Participantes	34
3.4 Coleta de dados	35
3.5 Análise dos dados	38
3.6 Aspectos éticos	39
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	40
4.1 Perfil dos participantes da pesquisa	40
4.2 Impressões obtidas durante a inserção no campo	44
4.3 Reestruturação do trabalho no município de Betim	46
4.4 Singularidades do trabalho gerencial	54
<i>4.4.1 Dificuldades no cotidiano de trabalho gerencial: desafios, potencialidades e estratégias de enfrentamento</i>	63

4.5 Simbologias e significados atribuídos ao trabalho gerencial	84
4.6 Processo decisório e a Governança da Atenção Primária à Saúde de Betim	98
<i>4.6.1 Atores sociais e ferramentas de participação na tomada de decisões</i>	110
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS	126
APÊNDICES	138
ANEXOS	142

*“Os teus sonhos são maiores do que os meus  
Os teus caminhos bem mais altos do que os meus  
Toma minha vida  
Tudo é teu”.*  
*(Fernandinho)*

# 1 INTRODUÇÃO

*“Os obstáculos e os erros constituem grandes desafios e oportunidades de aprendizado. O fracasso é apenas o recomeço de uma grande tarefa.”*

*(Paulo Roberto Motta)*

## 1.1 Nota preliminar

A partir da minha vivência profissional como gerente de serviço de saúde de um município de pequeno porte do interior de Minas Gerais, surgiram algumas inquietações a respeito do trabalho gerencial, em especial no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

Em 2013, assumi o cargo de gerente de serviço de saúde em Entre Folhas, minha cidade natal, local onde trabalhei durante um ano. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) o município possui uma população estimada de 5.175 habitantes. Esse município possui duas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma delas com apoio odontológico e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um centro de saúde e uma unidade de fisioterapia. As demandas de atenção secundária e terciária são encaminhadas ao município vizinho, Caratinga. Como gerente, coordenava as ESF, o setor odontológico, o NASF, o centro de saúde, a unidade de fisioterapia, prestava apoio à farmácia de Minas e ao serviço de transporte em saúde, sendo responsável, também, pelas ações da vigilância sanitária, e sobretudo, pelas ações de prevenção e promoção a saúde, capacitação e educação em saúde, junto as equipes de trabalho da APS.

A minha experiência na gestão foi marcada por dificuldades e desafios. Dentre eles encontravam-se aquelas relacionadas à coordenação de excessos de atividades e ações de saúde, bem como um grande número de funcionários e as muitas demandas dos usuários sobre o serviço de saúde prestado. A gestão de pessoas consistia em um importante desafio, haja vista que estavam sob minha coordenação funcionários com muitos anos de serviço público, com pouca especificidade para o serviço de ESF, o qual prima pelas ações de promoção e prevenção, e não somente o curativismo e a reabilitação como estavam acostumados a trabalhar. O modelo de atenção à saúde do município era estritamente médico centrado, e o modelo de gestão era

marcado por traços de gerenciamento hegemônico, tradicional e burocrático, permeado pelo controle e pela disciplina.

Foi na imersão nesse universo de trabalho, na tentativa de direcionar minha prática gerencial para um modelo de assistência usuário centrado e para um modelo de gestão participativo, que me deparei ainda mais com dificuldades, contradições e alguns obstáculos que, de certa forma, fui incapaz de superar ao longo desse percurso. Assim, em meio a este contexto, pude vivenciar os prazeres e os desprazeres do exercício da função gerencial, os quais me fizeram tentar compreender melhor as singularidades que estão impostas à função e buscar novas perspectivas para uma prática gerencial eficiente e democrática.

Diante disso, no ano seguinte a essa experiência profissional, ao ingressar no mestrado acadêmico da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, tive a oportunidade de aprofundar meus conhecimentos a respeito do trabalho do gerente na APS e buscar compreender como se dá a governança nesse ponto de atenção.

## **1.2 Gênese do estudo**

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado e consolidado pela Constituição Federal de 1988, considerada marco na história da saúde do país, em meio a um contexto de democratização que ocorria na política brasileira. O SUS, orientado por princípios da universalidade, equidade e integralidade, e diretrizes que trazem em sua concepção a saúde como direito da população e dever do Estado, busca uma efetiva participação e controle da sociedade na gestão das ações e dos serviços de saúde (BACKES *et al.* 2012; NORONHA *et al.* 2012; PAIM *et al.* 2011).

Segundo Viana e Poz (2005) o SUS possui três características importantes: é um sistema nacional de saúde; propõe a descentralização das ações; e aposta em novas formas de gestão, baseadas na participação de todos os atores sociais (gestores, profissionais e usuários) no processo decisório, planejamento de ações e políticas de saúde.

Tendo em vista essas características definidoras e a incorporação dos princípios e diretrizes do SUS, novas demandas gerenciais e assistenciais se fizeram necessárias, tanto para consolidação do sistema de saúde, quanto para a reestruturação do trabalho.

Desta forma, um novo modelo assistencial, organizado pela Atenção Primária à Saúde, passou a integrar as políticas públicas do SUS, haja vista que o modelo puramente curativista e biomédico já não atendia as necessidades de saúde da população (LINARD *et al.* 2011;

TEIXEIRA; SILVA; MONTEIRO, 2013). Assim, a APS, considerada porta preferencial de acesso dos usuários ao serviço de saúde, orienta a assistência do cuidado segundo os princípios da promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. É definida também como o modelo de atenção à saúde potencialmente capaz de produzir resultados satisfatórios, com menor custo no que tange à saúde dos indivíduos, e que favorece a aproximação entre os profissionais e a população (BRASIL, 2006a; MENDES, 2010).

No que tange a criação de novas formas de gestão, a APS busca romper com os modos de se fazer saúde convencionais, os quais priorizam a cura de doenças em contraponto à prevenção e promoção da saúde, e de ações gerenciais centralizadoras e verticalizadas. Assim, esse ponto de atenção, tem potencial para incorporar o planejamento das ações e políticas de saúde por meio de uma gestão participativa, com o envolvimento dos diferentes atores sociais, proporcionar uma organização horizontal do trabalho, com a descentralização do poder e da tomada de decisão, bem como, valorizar o trabalho em equipe (LINARD *et al.* 2011; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Vale destacar que é por meio da APS que os demais serviços de saúde devem ser organizados, partindo de uma perspectiva de Rede de Atenção à Saúde (RAS), que prima pela efetivação de um sistema integrado, com uma missão única e objetivos comuns (MENDES, 2011). A organização dos serviços de saúde por meio de redes é uma proposta que busca superar a fragmentação do sistema de saúde e consolidar a qualificação da APS como ordenadora da RAS (OPAS, 2011).

Portanto, considerando a APS como base estrutural do sistema de saúde e organizadora da RAS, é imprescindível que este ponto assistencial seja conduzido por um modelo de gestão participativo, com diminuição de hierarquia, aumento da corresponsabilização e comunicação entre os atores sociais. Nesta perspectiva, para a consolidação de uma RAS que vise o fortalecimento de um sistema de saúde integral e de qualidade, é fundamental que os serviços da APS estejam apoiados por um sistema de governança como estratégia de gestão.

Entende-se por governança em saúde a participação de diferentes atores sociais no processo decisório, permitindo a descentralização do poder e da decisão, ressaltando práticas democráticas e de cogestão, para elaboração e condução de políticas públicas de qualidade (FLEURY *et al.* 2010; SECCHI, 2009). Na perspectiva de Hufty (2010), governança é uma ferramenta analítica que permite compreender os fatores que organizam a interação dos atores, a dinâmica dos processos e as regras do jogo.

Diante disso, para obter a boa governança, faz-se necessária a participação deliberativa dos cidadãos no processo de tomada de decisão, que seus interesses sejam incorporados às discussões de saúde de forma igualitária e orientada para o consenso, que haja o compartilhamento das informações e a corresponsabilização dos atores nas decisões. A efetividade e a eficiência dos serviços devem ser priorizadas para obtenção de bons resultados que atendam às necessidades dos cidadãos (RONDINELLI, 2006). Sendo assim, os gerentes dos serviços de saúde se constituem fundamentais na aplicação de um sistema de governança na APS e no alcance de uma boa governança nesse ponto de atenção e, conseqüentemente, articulando esses bons resultados de saúde para os demais pontos da RAS.

Conforme afirmam Tanaka e Tamaki (2012) os gerentes têm a finalidade de otimizar o funcionamento dos serviços de saúde de forma a obter o máximo de excelência. São peças chave no cotidiano de trabalho, atuam essencialmente na decisão, operam os recursos e são atores que têm condições de imprimir direção e sentido para os serviços sob seu comando (MERHY, 2013; MOTTA, 1993).

Desta forma, entende-se que o trabalho gerencial é de suma importância para a condução de um serviço de saúde de qualidade. O gerente tem a capacidade de se colocar como mediador entre trabalhadores e usuários que compõe o serviço sob seu comando, e se configura como o interlocutor entre os demais serviços da RAS. Assim, torna-se fundamental a compreensão das singularidades do trabalho dos gerentes, principalmente no contexto da APS.

Mediante o exposto, o desejo pela temática foi suscitado pela necessidade de reflexão acerca do modelo gerencial em saúde, com vistas à maior participação de gerentes, profissionais e usuários na construção dos serviços de saúde prestados pela APS. O intuito é criar subsídios que favoreçam uma perspectiva de atuação mais autônoma e emancipatória, emergindo a necessidade de se refletir sobre como tem sido a apropriação do gerente por esses espaços, bem como de que forma tem sido delineada a governança da APS. Pretende-se, nessa perspectiva, responder às seguintes questões norteadoras: Como se configura o trabalho gerencial da APS no município de Betim? Como se configura a tomada de decisão dos gerentes no contexto da APS?

A justificativa deste estudo está relacionada à necessidade de compreender as singularidades do trabalho gerencial na APS, com vistas a contribuir com os modos de se fazer saúde, visando uma gestão mais participativa e compartilhada entre os atores sociais. O desenvolvimento desse estudo é relevante partindo-se do pressuposto que o exercício da função

gerencial é complexa e pouco pesquisada no contexto da APS e, sobretudo, porque a gestão a nível local pode trazer contribuições para os demais pontos do sistema de saúde.

### **1.3 Objetivo**

#### ***1.3.1 Objetivo Geral***

Compreender o trabalho gerencial no contexto da Atenção Primária à Saúde no município de Betim.

## **2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA EM ESTUDO**

*“Ser dirigente é como reger uma orquestra,  
onde as partituras mudam a cada instante e os  
músicos têm liberdade para marcar seu  
próprio compasso.”  
(Paulo Roberto Motta)*

### **2.1 O Sistema de Saúde e a Atenção Primária à Saúde**

A reforma de saúde no Brasil começou a se estabelecer em meados da década de 1970, mas foi em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde que o conceito da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, foi aprovado. Assim, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária, juntamente com os movimentos em prol da redemocratização do país. Essa reforma foi implementada ao longo de um processo de transição política e impulsionada exclusivamente pela sociedade civil. Além disso, esse movimento defendia que a saúde não era apenas vinculada à questão biológica, e sim à questão social e política, que portanto precisa ser discutida em espaços públicos (PAIM *et al.* 2011).

Em meio ao contexto da 8ª Conferência, os fundamentos do SUS foram estruturados e instituídos pela Constituição Federal em 1988. A regulamentação e a consolidação dos fundamentos ocorreram mediante a Lei Orgânica de Saúde - Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que organiza e regulamenta as ações de serviços de saúde no território nacional,

complementada pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabeleceu a participação popular no SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A promulgação da Lei Orgânica, além de definir princípios e diretrizes do sistema de saúde, estabeleceu os modos de organização do SUS, mediante à reformulação dos papéis do governo Federal, Estadual e Municipal com relação à gestão, à prestação de serviços de saúde, ao financiamento, ao estabelecimento de instâncias colegiadas que permitam a participação de todos os atores sociais nas decisões, negociações e construção de políticas públicas (FLEURY; OUVRENEY, 2012; MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Nesta perspectiva, com base nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, e das diretrizes baseadas na descentralização, regionalização, hierarquização e controle social, o SUS se desenvolve e se consagra como um marco da redemocratização da política brasileira (BACKES *et al.* 2012; LINARD *et al.* 2011; PAIM *et al.* 2011).

A criação do SUS e a incorporação dos seus princípios e diretrizes operacionais nos modos de se fazer saúde exigiu a reorientação do modelo assistencial vigente, que já não atendia às necessidades de saúde da população (TEIXEIRA; SILVA; MONTEIRO, 2013). Assim, visando uma assistência preconizada pelo acesso universal e cuidado integral à saúde, uma nova estratégia assistencial passou a incorporar as políticas públicas brasileira. É neste marco que a Atenção Primária à Saúde passa a vigorar (MATTA; MOROSINI, 2009).

A APS norteada pelos fundamentos do SUS é considerada o modelo assistencial capaz de proporcionar melhores resultados de saúde para a população, e constituir porta preferencial de acesso aos serviços de saúde, sendo caracterizada como:

Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006a).

A APS tem o propósito de aproximar do cotidiano dos indivíduos, aumentando o acesso da população aos serviços de saúde, criar e fortalecer o vínculo, corresponsabilizar os sujeitos, reconhecendo-os como protagonistas nos modos de conduzir a vida, bem como promover a participação social na construção e reconstrução dos determinantes de saúde (BRASIL, 2006a).

Dessa forma, com intuito de reestruturar a APS, a estratégia do governo foi criar em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) que, a partir de 2006, passou a ser denominado

Estratégia Saúde da Família (MATTA; MOROSINI, 2009; PAIM *et al.* 2011). A ESF tem como propostas primordiais ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação. Ademais, o referido ponto assistencial tem como potencialidades a aproximação da população com os serviços, e maior interação entre seus atores, o que pode implicar em uma nova definição do sujeito, do objeto e da consolidação do SUS (MOTTA; BATISTA, 2015; OPAS, 1998). Assim, a ESF caracteriza-se como importante dispositivo de gestão que surgiu com a intenção de reverter o modelo biomédico, curativista e hospitalocêntrico, por novos modos de se fazer saúde, pautados em uma abordagem coletiva, centrada no usuário e sua família (COSTA *et al.* 2009; MOTTA; BATISTA, 2015).

O atendimento prestado na ESF é desenvolvido por meio de trabalho em equipe multiprofissional composta em sua formação mínima por enfermeiro, médico generalista, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (MATTA; MOROSINI, 2009).

Em meio a este contexto, outra estratégia implementada para efetivação do SUS, é a distribuição dos serviços de saúde por meio da lógica das RAS que, segundo Mendes (2011) pode ser definida como:

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (MENDES, 2011, p. 82).

A perspectiva da estruturação dos serviços de saúde em rede tem a intenção de superar a fragmentação do sistema e a descontinuidade do cuidado prestado ao paciente. Para isso, tem como proposta estabelecer a APS como organizadora da RAS, favorecendo o fortalecimento desta unidade por meio de instrumentos de gestão e efetivação do cuidado, o que possibilita a obtenção de resultados satisfatórios às necessidades de saúde (GRANJA; ZOBOLI, 2012).

A APS assume papel central e estratégico para o reordenamento do sistema de saúde, possibilitando que o cuidado seja prestado ao longo de todos os pontos de atenção e de toda a vida de uma comunidade de forma integral, contínua e equânime. Além disso, é por meio da atenção primária que o trabalho nos demais níveis deve ser planejado e ordenado, sendo, portanto, esse nível de atenção o comunicante dos diversos pontos que compõe o sistema de saúde (MENDES, 2011; OPAS, 2011).

A RAS apresenta missão e objetivos comuns para todos os pontos de atenção; se organiza de forma cooperativa e interdependente; troca recursos entre si; se configura por um relacionamento horizontal, no qual todos os pontos de atenção à saúde têm a mesma parcela de importância e não há níveis hierárquicos; a atenção é contínua e integral entre os níveis primário, secundário e terciário; funciona sob coordenação da APS; presta atenção oportuna e completa, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis. Assim, seu objetivo é melhorar a qualidade da atenção e das condições de vida da população, promover a equidade em saúde, e bons resultados sanitários através de eficiência na utilização dos recursos de saúde (MENDES, 2010, 2011).

## **2.2 Atuação gerencial e modelos de gestão**

A reforma de saúde trouxe para o contexto do SUS novas demandas gerenciais, assistenciais e intersetoriais, as quais foram regidas pelas diretrizes da descentralização, da integralidade e da participação social. Com a descentralização do sistema de saúde, novas responsabilidades e compromissos foram atribuídos em âmbito local, dentre eles as demandas dos usuários, a necessidade de expansão física e funcional da rede de saúde, adequação de trabalhadores e da qualidade da assistência prestada (FERRAZ; GOMES; MISHIMA, 2004).

Nesse contexto, o gerente de serviços de saúde passou a ser fundamental para suprir essas necessidades, uma vez que esses profissionais têm condições de imprimir direção e sentido para os serviços sob seu comando. Porém, o caráter transformador dos processos de trabalho e dos serviços de saúde não são exclusivamente de responsabilidade do gerente, haja vista que este sujeito é ‘condicionante do’ e ‘condicionado pelo’ modo de produção de serviços de saúde. Portanto, o processo de gestão pode ser influenciado tanto por fatores micropolíticos, através dos vários atores sociais, quanto por fatores macropolíticos, como aspectos econômicos, sociais e políticos (FERRAZ; GOMES; MISHIMA, 2004; FRANCO; MERHY, 2013).

Nessa perspectiva, a gestão é vista como ‘prática social’, capaz de abranger os dilemas éticos e políticos encontrados nas organizações e vivenciados pelos gerentes, além de colocar o trabalho desse ator como passível de contradições e conflitos, e não só como disciplina e manutenção dos interesses das organizações. Portanto, a gestão vista como prática social é bem mais do que uma técnica para se chegar à eficiência de uma organização, ela é vista como

relações humanas inseridas em um contexto histórico-cultural, permeado por aspectos políticos e de exercício do poder (BRITO, 2004; JUNQUILHO, 2005; REED, 1997;).

Franco e Merhy (2013) consideram a subjetividade uma das dimensões no modo de produção em saúde. Para estes autores, os processos de trabalho não seguem um padrão, mesmo impostos sobre as mesmas normas e diretrizes, pois cada sujeito está envolvido na produção do cuidado realizado de uma forma singular, e assim, quando há o encontro trabalhador/usuário, é que se define como se dará o cuidado de saúde (SULTI *et al.* 2015). Ou seja, apesar do SUS ser construído por normas, diretrizes e princípios norteadores, são os atores sociais durante suas relações e encontros que desenham os rumos dos serviços e ações de saúde.

Diante da ótica da gestão como prática social, em que os serviços de saúde prestados são influenciados por aspectos socioculturais e políticos, e também pela subjetividade dos gerentes durante o encontro gerente/trabalhadores e usuários, é que se fundamenta a base estrutural desse trabalho, e que direciona para a compreensão das singularidades do exercício gerencial em seu cotidiano de trabalho.

Assim, para compreender a atuação gerencial é preciso discutir sobre os modelos de gestão, pois são esses modelos que orientam a prática gerencial e, por conseguinte os serviços de saúde.

Segundo Chanlat (2000, p. 119), modelos de gestão são entendidos como “o conjunto de práticas administrativas colocadas em execução pela direção de uma empresa”, com vistas ao alcance de seus objetivos. O modelo de gestão compreende o estabelecimento das condições de trabalho, sua organização, os sistemas de avaliação e o controle de resultados, as políticas de gestão de pessoal e os objetivos, os valores e a filosofia da gestão que o inspiram (CHANLAT, 2000).

O modelo de gestão tradicional é basicamente aquele que conserva o distanciamento da população e dos funcionários nas decisões organizacionais, e centraliza o gerenciamento exclusivamente na figura do gerente (JUNQUILHO, 2005). O modelo tradicional está enraizado por princípios de controle e disciplina, os quais fazem separação entre o trabalho do gerente, que decide e o do trabalhador, que apenas acata a decisão e executa suas ações (DEUS; MELO, 2015).

Do ponto de vista desse modelo de gestão nos serviços de saúde, os gerentes controlam o trabalho com métodos rígidos, ações burocráticas, centralizadoras e hierárquicas, nas quais não se considera a relação entre dois sujeitos que constrói um contato permeado pela subjetividade entre as partes, mas sim, pelos gerentes que exercem uma relação de poder e de

disciplina, imprimindo a desvalorização da autonomia dos profissionais de saúde, privando-os, muitas vezes, do processo decisório e priorizando o controle e supervisão das ações do que o planejamento. Sobretudo, esse modo de gerir tradicional, reforça a imagem do gerente como o único capaz de delimitar os caminhos a serem percorridos por sua equipe de trabalho, e conseqüentemente, como o centralizador das decisões (SULTI *et al.* 2015).

Algumas características presentes nesses modelos, herança das teorias de Frederick Taylor (1856-1915), Henry Ford (1863-1947), Henry Fayol (1841-1925), e posteriormente, a teoria burocrática de Marx Weber (1864-1920), encontram-se na organização do trabalho nos serviços de saúde. Entre alguns exemplos estão um misto de racionalização do trabalho, disciplina, subordinação, fragmentação e hierarquização do trabalho, divisão de tarefas e escala de trabalho, autoridade definidas, preocupação excessiva com procedimentos, normas e rotinas, assim como, impessoalidade ao relacionar com outros indivíduos (AZEVEDO *et al.* 2013; MATOS; PIRES, 2006).

Como os modelos tradicionais de gestão têm levado as organizações de saúde a um patamar com resultados insatisfatório e incapazes de responder as atuais necessidades de saúde da população, busca-se estratégias para a construção de novas relações entre trabalhadores e usuários e, conseqüentemente, novos modelos de gestão.

As mudanças e evoluções políticas, social e econômica que ocorrem com o passar dos anos nas organizações de trabalho, fez com que a gestão das organizações se modificasse, deixando seu universo clássico, marcado pela rigidez, hierarquia e centralização do processo decisório, para ser substituída por formas de gerenciar mais flexíveis. Assim, a proposta é que as informações sobre as organizações passem a ser compartilhadas e incentivada a participação de outros atores nas tomadas de decisões (MOTTA, 1993).

A partir dos anos 1980 algumas alternativas foram difundidas na tentativa de superar os modelos taylorista/fordistas de organização do trabalho, com a diminuição de níveis hierárquicos, a responsabilização compartilhada e o incentivo a participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão, como já mencionados (MATOS; PIRES, 2006). Na perspectiva de reorganizar de forma participativa esse modelo de gestão, visando a produção de sujeitos e não a produção de objetos, aumentar a capacidade de análise dos atores sociais e sua autonomia na construção da gestão dos serviços de saúde e da sua própria vida, bem como produção de sujeitos autônomos e comprometidos com os interesses coletivos, as organizações tidas como burocráticas, perderam espaço para as organizações democráticas, coletivas e horizontais (DEUS; MELO, 2015; HASSAD; TONELLI; ALCADIPANI, 2005).

O modelo de gestão participativa promove o cuidado de saúde humanizado e de qualidade, participa e interage profissionais na gestão dos serviços, estimula a autonomia e corresponsabilização, visando o fortalecimento do projeto democrático do SUS. Além disso, as formas de controle são menos autoritárias e as estruturas organizacionais mais flexíveis (DEUS; MELO, 2015).

A introdução de formas participativas como instrumentos de democratização e equalização de poder cria uma dinâmica de grupo que favorece a liberdade de expressão, sugestão e crítica, além de trazer ao processo decisório, indivíduos e grupos antes considerados objetos da ação gerencial e agora sujeitos capazes de formular diretrizes e melhorar a tarefa comum. Ademais, possibilita que os atores estabeleçam canais de comunicação com os gerentes, a fim de expressarem suas opiniões e aspirações durante o processo decisório (MOTTA, 1993).

Ainda segundo Motta (1993) uma nova maneira de gerenciar as organizações, visando o alcance da flexibilidade é pensá-las enquanto:

Modelo de organização descentralizada, com unidades autônomas que refletem, a princípio, o todo organizacional. São projetadas com base em equipes, com menos hierarquia, com responsabilidade compartilhada e um equilíbrio de poder dinâmico, construído no próprio processo de decisão. [...] O sentido de autoridade e da responsabilidade compartilhada retira, em grande parte, o sentido de unicidade da liderança, a qual passa a ser emergente e contingencial conforme a natureza do trabalho (MOTTA, 1993 p. 122 -125).

Corroborando com essa lógica de pensamento, Merhy (2013) ressalta que todos os atores são capazes de governar, cada um com seu grau de capacidade e interesses, podendo, tanto usuários e trabalhadores, como os gestores, transformar os territórios sob seu governo.

Os gerentes constituem peças essenciais para a condução de modelos de gestão, visando tanto a produção de saúde, quanto a formação de sujeitos implicados na construção de modelo de atenção voltados para os princípios que regem o SUS (SULTI *et al.* 2015). Os gerentes são detentores do controle sobre as arenas políticas, são os que operaram os recursos e dão sentido para as organizações em detrimento de outros possíveis caminhos, embora não sejam eles os únicos e nem os que dominam por completo o ambiente organizacional, pois o modo com que outros atores ocupam e conduzem este ambiente, é que cria novos recursos, normas e reestrutura esse ambiente (MERHY, 2013).

Cada gestor tem seu jeito próprio de governar, e é o grau de liberdade dentro da organização que desenha os espaços públicos de saúde, com seus modelos de atenção e gestão. Portanto, é o jeito que os gestores conduzem o serviço e que estimulam a atuação de vários

atores sociais, como os trabalhadores e usuários na construção e inserção de projetos dentro das políticas públicas de saúde, é que permite à organização de saúde mudanças no seu modo de agir.

Diante disso, é necessário pensar na responsabilização dos funcionários nos processos de trabalho, com o empoderamento e participação deles, haja vista que na medida em que esses atores forem envolvidos as organizações ficam horizontais e flexíveis (HASSAD; TONELLI; ALCADIPANI, 2005). É fundamental também propor uma mudança na gestão pública que perpassa, pela introdução de tecnologias organizacionais como: criatividade, flexibilidade, qualidade, multiplicidade, horizontalização de estruturas administrativas e maior participação popular no controle dos resultados (JUNQUILHO, 2005).

### **2.3 Governança**

A Constituição Federal de 1988 torna público que “a República Federativa do Brasil [...] constitui-se em Estado Democrático de Direito”, o qual refere-se que “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição” (BRASIL, 2014; BRASIL, 1988, art. 1º).

A criação e a regulamentação do SUS, através dos princípios e normas instituídas nas Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90, fica estabelecido a participação e controle da sociedade por meio de fóruns deliberativos nas decisões (BRASIL, 1900a, BRASIL, 1990b; BRASIL, 2006b; IBANHES *et al.* 2007).

Assim, à luz desse contexto, percebe-se que o cidadão tem o poder para escolher não só seus representantes, deixando claro que o poder não está a cargo de apenas um governo, mas que o poder emana do povo, e é ele quem detém o poder social e pode exercê-lo de forma compartilhada segundo os interesses em comum entre todos os atores sociais.

Como resultados desse percurso político, a participação da sociedade na construção e condução das políticas públicas e na gestão das ações e serviços de saúde foi ampliada e institucionalizada por meio dos espaços de participação e de negociação que são direcionados os conselhos de saúde, em âmbito local, regional e nacional. Assim, a reorientação dos serviços de saúde visa práticas democráticas, com participação da sociedade e compartilhamento das decisões e ações de saúde (FLEURY *et al.* 2010).

As organizações públicas buscam, através dos serviços ofertados, o bem-estar social e a maiores oportunidades destinadas aos cidadãos. Para conquistar esses resultados, as

organizações partem da premissa de trabalhar em conjunto e alinhando os interesses de todos os envolvidos, mediante o sistema de governança (BRASIL, 2014).

Embora o termo governança seja utilizado há muitos anos, foram nessas últimas três décadas que veio a ser empregado com maior rigor e importância. Foi nos Estados Unidos, por volta de 1980, que o termo governança começou a ser utilizado e ser associado a modelos de gestão participativa (BARDEN *et al.* 2011; ERDMAN; SANTOS, 2012). Esse termo tem origem do latim *gubernare*, que significa governar, e tem se despontado em decorrência das transformações no processo de gestão das organizações e das políticas públicas (PLUMPTRE; GRAHAM, 1999).

Estruturas de governança têm sido estudadas com intuito de melhorar o desempenho organizacional, reduzir os conflitos existentes, traçar melhores ações e possibilitar segurança para as organizações. Seus mecanismos são de importância para a gestão, especificamente, no que concerne à tentativa de encurtamento da distância entre Estado e Sociedade (BRASIL, 2014).

O termo governança tem sido utilizado em várias perspectivas, dentre elas, governança clínica, governança pública e governança compartilhada, entre outras. Para esse estudo será utilizado o conceito mais abrangente do termo governança, embora esse conceito seja estruturado com uma gama de características em comum com os conceitos de governança clínica, governança pública e/ou governança compartilhada. Além disso, a governança será, também para fins dessa pesquisa, associada aos significados de gestão participativa e cogestão, embora haja algumas diferenças conceituais entre ambos.

Diante desse panorama histórico e político, assume-se como definição de governança a interação entre governo, organizações sociais e cidadãos, e como esses atores participam juntos no processo decisório (HUFTY; BÁSCOLO; BAZZANI, 2006; HUFTY, 2010; PLUMPTRE; GRAHM, 1999). Além disso, segundo Plumtre e Graham (1999), diz respeito a como o poder é exercido, como as decisões são tomadas, e como os cidadãos expressão suas opiniões durante as discussões e tomadas de decisões. Portanto, para esses autores, governança remete ao poder, a relação entre os atores sociais e a responsabilização dos mesmos.

Acresce-se à definição apresentada, o fato de a governança consistir em um sistema que possibilita dirigir, monitorar e incentivar as organizações segundo o envolvimento de todos os atores sociais sendo eles: sociedade, alta administração, servidores ou colaboradores e órgãos de controle, mantendo assim um relacionamento de confiança e assegurando que serão levados em consideração os interesses públicos (BRASIL, 2011).

Governança é praticar a gestão de forma compartilhada entre atores sociais, na qual as decisões devem ser tomadas em conjunto e em consenso entre os envolvidos, que tem por pretensão a corresponsabilização dos sujeitos na gestão (VILELA; PINTO, 2009), gerando autonomia, divisão de poder entre os atores sociais e controle sobre as decisões e ações de saúde (BUENO *et al.* 2013).

Para Fleury e colaboradores (2010) o modelo local de governança da saúde pode ser entendido como o conjunto de atores sociais, instituições e instâncias que compõem os processos decisórios, de responsabilização e prestação de contas subjacentes à formulação e execução da política municipal de saúde. Isso representa não só gerenciar a maior parte dos recursos do setor, como também possuir espaço privilegiado no processo de construção da política de saúde em âmbito regional e nacional.

Em relação à governança pública, correlaciona-se ao neoliberalismo, no sentido de minimizar os critérios técnicos na tomada de decisão e maximizar mecanismos participativos de assuntos das organizações públicas (SECCHI, 2009). Além disso, está relacionada à mudança na gestão política, uma vez que está orientada para articular as relações de poder entre o Estado, o governo e a sociedade, promovendo a cooperação entre esses atores. Sua definição fica a critério de ser uma junção de liderança, estratégia e controle, que tem como objetivo avaliar, monitorar e direcionar a gestão, visando a condução de políticas públicas e a prestação de serviços para a população (BRASIL, 2014; HUGHES, 2010; ROBICHAU, 2011).

Para Matias Pereira (2010), governança pública é um sistema que equilibra o poder entre todos os atores sociais (cidadãos, representantes eleitos/governantes, alta administração, gestores e colaboradores), possibilitando que o interesse de pessoas ou grupos sejam assegurados como um bem comum. Para esse mesmo autor, é de suma importância para a governança na administração pública que o papel de cada ator social seja descrito, definido os objetivos e responsabilidades, assim como os modelos de decisão.

A governança compartilhada é um modelo de gestão que rompe com os modelos de gestão tradicional e reforça que o poder dos gerentes deve ser partilhado com os demais profissionais e não exercido sobre eles (KRAMER *et al.* 2008; SANTOS *et al.* 2013). Surgiu na década de 80, na enfermagem norte americana, trazendo novas estratégias para esta prática profissional (BARDEN *et al.* 2011), dentre elas, a tomada de decisão passa a ser um processo de cunho coletivo e participativo, buscando resultados que são de interesses comuns, bem como propõe mudanças nos modelos de gestão tradicionais, para uma estratégia de gestão democrática (BERNARDES *et al.* 2011; SANTOS *et al.* 2013).

A governança clínica não difere das demais perspectivas adotadas para conceituar governança, fortalece também que a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde é possível por meio da participação não apenas dos profissionais, mas de uma divisão de responsabilidade entre o âmbito organizacional e gerencial, e participando também desse processo o paciente e sua família (AZEVEDO *et al.* 2010).

O modelo de governança compartilhada, proporciona a melhoria da assistência à saúde, uma rede de comunicação, liderança, aumento de autonomia nos processos decisórios. Sobretudo, propõe a reconfiguração das práticas de gestão de modo a possibilitar maior poder de decisão aos profissionais de saúde. Embora esse modelo de governança tenha uma variedade de resultados positivos, possui muitos obstáculos e desafios na sua implementação, dentre eles, a dificuldade que os profissionais e gerentes têm de romper com práticas verticalizadas de tomada de decisões, presentes nos modelos de gestão tradicionais, o que torna um grande desafio para proporcionar uma participação coletiva no processo decisório, com discussão, maior autonomia e corresponsabilização desses atores (SANTOS *et al.* 2013).

A maneira como os diversos atores se organizam, se inter-relacionam e agem através das estruturas administrativas, dos processos de trabalho, das funções de avaliar, monitorar e direcionar a organização, diz muito sobre o sistema de governança, e de como alcançar uma boa governança (BRASIL, 2014). Os princípios para uma boa governança pressupõem a existência de um Estado de Direito; de uma sociedade civil participativa em assuntos de interesse público; de um comportamento pautado na ética profissional; de políticas planejadas de forma previsível; visa a transparência e a efetividade das comunicações, envolvendo todos os atores sociais; e busca atender os interesses de todos e não favorecer um ou outro (BRASIL, 2014; WORLD BANK, 2007;).

Contudo, construir uma gestão social, verdadeiramente participativa e deliberativa é, na prática, algo muito complexo devido à dificuldade em alinhar os interesses dos diversos atores sociais e principalmente em manter um governo participativo e não mais hierárquico (VILELA; PINTO, 2009). Além disso, para Peci, Pieranti e Rodrigues (2008), “trabalhar com o conceito da governança é ideológica e conceitualmente desafiador”, uma vez que:

Não existe um modelo único de governança, diferentemente do modelo burocrático, a governança não pretende ser um modelo organizativo e funcional de validade universal. A governança é multifacetada e plural, busca eficiência adaptativa e exige flexibilidade, experimentação e aprendizagem via prova e erro (PECI; PIERANTI; RODRIGUES, 2008 p. 42).

Governança foge da ideia de hierarquia, onde o poder e autoridade não estão centrados na figura de um, mas sim de muitos, buscando uma visão em rede, capaz de estruturar políticas públicas de forma coletiva (BRUGUÉ; VALLÈS, 2005). Portanto, a governança enquanto um novo modelo de gestão pública, necessita abrir mão de concepções antes utilizadas em modelos tradicionais de gestão e tornar-se mais flexível, e sobretudo modificar as relações de poder entre Estado e sociedade (PECI; PIERANTI; RODRIGUES, 2008).

Mediante o exposto, segundo Cardona, Nieto e Mejía (2010), para se solucionar problemas de saúde pública o melhor é ter a participação dos vários atores sociais nesse processo, tendo para isso o envolvimento de todos, respeitando seus valores e pontos de vista sobre o problema em comum, como também para Bueno e colaboradores (2013) é necessário reconhecer e aceitar os diferentes saberes dos atores sociais, sejam esses saberes científicos, políticos ou populares, práticas essas, que direcionam a uma governança e gestão participativa.

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

*“Nosso trabalho no mundo é criar, e a maior criação é moldar a história de nossas próprias vidas.”*

*(Richard Sennett)*

#### **3.1 Caracterização do estudo**

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, tendo em vista que a mesma apresenta possibilidade de responder as inquietações ligadas à dinâmica da função gerencial.

A abordagem qualitativa permite introduzir o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, bem como compreender a realidade humana vivenciada socialmente por meio de seu cotidiano e experiências de vida (MINAYO, 2013).

A pesquisa qualitativa faz com que o pesquisador vá além dos dados quantificáveis e mergulhe em um universo próprio do ator investigado, compreendendo assim o fenômeno e os significados que lhe são atribuídos. Isso faz com que o pesquisador se aproxime mais do fenômeno investigado, uma vez que esse é dotado de singularidades passíveis de serem descritas e analisadas (CHIZZOTTI, 2006).

Assim, a pesquisa qualitativa é um método que se aplica ao estudo das relações, representações, crenças, percepções e significados, trabalha com questões subjetivas atribuídas ao contexto de vida e interação social do ser humano, e permite compreender as interpretações do indivíduo, de como ele vive, sente e pensa (MINAYO, 2013)

Optou-se pelo estudo de caso único, entendendo como estratégia adequada quando se trata de questões nas quais estão presentes fenômenos contemporâneos inseridos em contextos da vida real e que podem ser complementadas por outras inquietações de caráter exploratório e descritivo (YIN, 2010).

Além disso, a escolha se deve ao fato de a pesquisa buscar a compreensão de um fenômeno particular: o trabalho gerencial e a governança no contexto da atenção primária à saúde. Segundo Yin (2010) este método é uma forma de investigar fenômenos empíricos, buscando responder “como” e “por que” eles ocorrem, sendo, portanto, coerente com o objeto de estudo aqui proposto. O mesmo autor acrescenta que o estudo de caso é utilizado como forma de compreender elementos complexos, dando uma visão geral e significativa dos fatos da vida real, como por exemplo, o comportamento de um grupo, os processos organizacionais e gerenciais.

Assim, ressalta-se que o trabalho gerencial é um objeto de caráter subjetivo, permeado por singularidades próprias do seu contexto, o que reforça a utilização desse percurso metodológico uma vez que ele possibilita a compreensão dos significados atribuídos pelos participantes ao seu trabalho como gerente no contexto da rede de atenção à saúde.

### **3.2 Cenário**

Delimitou-se como cenário desse estudo o município de Betim - Minas Gerais, localizado na região metropolitana de Belo Horizonte. A escolha deste município se deu de forma intencional por se tratar de um dos municípios pioneiros na implementação do modelo de gestão participativa em Minas Gerais. A opção pela Atenção Primária em Saúde se deu por se considerar este nível de atenção como elemento constitutivo e ordenador da RAS, demonstrando, desta forma, que as repercussões das ações gerenciais podem influenciar nos diferentes níveis de atenção à saúde e na qualidade do serviço.

Vale ressaltar que a escolha das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) se deu de forma intencional, seguindo o critério de aproximação territorial de uma unidade para outra. Foram 12 UAPS, dentre elas, unidades com equipes de saúde da família e também equipes de

estratégias de agentes comunitários de saúde (EACS), de cinco regionais de saúde, sendo Regional Norte, Centro/Sede, Imbiruçu, Citrolândia e Alterosa.

O município de Betim foi considerado distrito em 1801 e emancipou no ano de 1938. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) são aproximadamente 417.307 mil habitantes no ano de 2015, sendo a quinta maior população e o segundo maior Produto Interno Bruto do estado de Minas Gerais. Além de polo petroquímico e automotivo, o município possui importantes indústrias nos setores de metalurgia, alumínio e mecânica (BETIM, 2014; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

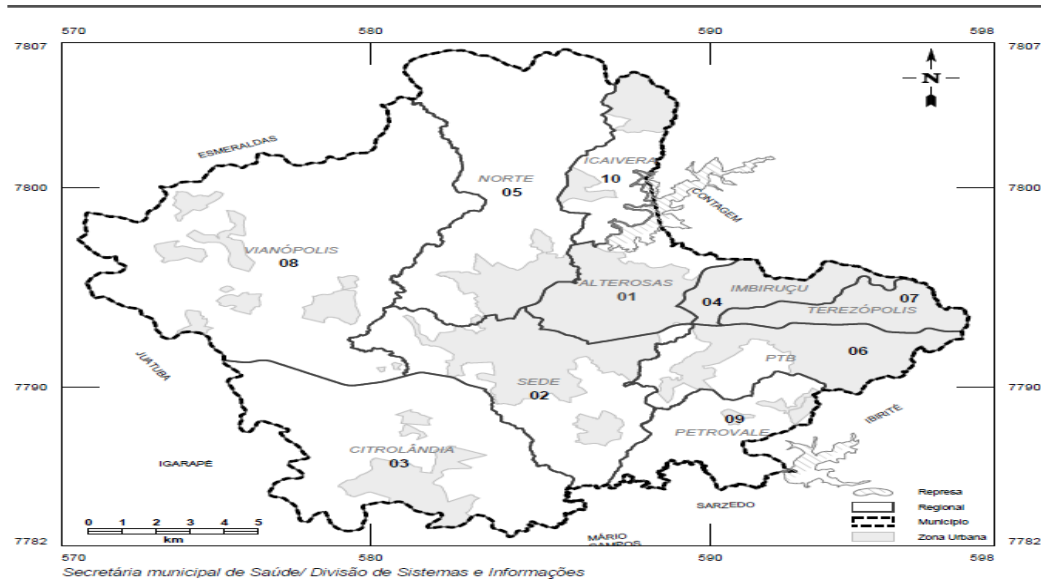
Betim possui extensão territorial de 346 km<sup>2</sup>, está a 30 km da capital de Minas Gerais, fazendo divisa com os municípios de Esmeraldas, Contagem, Juatuba, Igarapé, Ibirité, São Joaquim de Bicas, Mário Campos e Sarzedo (BETIM, 2014). A Região de Saúde de Betim é composta por 13 municípios, conforme demonstra a FIGURA 1:

**FIGURA 1- Mapa da Região de Saúde de Betim**



**Fonte: Plano Municipal de Saúde de Betim 2014-2017.**

Betim é sede e representa 61% da população da região de assistência à saúde, assim concentra o maior contingente de pessoas, de equipamentos e de recursos humanos de saúde. Possui uma divisão territorial em dez regiões administrativas, sendo elas: Alterosas, Centro/Sede, Citrolândia, Imbiruçu, Norte, PTB, Petrovale, Teresópolis, Icaivera e Vianópolis, as quais estão representadas na figura 2 (BETIM, 2014).

**FIGURA 2 - Distribuição das gerências administrativas, Betim, 2013**

**Fonte: Plano Municipal de Saúde de Betim 2014-2017.**

O município, com o intuito de modificar uma assistência à saúde fragmentada, implementou a Rede de Atenção à Saúde, onde a APS é a ordenadora dessa rede, tendo a Estratégia de Saúde da Família como sua principal estratégia organizacional. A rede assistencial do SUS-Betim é composta por unidades de atenção primária à saúde, atenção especializada, de urgência e emergência, unidades hospitalares, além de unidades de apoio diagnóstico e terapêutico (BETIM, 2014).

O município conta com 34 UAPS, totalizando 77 equipes de Saúde da Família e 16 EACS, são 698 microáreas de abrangência das UAPS (BETIM, 2014). A primeira unidade de APS foi inaugurada em 2004, no bairro Cruzeiro do Sul e cada equipe de saúde da família fica responsável por atender uma população em média de 4.000 usuários, em um território definido (BETIM, 2014).

### 3.3 Participantes

Os participantes desse estudo foram os 12 gerentes das unidades de atenção primária à saúde e quatro gerentes de nível central, sendo secretário municipal de saúde, secretário adjunto, diretor de gestão estratégica e participativa e diretor operacional de saúde.

Como critérios de inclusão, estabeleceu-se que os participantes atuassem no cargo de gestor de uma UAPS ou em um nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), bem como estivessem há pelo menos um ano desempenhando a função gerencial. Este critério foi

estabelecido por entender que com esse tempo mínimo de atuação os gestores estariam familiarizados com a dinâmica do setor de trabalho. Os critérios de exclusão por sua vez, foram: os participantes que se encontravam em período de férias e/ou licença médica no período de coleta dos dados.

No que se refere aos gerentes das unidades de atenção primária à saúde, designados para fim deste estudo como gerentes de nível local, o critério de seleção utilizado foi a saturação dos dados. A saturação trata-se de um mecanismo no qual a coleta é interrompida quando o pesquisador percebe que está ocorrendo a repetição e relevância das informações obtidas, sendo desnecessária a inclusão de novos participantes (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Em relação aos gestores de nível central, os quais desempenham seu papel a nível de Secretaria de Saúde, estes foram selecionados intencionalmente, por entender que são peças-chave na organização da rede de atenção à saúde, no contexto da APS e do sistema de governança, sendo, portanto, importantes para alcançar o objetivo desse estudo.

Assim, foram realizadas doze entrevistas com os gerentes da APS, de cinco regionais de saúde. Os dados foram coletados em doze UAPS e doze gerentes compuseram esta amostra. Outros três gerentes foram convidados a compor a amostra, porém não foi possível realizar a pesquisa, tendo em vista que um dos gerentes não atendia ao critério de inclusão de tempo na função gerencial. Outro gerente não participou por estar de licença médica e o último por recusar-se a participar do estudo alegando que estava muito sobrecarregado no trabalho. No entanto, não houve necessidade de inclusão de novos participantes por atender ao critério de saturação.

Foram realizadas também, quatro entrevistas com os gestores de nível central. Ressalta-se que o coordenador da APS do município foi convidado a integrar o estudo. No entanto, o profissional recusou a participar alegando não disponibilidade e desinteresse pela pesquisa. Assim, constituíram-se como participantes deste estudo um total de 16 gestores.

### **3.4 Coleta de dados**

O estudo de caso por tratar-se de um método complexo de investigação, necessita de várias fontes de evidências, proporcionando significância e fidedignidade aos resultados (YIN, 2010). Para fins deste estudo foram utilizadas como técnicas de coleta de dados: a análise documental, a observação, a entrevista com roteiro semiestruturado e a Técnica do Gibi. Todas

as fontes de evidências possuem seu caráter de importância e são complementares umas às outras.

No que diz respeito à análise documental, a mesma oferece subsídio para o investigador na interpretação das informações na medida que elas aparecem durante a coleta dos dados, bem como possibilita uma investigação detalhada do assunto quando a evidência documental for contrária aos resultados encontrados (YIN, 2010). Diante disso, a análise dos documentos foi feita antes mesmo de ir a campo e complementada quando necessário após a coleta dos dados. Os documentos incluídos na análise documental foram o Plano Municipal de Saúde de Betim (BETIM, 2014), instrumento formulado pela Gestão Estratégica e Participativa intitulado - Gestão Participativa na Rede SUS Betim por uma gestão colegiada (BETIM, 2015a), o regimento interno do colegiado gestor das unidades/serviços de saúde (BETIM, 2015b), bem como reportagens que trazem informações sobre a situação econômica da Secretaria de Saúde de Betim em 2016. Os documentos foram lidos, analisados e confrontados com os dados das entrevistas, técnica do Gibi e da observação.

A respeito das entrevistas com roteiro semiestruturado, a observação e a Técnica do Gibi, foram realizadas entre os meses de setembro e novembro de 2015. Para tal, foi feito contato telefônico, previamente, com os participantes a fim de explicar a pesquisa e convidá-los a participar, uma vez que eles aceitaram, foram agendados o dia e horário de cada entrevista. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, gravadas em dois aparelhos eletrônicos, feitas individualmente e em locais restritos, permitindo manter o sigilo das declarações. Os dados foram coletados seguindo os instrumentos de coleta de dados até o momento em que o participante esgotava suas considerações sobre o objeto de estudo.

No que se refere à entrevista, primeiramente foi aplicado um questionário para identificar o perfil dos participantes (APÊNDICE A), em um segundo momento utilizou-se o roteiro de entrevista semiestruturado com questões abertas (APÊNDICE B) e, para finalizar, utilizou-se a Técnica do Gibi (APÊNDICE C).

Segundo Yin (2010) a entrevista é umas das fontes de evidências mais importantes, pois trazem informações privilegiadas do contexto de vida do participante. Minayo (2013) ressalta que a entrevista é uma conversa destinada a construir informações sobre o objeto de pesquisa, que possibilita obter as narrativas de vida, as reflexões do próprio participante sobre as realidades a qual vivencia e que constitui uma representação real do seu contexto de vida. Assim, a realização da entrevista justifica-se pela necessidade de compreender as condutas e o

sentido que os atores conferem às suas ações, bem como os dilemas e questões enfrentadas por eles (POUPART *et al.* 2004).

O roteiro semiestruturado facilita a abordagem e permite introduzir uma conversa sobre a experiência do participante e suas relações sociais sobre o exercício da função gerencial. Para Minayo (2013) esse tipo de roteiro possibilita que o pesquisador discorra sobre o tema sem se prender as questões previamente estabelecidas, permitindo até mesmo a inclusão de outras perguntas a fim de aprofundar mais a reflexão.

A Técnica do Gibi foi mais uma das fontes de triangulação de dados, foi realizada após a entrevista, na qual os participantes tiveram que representar por meio de uma figura da revista em quadrinhos “o seu cotidiano de trabalho considerando as pessoas envolvidas nas decisões gerenciais no contexto da APS”, e em seguida comentar o motivo que os levou a eleger aquela figura.

Esta técnica surge como possibilidade metodológica de coleta de dados na pesquisa qualitativa, sendo uma estratégia lúdica onde os participantes podem expressar suas representações acerca de um determinado assunto e trazer aspectos subjetivos por meio de imagens de revista do tipo Gibi. Imagens estas que retratam o cotidiano de trabalho e experiências de vida dos participantes, e permite investigar em sua essência o comportamento humano (BRITO *et al.* 2014; CATÃO, 2011; PESSOA, 2010). Nesse sentido, a utilização da revista do tipo gipi proporcionou reflexão e aproximação do participante ao objeto de estudo, e os fez trazer questões muito subjetivas sobre sua realidade de trabalho, experiências de vida e seus significados e simbologias atribuídas ao trabalho gerencial.

Foi utilizado para essa técnica a última edição da revista em quadrinhos da Turma da Mônica publicada no período de realização das entrevistas. A revista utilizada foi a mesma para todos os participantes, foram aceitas figuras escolhidas em toda a extensão da revista, incluindo até a contracapa, foram aceitas também a escolha de mais de uma figura, motivo pelo qual foi respeitado todo o desejo do entrevistado no decorrer da pesquisa.

Vale lembrar que uma vez escolhidas as figuras em quadrinhos pelos participantes, apenas os depoimentos dos entrevistados foram levados em consideração e incorporados à análise dos dados como parte da entrevista com roteiro semiestruturado. Os depoimentos advindos da técnica do Gibi, foram gravados e transcritos na íntegra.

Outra estratégia de coleta de dados foi a observação, realizada nos momentos que antecediam as entrevistas, assim como após o término das mesmas. É importante ressaltar que as anotações foram registradas em diário de campo. A observação das ações desempenhadas

pelo gerente foi importante e constituiu um meio de perceber e compreender as práticas gerenciais destes atores no cotidiano de trabalho, suas dificuldades e facilidades, sobretudo as singularidades que estão impostas a esta prática. As anotações feitas em forma de notas de observação correspondem às percepções da pesquisadora sobre o universo de trabalho do participante e foram utilizadas na análise dos dados para maior compreensão dos depoimentos. Foram observados aspectos relacionados à estrutura física, a organização do trabalho e ao pessoal, incluindo o desempenho de atividades e suas relações.

Ressalta-se que as entrevistas tiveram uma duração média de 54 minutos cada uma, e o tempo de observação do cotidiano de trabalho dos gerentes foi de aproximadamente 18 horas.

### **3.5 Análise dos dados**

Para a análise dos dados foi utilizado o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2011). Esta abordagem propicia a realização de deduções lógicas a partir das falas dos participantes e do seu contexto, permitindo fazer inferências sobre a realidade que se transpõe além das falas propriamente ditas. Uma vez considerado um conjunto de técnicas de análise das comunicações, a análise de conteúdo tem por interesse compreender por meio dos discursos, bem como das imagens, as interpretações das opiniões e representações dos participantes (BARDIN, 2011).

A referida técnica baseia-se na inferência que transcorre entre o objetivo e o subjetivo, o que atrai o pesquisador para o que está oculto em qualquer mensagem, “o latente, o não aparente, o potencial de inédito (do não dito)” (BARDIN, 2011, p.15). Assim, leva em consideração as significações, o que está para além das palavras e busca outras realidades por meio das mensagens obtidas (BARDIN, 2011).

Segundo Bardin (2011) a análise de conteúdo se organiza em três polos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise, consiste na organização dos dados obtidos durante a inserção do pesquisador no campo, para isso as entrevistas foram transcritas na íntegra e posteriormente, realizada a sua “leitura flutuante”, que consistiu em leituras exaustivas de todas as entrevistas. Nessa fase o pesquisador entra em contato com os materiais e permite utilizar de impressões e orientações provenientes dos dados para sua análise, bem como escolhe os documentos que fornecem subsídios para contemplar o objetivo desse estudo. Uma vez feito isso, tem-se a composição do universo (conjunto de documentos que serão utilizados na análise), o chamado

*corpus*. Para a seleção desse corpus, segue as seguintes regras: ‘regra da exaustividade’, ‘regra da representatividade’, ‘regra da homogeneidade’ e ‘regra da pertinência’ (BARDIN, 2011, p. 126 -128). Com a reorganização dos textos em unidades e o agrupamento dessas por critério de semelhança tem-se o corpus e conseqüentemente a delimitação do material.

Na seqüência foi realizado a exploração do material que consiste na codificação e na categorização dos dados. A codificação nada mais é que a modificação dos dados brutos em unidades, as quais descrevem as características pertinentes do conteúdo; já a categorização é a transformação dos dados brutos em dados organizados, tendo por objetivo representar de forma simplificada os dados, os quais são agrupados em unidades segundo as suas características em comum (BARDIN, 2011).

Por fim, na etapa de tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação, os resultados foram tratados buscando ser significativos e válidos, e assim ser possível a utilização de inferências e interpretações que suprissem os objetivos propostos (BARDIN, 2011). A discussão e análise dos temas categorizados foram concebidas por impressões da pesquisadora e à luz da literatura.

### **3.6 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer: 1.174.603) (ANEXO A). A aprovação da pesquisa pelo município cenário do estudo ocorreu por meio de carta de anuência concedida pelo secretário de saúde (ANEXO B), bem como parecer substanciado do Comitê de Ética em Pesquisa de Betim (Parecer: 1.192.060) (ANEXO C), ambos em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 que discorre sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Os participantes foram informados sobre a natureza da pesquisa, foram respeitados todos os direitos dos mesmos, e foi dada a liberdade de recusar a participar ou mesmo de interromper a participação sem prejuízo ou penalidade. Os entrevistados preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) elaborado de acordo com a Resolução nº 466/12, do Ministério da Saúde.

Com a intenção de garantir anonimato e sigilo dos dados obtidos, os entrevistados foram designados por códigos: os gerentes das UAPS, considerados nesse estudo como Gerentes de

Nível Local, foram identificados pelas letras ‘GL’ e numerados segundo a ordem das entrevistas. Os gerentes que trabalham no nível de SMS como o secretário de saúde, secretário adjunto, diretor operacional de saúde e diretor de gestão estratégica e participativa, considerados nesse estudo como Gerentes de Nível Central, por sua vez foram identificados pelas letras ‘GC’, e numerados também segundo a ordem das entrevistas. É fundamental destacar que o material deste estudo será utilizado para fins científicos, resguardando todos os direitos éticos e contemplando toda privacidade, sigilo e anonimato aos participantes.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

*“Não devemos enxergar apenas com os olhos da face,  
que só captam a luz exterior, as ondas eletromagnéticas.  
Precisamos também enxergar com os olhos do coração  
que captam os pensamentos e as emoções das pessoas.”*  
(Augusto Cury)

##### 4.1 Perfil dos participantes da pesquisa

Em relação ao perfil dos participantes da pesquisa, ressalta-se que foram 16 entrevistados, dentre eles 12 gerentes de nível local e 4 gerentes de nível central, conforme apresentado nas TABELAS 1 e 2.

**TABELA 1 – Perfil dos gerentes de nível local das UAPS de Betim-MG, 2015.**

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	10	84
Masculino	2	16
Idade		
29	1	8
32 ≥ 38	3	25
43 ≥ 48	5	42
52 ≥ 56	3	25
Estado civil		

Casado	8	67
Divorciado	3	25
Viúvo	1	8
Filhos		
Sim	10	84
Não	2	16
Escolaridade		
Superior completo	7	58
Superior Incompleto	1	8
Nível médio	4	34
Formação profissional		
Enfermagem	6	50
Técnico de Enfermagem	2	16
Administração	1	8
Outros	3	25
Tempo de formado		
3 ≥ 6	6	50
9 ≥ 10	4	34
30	2	16
Pós-Graduação/Especialização		
Sim	3	25
Não	9	75
Qualificação em gerência		
Sim	2	16
Não	10	84
Tempo de serviço como gerente		
1 ano e 2 meses ≥ 2 anos	5	42
2 anos e 8 meses ≥ 3 anos	7	58
Tempo de serviço na SMS		
1 ano e 2 meses ≥ 7 anos	5	42
13 ≥ 28 anos	7	58
Número de empregos		
1	10	84
2	1	8
3	1	8

**Fonte: Elaborada com base nos dados da pesquisa para fins deste estudo**

Como observado na tabela 1, percebe-se que a maioria dos gerentes das UAPS é do sexo feminino (n=10), o que representa uma feminização da gestão no nível local, diferentemente do que se observa no nível central. Além disso, 67% são casados e possuem filhos, e a idade varia dos 29 à 56 anos, porém a maioria fica em torno dos 43 à 48 anos de idade (42%).

A metade dos gerentes locais (n=6) são considerados recém-formados em cursos superiores, pois concluíram o curso de 3 a 6 anos atrás. A outra metade dos entrevistados possui

maior tempo de formação, dentre eles 34% tem de 9 a 10 anos de formados, e os demais 16% já tem mais de 30 anos de formação profissional.

Vale ressaltar que, dos 12 entrevistados, 50% (n=6) têm formação profissional em enfermagem, e outros 2 são técnicos de enfermagem. Esses percentuais explicam de certa forma o maior número de mulheres nos cargos de gerente de UAPS, haja vista que a enfermagem é uma categoria profissional predominantemente feminina (NUNES *et al.* 2016). Ademais, o curso de graduação em Enfermagem é um dos poucos da área de saúde que possuem conteúdos de administração na sua estrutura curricular, fazendo com que os enfermeiros possuam maior preparo e sejam designados a assumirem o cargo de gestor (ALVES; PENNA; BRITO, 2004; OHIRA; JUNIOR; NUNES, 2014).

Quanto a formação complementar dos gerentes locais apenas 25% (n=3) possuem pós-graduação, especialização e/ou mestrado, e somente 16% (n=2) tem qualificação específica na área gerencial. Observa-se que há uma baixa especialidade na formação desses gerentes, seguida por uma baixa qualificação profissional específica para a área gerencial.

Outro fator importante a se considerar é que 58% (n=7) relataram ter entre 13 e 28 anos de serviço prestado à SMS de Betim, sendo exercido na UAPS ou em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, o que expressa por parte desses profissionais, uma visão geral dos fluxos de atendimento dentro da rede, como conhecimento da unidade de saúde a qual gerencia.

No entanto, 42% (n=5) possuem apenas de 1 ano e 2 meses a 2 anos no cargo gerencial, fato que expressa que durante a gestão municipal do atual prefeito, nessas unidades, provavelmente, houve troca dos gerentes, por pelo menos uma vez, mas, em contrapartida, nas outras 7 unidades de APS participantes da pesquisa, os gerentes já ocupam o cargo provavelmente desde início do atual mandato político. Estas inferências são importantes, pois sabe-se que o cargo de gerente é um cargo de confiança e denominado comissionado, fato que retrata um recorte da política partidária impressa no município.

Outra realidade encontrada durante a análise do perfil profissional dos gerentes locais, foi que 84% (n=10) tem dedicação exclusiva à função gerencial e os demais 16% (n=2) possuem outros empregos, dentre eles o cargo de docente em cursos de formação técnica em enfermagem.

Com relação aos gerentes de nível central, a tabela 2 traz uma síntese do perfil profissional desses participantes.

**TABELA 2 – Perfil dos gerentes de nível central da SMS de Betim-MG, 2015.**

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sexo		
Feminino	1	25
Masculino	3	75
Estado civil		
Casado	4	100
Filhos		
Sim	4	100
Escolaridade		
Superior completo	4	100
Formação Profissional		
Administração	2	50
Medicina	1	25
Ciências Contábeis	1	25
Pós-Graduação/Especialização		
Sim	3	75
Não	1	25
Qualificação em gerência		
Sim	4	100
Tempo de serviço como gerente		
1 ano	2	50
3 anos	1	25
>4	1	25
Tempo de serviço na Prefeitura de Betim		
1 ano	1	25
18 ≥ 21 anos	2	50
> 30	1	25
Número de empregos		
1	4	100

**Fonte: Elaborada com base nos dados da pesquisa para fins deste estudo**

Percebe-se que estes gerentes são em sua maioria do sexo masculino (n=3), contrapondo o perfil dos gerentes locais que são majoritariamente do sexo feminino. Este dado faz inferência à cultura do mercado de trabalho em que as mulheres assumem cargos de cunho mais informais, já os homens desempenham cargos de maior prestígio profissional (ALVES; PENNA; BRITO, 2004).

A totalidade dos gerentes de nível central são casados (n=4), e possuem filhos. A escolaridade de todos os gerentes de nível central (n=4) é superior completo, dentre as formações profissionais estão a administração (n=2), ciências contábeis (n=1) e medicina (n=1).

Nota-se que nenhum enfermeiro compõe o cargo de gerente a nível central, diferentemente do observado no nível local nas UAPS.

Dos 4 gerentes de nível central entrevistados, 75% (n=3) tem pós-graduação, (n=2) com especialização nas áreas de Planejamento de Gestão em Saúde Pública, Gestão Executiva em Saúde, e (n=1) com Planejamento de Gestão em Saúde Coletiva e também mestrado em andamento na área de Promoção de Saúde e Prevenção de Violência. Apenas um participante relata não possuir pós-graduação/especialização *lato* ou *stricto sensu*, embora tenha desenvolvido cursos de curta duração em Gestão em Saúde Pública. Dessa forma todos os gerentes de nível central (n=4) têm qualificação específica na área gerencial, com algum curso ou especialização, o que sugere maior qualificação para assumir um cargo gerencial no nível estratégico de atuação na SMS.

Em relação ao tempo de serviço como gerente de nível central, 2 participantes relataram estar há 1 ano no cargo e os outros (n=2) têm 3 a 4 anos na gestão municipal. Um participante relatou possuir mais de 30 anos de prestação de serviço à prefeitura de Betim, entre cargos gerenciais na Secretaria de Saúde, outros 2 também relataram possuir 18 a 21 anos como servidores públicos de Betim, sugerindo grande experiência na saúde pública de Betim.

#### **4.2 Impressões obtidas durante a inserção no campo**

A inserção no campo se deu por meio de uma visita a cada unidade de saúde na qual o gerente foi convidado a participar da pesquisa e prontamente aceitou o convite, assim como as visitas feitas à Prefeitura do município, onde se encontra a sede da Secretaria de Saúde e os departamentos escolhidos intencionalmente para comporem esta pesquisa.

Houve uma grande receptividade por parte de todos os participantes, alguns deles até ressaltaram a satisfação em participar do estudo e da importância que aquele momento tinha para o decorrer do seu trabalho.

Houve alguns momentos de espera para iniciarmos as entrevistas, mesmo sendo essas agendadas com antecedência e escolhido dia e o horário pelo próprio participante. Os motivos da espera foram que o gerente precisava concluir alguma atividade que estava desenvolvendo antes da chegada da pesquisadora, por necessidade de iniciar uma nova atividade no momento, por motivo de algum imprevisto, ou até mesmo por falta de local apropriado para a realização das entrevistas. Contudo, esse fato possibilitou observar um pouco mais a estrutura física das unidades, e compreender ainda mais a dinâmica do serviço.

De modo geral, as salas dos gerentes das unidades de atenção primária são muito pequenas, pouco arejadas e não funcionais e em alguns casos são divididas com outros profissionais, o que de certa forma impossibilitou de realizarmos algumas entrevistas naquele espaço. Assim, houve necessidade de aguardarmos a liberação de outra sala. Houve situação durante a coleta de dados de iniciar uma entrevista em um consultório médico e ser preciso migrar para outro local disponível, pois seriam feitos atendimentos ali, assim tivemos que optar por ocupar a sala de curativo nesta ocasião, assim como utilizar a sala da assistência social ou pedir que o profissional que divide a sala com o gerente desse licença naquele momento. Esta dificuldade reflete o cotidiano de trabalho dos gerentes que precisam batalhar por espaços adequados para desempenharem suas funções e as atividades da sua equipe de trabalho.

Das 12 UAPS visitadas, a grande maioria conta com uma estrutura física bem comprometida. Algumas são casas de poucos cômodos que foram improvisadas para abrigar uma unidade de saúde. Essas unidades são pequenas e abrigam uma elevada quantidade de equipes de saúde, algumas delas com até 7 equipes, e que conseqüentemente atendem a uma população adscrita também elevada, fato expressado pelos gerentes de algumas unidades e que evidentemente é um dificultador na assistência à saúde da população. Em contrapartida, há algumas unidades em bom estado de conservação física, outra com novas instalações há pouco inauguradas e uma que está em fase de construção. Essas unidades, por sua vez, dispõem de todo aparato físico e estrutural para os atendimentos, mas foi possível perceber que nelas existiam poucas equipes de saúde da família em sua composição, o que se contrapõe ao observado nas unidades com estrutura física menor, que dispunham de muitas equipes e grande número de usuários a serem atendidos. Em suma, há uma discrepância, pois onde há uma grande estrutura física em algumas unidades de saúde para pouca população adscrita e muitas unidades com estruturas físicas adaptadas e insuficientes para atender uma grande população adscrita.

É interessante relatar que em alguns casos os gerentes ficaram inicialmente apreensivos com a entrevista por acharem que suas declarações pudessem lhes causar algum problema junto à prefeitura e aos seus superiores. Após a explicação de que a entrevista era sigilosa e que eram mantidos o anonimato tanto do participante, quanto da unidade de saúde, estes demonstraram maior tranquilidade diante das perguntas, e acharam a oportunidade de relatarem seu cotidiano de trabalho como uma possibilidade de mudança da realidade que vivenciam.

Além disso, foi possível perceber a propriedade com que a maioria dos entrevistados empregava em suas falas sobre seu cotidiano de trabalho, agregando riqueza de detalhes e usando casos reais como exemplos nesses relatos. Muitos deles expressavam forte vínculo com

a comunidade por morarem naquele bairro, ou por trabalharem muitos anos na unidade como gerente ou ocupando outro cargo, ou mesmo por serem funcionários efetivos na rede de atenção à saúde por longos anos, fato que lhes proporcionam uma grande bagagem e contribuiu de sobremaneira para compreender o fenômeno em estudo.

### 4.3 Reestruturação do trabalho no município de Betim

*'É trocar o pneu com o carro andando' (GL02)*

O sistema de saúde de Betim é organizado na perspectiva de Rede de Atenção à Saúde e tem a APS como ordenadora da rede, além da atenção especializada, da urgência e emergência, unidades hospitalares, e unidades de apoio diagnóstico e terapêutico. Betim pertence a uma região de saúde composta por 13 municípios, e é dividido em 10 regionais de saúde. Conta com 34 UAPS, cinco Centros de Referência Especializados, quatro Unidades de Pronto Atendimento, dois hospitais e uma maternidade pública (BETIM, 2014).

O modelo de gestão prescrito pela Secretaria Municipal de Saúde é a gestão colegiada, que viabiliza a participação e responsabilização de gestores, trabalhadores e usuários no processo de saúde. O município conta também com Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Regionais e Locais de Saúde, e propõe a implantação e implementação de colegiados gestores na rede de saúde (BETIM, 2015a).

Visando a reforma na gestão dos serviços de saúde, o município de Betim contratou, em 2015, uma consultoria externa para assessorar a Secretaria de Saúde nas questões relativas às mudanças na dinâmica de trabalho da RAS, a começar pela APS, como é possível observar pelos depoimentos:

Veio uma consultora de Curitiba, ela solicitou para diretoria operacional que havia menos desgaste da rede inteira se os processos fossem construídos em um local, com todas as mudanças que pudesse ter, para que de fato quando estivesse funcionando pudesse ser replicado para as outras unidades. Aí sim seria um avanço maior, e aí essa unidade foi escolhida por alguns critérios. (...) Na verdade, na secretaria não tinha o processo de trabalho padronizado, cada unidade fazia de um jeito. (...) todos esses processos a gente não tinha, fomos construindo para repassar. Então agora, todas as unidades vão implantar esses processos que a gente já testou de fato, e viu que dá certo. (GL02)

Nós tivemos uma consultoria externa, para estar trabalhando os processos que foram validados na UBS piloto. A consultoria externa veio, nos orientou, e escreveu junto com a referência técnica os protocolos. **(GC02)**

Esta consultoria propôs a reestruturação da organização do trabalho na APS, trazendo novas perspectivas de atendimento, novas ferramentas a serem utilizadas, como o prontuário eletrônico, e toda a informatização da RAS, interligando os pontos de atenção com o compartilhamento de informações, padronizando assim os serviços de saúde.

O primeiro passo adotado pela consultoria e Secretaria de Saúde foi elaborar essas ferramentas para a organização do trabalho, e posteriormente implantar em uma unidade de atenção primária à saúde, a qual foi referenciada como unidade piloto. Durante o tempo de planejamento e implantação das mudanças nessa unidade, foi possível identificar as melhorias para a condução da prestação de serviço à população.

Após a realização do projeto piloto em uma unidade, e observado pelas referências técnicas da secretaria de saúde e gerentes dos serviços, que este procedimento foi exitoso e que pode impactar positivamente na qualidade da assistência, eles então, deram seguimento para implementação nas demais unidades de saúde.

Antes de executar os protocolos de trabalho nas demais unidades, a Secretaria de Saúde organizou um seminário e apresentou todos os protocolos padronizados e a forma como seriam executados nas 34 UAPS do município. Feito isso, os gerentes tiveram a oportunidade de repassar e discutir com sua equipe de trabalho tudo o que foi solicitado pelo nível central.

Em todas as unidades nós entregamos para que eles [gerentes] sentem com seus profissionais de saúde. (...) Esses 14 processos, para as 34 unidades. Cada unidade recebeu o documento, né? E aí se você trabalha hoje aqui no Angola, e depois você vai para o Alcides Bras, os procedimentos vão ser os mesmos. **(GC02)**

GC02 apontou que os gerentes locais deveriam repassar e discutir a implementação dos novos protocolos de trabalho com sua equipe. Contudo, o depoimento apresenta a intenção do gestor central, não sendo possível, inferir se os gerentes locais tiveram a oportunidade de assim fazerem.

Com relação à implementação dos protocolos de trabalho, dos 14 processos construídos, até o momento da realização da pesquisa, 8 haviam sido implantados, como retrata GC02.

Nós temos aqui todos os protocolos e as linhas guias. Nós discutimos territorialização, cadastramento, estratificação de risco das famílias, diagnóstico local, estratificação de risco das condições crônicas. São 14 processos que nós coordenamos, e dos 14 processos, 8 nós já implantamos. **(GC02)**

GC02 reforça a importância da implantação dos protocolos de trabalho para APS e da contribuição que a população e os profissionais têm nesse processo pois, ao estruturar a APS, buscando a padronização dos protocolos de trabalho, e funcionamento adequado dos programas nesse ponto de atenção, conseqüentemente os demais pontos da RAS também poderão ser beneficiados.

Se realmente a gente conseguir, se implantar os 14 processos, e a população, (...) abraçar uma unidade de saúde, reconhecer que ali vai ter resultado, eu acho que a gente consegue uma saúde pública melhor. Que ele [usuário] vai para urgência realmente quando ele precisar, não para ir lá para fazer um exame de sangue, ou fazer um raio - x. É isso que nós estamos trabalhando aqui. Eu espero que a gente tenha um salto de qualidade na atenção primária nesse município. (...) Se a gente fizer uma base bem feita na atenção primária, se os programas estiverem funcionando, a atenção secundária também ela tende a melhorar bastante. (...) Eu só consigo impactar se os profissionais também abraçarem essa causa. **(GC02)**

Durante os meses de realização da pesquisa no município, foi possível observar esse momento de transição na dinâmica de trabalho nas UAPS. Em algumas unidades visitadas estava acontecendo a implantação da informatização do sistema, o que foi possível constatar pela presença de funcionários responsáveis pela colocação dos cabamentos para estruturação do processo de informatização do sistema de saúde, e conseqüentemente para o funcionamento, *a posteriori*, do prontuário eletrônico.

Sobre os processos de trabalho, que agora mesmo que a gente está começando com prontuário eletrônico né, então são muitas reuniões para a gente estar implantando esse novo processo. **(GL05)**

Como confirmado por GL05 e de acordo com análise documental do Plano Municipal de Saúde de Betim (2014-2017), dentre as mudanças propostas pela administração municipal e Secretaria de Saúde consta, também, a implantação do software MV. Este sistema tem como finalidade conectar as informações da situação de saúde da população entre os pontos da RAS. Além disso, essa ferramenta poderá contribuir no processo de gestão da saúde pública,

fornecendo dados fidedignos das condições de saúde-doença da população, bem como indicadores financeiros e epidemiológicos.

O prontuário é um instrumento que traz informações necessárias do paciente e pode ser grande aliado no processo de tomada de decisões pelos profissionais de saúde e gestores de acordo com a necessidade do paciente. Entre as vantagens encontradas na utilização do prontuário eletrônico, uma das principais é que a ferramenta por armazenar dados do paciente, permite troca de informação entre os pontos da rede de atenção e, conseqüentemente, maior agilidade no acesso às condições de saúde do paciente. Esse aparato eletrônico pode reduzir os custos com a saúde, uma vez que elimina a duplicidade de registros, como por exemplo, de pedidos de exames, e proporcionar dados gerenciais de forma precisa e confiável, passíveis de serem utilizados nas decisões de saúde (CANEÔ; RONDINA, 2014; MARTINS; LIMA, 2014).

Diante disso, uma prioridades da gestão pública de Betim, é investir em tecnologia da informação e comunicação, cuja meta é implantar o prontuário eletrônico em toda a RAS (BETIM, 2014).

A informação em saúde vinculada a um aparato tecnológico disponibiliza dados da assistência à saúde da população, como também regula, controla e avalia os serviços de saúde prestados, além de contribuir no planejamento, na tomada de decisões e no gerenciamento das ações de saúde (CAVALCANTE *et al.* 2014).

Vale ressaltar a importância da informação como mecanismo que transcenda a coleta, o armazenamento e a disseminação, com vistas a utilizar a gestão da informação como forma de sistematizar a tomada de decisão para que, de fato, a informação possa instrumentalizar o gestor no processo decisório. Essa situação não tem sido uma prática comumente empreendida em alguns contextos da APS no Brasil, como retratam os estudos de Barbosa e Forstes (2010) e de Marcolino e Scochi (2010), em que profissionais têm utilizado o sistema de informação para cadastramento de famílias, atualização de dados e emissão de relatórios, e não para planejamento, avaliação e instrumentalização das ações de saúde.

Portanto, mais do que embasar as decisões por meio de informações, Cavalcante e colaboradores (2014) defendem a ideia da democratização do acesso às informações em saúde, com base no argumento de que além de coletar os dados de saúde, os profissionais, gestores e os próprios pacientes estejam envolvidos na análise dos dados, na compreensão das informações, e na escolha compartilhada das decisões a serem tomadas.

A informatização também está relacionada ao cadastramento dos usuários, auxiliando assim, na estratégia de territorialização, a qual tem potencial de trazer benefícios para o serviço de saúde e para melhor qualificar a decisão gerencial em todos os pontos de atenção.

Agora que está informatizando, os ACS a partir de hoje, eles estão cadastrando os usuários. (...) Atualizando todos os cadastros a gente vai ter um número mais próximo do real. **(GL04)**

A questão dos ACS, a gente tem sete áreas descobertas e cinco cobertas. Elas tiveram que ir para a área rural, estão indo né? Para fazer cadastramento, para vir agente de saúde. Aqui são cinco agentes para duas equipes, é pouco demais. Então, elas fizeram o serviço que praticamente não é delas. Aí eu tive que tomar essa decisão junto com as minhas enfermeiras que é da equipe delas, e falar: 'é ruim, mas tem que fazer, senão não manda ACS'. Já tem muitos anos que essas áreas estão descobertas. (...) Essas áreas descobertas a gente não sabe nem o que se passa nelas, como que está o paciente. Porque não tem ACS para trazer a informação para a gente. **(GL12)**

O depoimento de GL12 reforça a necessidade de cadastramento das famílias a fim de sinalizar a falta de profissionais para atuar em toda a área de abrangência. Ademais, é importante a reestruturação da cobertura de saúde, uma vez que tem áreas dentro do município que estão descobertas, ou com atendimento reduzido por falta de profissional.

Com a atualização e cadastramento das famílias pelos profissionais das unidades de atenção primária pode-se chegar a um novo panorama de atendimento, uma vez que se tem o número preciso de todos os usuários adscritos em cada UAPS. A reestruturação do processo de informatização que organiza a territorialização, tem potencial para proporcionar clareza da realidade de saúde no município, e com isso reorganizar as unidades de saúde, no sentido de maior equidade nos atendimentos e redistribuição de equipes e profissionais para áreas que mais necessitam de atenção.

A territorialização é uma ação imprescindível para a organização dos serviços de saúde, tendo em vista que retrata a situação de um determinado espaço geográfico em todas suas dimensões, políticas, econômicas, culturais e sociais. Dessa forma, a territorialização também se efetiva como uma ferramenta para mudança da dinâmica de trabalho e da atual realidade de saúde do município, sendo, portanto mais um instrumento para subsidiar a tomada de decisão gerencial e repensar as práticas de saúde para melhorar a qualidade dos serviços prestados (PESSOA *et al.* 2013).

Outra mudança efetuada no sistema de saúde de Betim pela Secretaria Municipal de Saúde foi a reorganização das farmácias dentro das unidades primárias. A decisão de fechar algumas farmácias de UAPS foi do Secretário de Saúde para contenção de custos, e fazer com que a distribuição de medicamentos atendesse a demanda.

A orientação do secretário é reorganizar a farmácia. Tivemos que centralizar alguns núcleos. (...) Algumas unidades fecharam a farmácia, para que a gente consiga fazer realmente ter medicamento para toda a população. Mas isso não foi uma decisão nossa, elaboramos o documento, fizemos toda a questão técnica, discutimos com o Secretário e levamos para o conselho. Então a decisão foi do Secretário, com o conselho e conosco. **(GC02)**

Betim está passando por um processo de diminuir o número das farmácias na Atenção Primária. Fui radicalmente contra, e ainda sou contra essa questão. Temos hoje 34 unidades básicas, as 34 tinham farmácia e eles reduziram para 12 (...). Geralmente todo esse pessoal é carente, será que eles vão poder sair daqui para buscar o medicamento longe? Então eles vão deixar de tomar o medicamento, vão ficar crônico, agravar, e aí vai custar muito mais caro para o município. Banquei um discurso que eu mesmo não compreí. Além disso, veio em um momento muito ruim, em que o governo cortou o 'Aqui tem farmácia popular' (...). Foi uma decisão que nós tivemos que tomar como questão de custos. Estou tentando retomar essa discussão, mas tem coisas que estão além do nosso poder de decisão. **(GC01)**

A farmácia da minha unidade fechou, não foi eu, foi uma ordem da Secretaria de Saúde, fechou, eu fico muito chateada, quando eu penso no usuário que tem que andar longe para pegar um medicamento. **(GL11)**

Embora GC02 ressalta que a decisão tenha partido do Secretário de Saúde, sendo discutida em conselho de saúde e a nível central, nota-se que a decisão final foi do Secretário de Saúde, o que permite inferir que a decisão foi de forma verticalizada. Apesar dos conselhos de saúde proporem a participação da sociedade nas decisões e deliberações de saúde, muitas vezes percebe-se, nesses espaços, a centralização das decisões por parte da gestão, fazendo com que estas instâncias sejam legitimadoras das propostas governamentais em detrimento das necessidades e interesses da população (KLEBA; ZAMPIRON; COMERLATTO, 2015).

Diante dessa situação, o relato de GL11 reforça que a decisão foi tomada a nível central, e que ao perceber as implicações que essa decisão vai provocar para a condição de vida do usuário, demonstra sua empatia e frustração. Percebe-se também que a reestruturação da

assistência farmacêutica foi considerada por GC01, como um equívoco, uma vez que reduziu o serviço ofertado sem levar em consideração as necessidades dos pacientes, e as possíveis implicações que esta decisão possa causar em determinado tempo para a condição de saúde-doença da população.

A redução das farmácias no âmbito da APS foi uma estratégia adotada pela gestão municipal de saúde em função de redução de gastos, reforçando que no serviço público, a tomada de decisão por parte do gestor é limitada aos recursos existentes, o que dificulta a atuação gerencial.

É um desafio grande, uma pressão muito grande, porque a gente está espremida entre a necessidade da população, a disponibilidade do recurso que é escasso, principalmente agora no momento de crise, a gente está lidando o tempo todo com recursos escassos, os recursos são fínidos, são limitados e a necessidade parece que é insaciável. (GC04)

A análise documental permitiu identificar que a atual situação da assistência farmacêutica em Betim vem contrapor o que estabelece o PMS (2014-2017). De acordo com o documento, o município conta com 26 farmácias nas UAPS, e tem por objetivo sua inserção em todas as unidades dispensadoras de medicamento. As prioridades da Secretaria de Saúde são garantir o acesso com qualidade a esses insumos, reativar e cumprir as atividades propostas pelo programa governamental - Farmácia Popular. A perspectiva do governo municipal é de até 2017 equipar 100% das farmácias da APS e implantar o acompanhamento fármaco-terapêutico em dez UAPS com foco na atenção integral ao paciente diabético.

Em se tratando das ações para reestruturação da dinâmica de trabalho nos serviços de saúde de Betim, outra proposta que estava em fase de implementação foi a constituição dos colegiados gestores. Para os gerentes, o colegiado gestor representa uma ferramenta que auxilia no processo decisório, além de ser um espaço em que os funcionários possam trazer suas demandas e problemas para serem discutidos junto com o gerente.

Uma ferramenta ótima que nós tínhamos anteriormente, e que nessa gestão não foi retomada, mas eles estão implantando, é o colegiado gestor. Vai ser uma ferramenta boa, que vai me ajudar ainda mais a tomar as decisões aqui dentro. É uma ferramenta boa para estar ajudando no gerenciamento do gerente, composto por um funcionário de cada categoria profissional, (...) que vai trazer o problema para a gente, ou então vai nos ajudar a discutir a pauta do dia. Eles vão dar sugestão, vão dar a opinião deles. (GL10)

Nós estamos tentando fazer junto com a estratégia participativa, é implantar o colegiado gestor. Da outra vez nós tivemos uma experiência muito boa. O colegiado tende a melhorar inclusive para o gerente, para a gestão da unidade. (GC02)

Segundo análise documental (BETIM, 2015a), o regimento interno do colegiado gestor das unidades/serviços de saúde de Betim já foi aprovado pela SMS em meados de 2015, porém em algumas unidades ainda não tinha sido implementado, como reforça os relatos de GL10 e GC02.

A gestão do SUS Betim necessita estabelecer espaços de discussão permanente para tentar enfrentar os problemas de saúde local. Para tanto, a implantação e implementação dos colegiados gestores são eminentemente necessários, visando à melhoria na qualidade dos serviços de saúde prestados. Os colegiados gestores serão de suma importância para proporcionar diálogo, participação e autonomia entre gestores, trabalhadores e usuários, fortalecendo o trabalho em equipe, a democracia e produzindo uma visão compartilhada por todos os atores sociais envolvidos (BETIM, 2015a).

Algumas das atribuições dos Colegiados Gestores propostas pelo regimento interno elaborado pela Secretaria de Saúde de Betim (BETIM, 2015b) são: promover articulação entre a gestão, serviços de saúde e comunidade; planejar, organizar e avaliar ações à saúde no município; propor estratégias de fortalecimento do controle social e; ser um espaço de comunicação, negociação e construção das decisões. O colegiado gestor da SMS deverá ser composto pelo secretário de saúde, secretário adjunto, representante da procuradoria da saúde, assessores de gabinete, diretores e coordenadores. Já os colegiados das unidades/serviços deverão ser constituídos pelo gestor local, um representante por categoria profissional e um representante do conselho local de saúde que é um usuário do serviço (BETIM, 2015b).

A proposta da SMS trata-se da institucionalização de uma ferramenta que possibilita a gestão participativa dentro das unidades de atenção primária, com intuito de melhor embasar as decisões gerenciais da unidade, com a participação de gestores, trabalhadores e usuários.

A (re)estruturação da dinâmica de trabalho dos serviços de saúde de Betim, faz alusão aos dispositivos gerenciais similares aos de Cecílio e Mendes (2004 p. 40): “os relativos ao modelo de gestão; os que se ocupam de mudanças na organização da assistência e, por fim, aqueles referentes ao aperfeiçoamento do controle social”. Assim, como é de objetivo do município, esses dispositivos têm como foco impactar positivamente a qualidade do serviço prestado aos usuários.

Como consta nos relatos expostos nesta sessão, tanto os gerentes de nível central, como alguns gerentes locais acreditam que com essas mudanças estruturais e organizacionais no processo de trabalho das unidades de APS de Betim, é possível impactar e proporcionar potencialidades para os serviços que compõe a RAS. Mas, para isso é preciso que os profissionais se comprometam com a proposta, bem como os usuários se envolvam e reconheçam sua importância.

Portanto, vale lembrar que apesar dos serviços de saúde serem pautados para uma forma de organização como pretende o município – de padronizar os processos de trabalho, de seguir um modelo de gestão colegiada, com a participação ativa de vários atores sociais, ainda assim, estes serviços são conduzidos por sujeitos carregados de suas subjetividades. E apesar de estarem inseridos sobre um mesmo contexto, como o da APS, e sobre as mesmas estruturas normativas, ainda assim os trabalhadores da saúde agem de modo singular. Com isso, o trabalho não segue um padrão, uma vez que as práticas de cuidado são diferentes de trabalhador para trabalhador. As normas propostas pela APS e a capacidade dos níveis gestores em influenciar a padronização da ação cotidiana dos profissionais é muito restrita, pois é no encontro desses profissionais com o usuário, na sua relação cotidiana de trabalho vivo em ato que desenha como o cuidado se realiza (FRANCO; MERHY, 2013).

Conforme colocado por Cecílio e Mendes (2004), os trabalhadores, dotados de aspectos subjetivos, influenciados por suas vivências e interesses, são quem reproduz com novos sentidos, muitas vezes até associados a antigos hábitos, o que foi proposto pela gestão.

Dessa forma, torna-se fundamental compreender as singularidades do trabalho dos gerentes, quais atividades são realizadas por estes profissionais, as dificuldades e facilidades encontradas, quais os significados atribuídos ao cargo, como é a tomada de decisão e quais são os atores envolvidos nesse processo.

#### **4.4 Singularidades do trabalho gerencial**

*O gerente é responsável por tudo da unidade, tudo é o gerente, se der certo é o gerente, se der errado é o gerente. (GL03)*

Os gerentes são os responsáveis por alimentar a dinâmica organizacional e, sobretudo, capazes de proporcionar sucesso a este ambiente, pois representam um elo entre ‘os processos sociais, tecnológicos, culturais, políticos, econômicos e ideológicos’ (DAVEL; MELO, 2005 p. 30). Ademais, o gerente pode incorporar mudanças na dinâmica dos serviços de saúde,

conduzindo-os com foco na integralidade da assistência aos usuários, haja vista que sua atuação está destinada, tanto à organização do trabalho, como à gestão dos profissionais que compõem a equipe de trabalho (BAZZO-ROMAGNOLLI *et al.* 2014). Dessa forma, o trabalho gerencial é marcado por inúmeras nuances que diferenciam esta função de outras.

Os gestores locais e de nível central atuam em um universo caracterizado por um cotidiano de trabalho intenso, excesso de trabalho e, muitas vezes, assumem vários papéis dentro de um único cargo.

Assim, o gerente da APS menciona estar sempre à disposição, muitas vezes, abrindo mão de direitos, como o de fazer horário de almoço. Por vezes, se sente na obrigação de trabalhar nesse momento por não ter efetivo profissional suficiente ou por necessidade de cumprir seus compromissos a tempo e a hora. Essa é uma situação comum entre os gerentes locais, não lhes causando estranheza por abdicarem de seus direitos para realizarem, em tempo integral, a função gerencial.

Tem dias que fico sem almoço, saio mais tarde, não tem hora certa. **(GL01)**

Fico em período integral aqui na unidade. Não faço horário de almoço, trago meu almoço, vou ali almoço e volto. Meu perfil é de dedicar ao máximo, é estar inteiramente à disposição. **(GL02)**

Como nosso cargo é comissionado, nossa jornada de trabalho é indefinida. A hora que precisar a gente tem que estar à disposição. Às vezes a gente nem tem horário para almoçar. **(GL09)**

O cargo gerencial é considerado de dedicação exclusiva e se estende, muitas vezes, para o horário de almoço, sábados e domingos, fazendo com que o profissional esteja à disposição nas 24 horas. Apesar da flexibilidade do cargo, o gerente se dedica em tempo integral à sua função, sendo essa realidade comum ao gerente local e de nível central.

Cargo comissionado é de dedicação exclusiva, mas eles dão essa abertura que a gente pode compensar essas horas nos outros dias. (...) Então tem sábado que eu venho. **(GL10)**

A flexibilidade faz parte do cargo, mas ao mesmo tempo o cargo te cobra muito. (...) Tem sábado e domingo que precisa eu estou à disposição. A jornada de trabalho é à disposição da Secretaria de Saúde. Tem dia que a gente fica até mais tarde, e o telefone é 24 horas, qualquer coisa que acontece o pessoal me liga. É uma rotina pesada. Tem dia que eu não consigo abrir meus e-mails, vou ver meus e-mails só lá na minha

casa, aí continuo o serviço. Não dá tempo. Falo que quando a gente assume um cargo gerencial você tem que ter disponibilidade 24 horas. **(GC02)**

Com o passar do tempo o trabalho gerencial passou por algumas transformações, dentre as quais destaca-se o aumento da jornada de trabalho, com mais horas trabalhadas, tanto no serviço quanto em casa, e também nos fins de semana. Com a intensificação do trabalho, os gerentes passaram a vivenciar situações de maior responsabilidade e cobrança e, portanto, de maior comprometimento à função (DAVEL; MELO, 2005).

O gerente em sua prática profissional, relata fazer inúmeras coisas ao longo de sua jornada de trabalho. Assim, o gerente faz o que for necessário fazer, está em contato direto com os usuários, com os colegas de trabalho da unidade e da Secretaria de Saúde, organiza todo o serviço, da estrutura física até organização do trabalho, media conflitos entre servidores e usuários, e sempre se coloca como figura central nas relações de trabalho.

Eu faço 1001 coisas. Atendo usuários. A gente responde pelos serviços de RH. Organização da estrutura física. Demandas da Secretaria. Organização do trabalho em si. Agora, por exemplo, a gente está passando por um processo de informatização da rede, então eles falam assim, 'o gerente tem que estar com tudo isso na ponta da língua'. Então você tem que saber tudo, porque tudo as pessoas vão vir no gerente para resolver. Aí é consulta especializada, marcação de cirurgia, exames, tudo, tudo, tudo é assim, vem para a gente primeiro. Fora as reuniões externas, as convocações. (...) Verificar os e-mails, tem sempre um documento para responder. E essa questão de Recursos Humanos também que é muita solicitação de funcionários. É telefone o tempo todo. Às vezes faço cadastro de usuário no período da manhã, é paciente para fazer cartão SUS, e se não tiver ninguém para fazer no momento e se for uma coisa urgente faço na hora. Administração mesmo dos conflitos que não são poucos, é conflito entre trabalhador, conflito entre os usuários. **(GL04)**

Devido ao excesso de atividades assumidas no exercício da função gerencial, GL04 afirma se sentir como um profissional que trabalha muito, pois se sente na obrigação de assumir outras funções para não deixar o serviço parar.

No dia a dia eu me sinto uma trabalhadora às vezes até braçal, sabe? Porque se falta um funcionário, nossa! Se não tiver ninguém naquela hora para fazer aquele serviço, eu tenho que fazer. Não posso deixar o serviço parado. Então tem horas que me sinto mais trabalhadora do que nunca. **(GL04)**

Além disso, o gerente de nível central reforça por meio da técnica do Gibi, se reconhecer como bruxo, metaforicamente inferindo ao gerente a capacidade de quem só consegue dar conta das diversas demandas por meio de um passe de mágica.



*Aqui também a gente é meio bruxo, eu acho, porque para dar conta tem que ser meio bruxo. (GC02)*

A sobrecarga de atividades desenvolvidas pelos gerentes, bem como a sobreposição de tarefas que estão cotidianamente sendo impostas a sua prática, tem sido relatada também nos estudos de Spagnuolo e colaboradores (2012) e de Vilela (2014), como fator predisponentes a um serviço mecanizado, com pouca reflexão das ações e, conseqüentemente, tem afetado na qualidade do serviço prestado.

O gerente local assume vários papéis no cotidiano de trabalho na APS. Muitas vezes, sua sobrecarga de atividades é justificada pela ausência de algum funcionário, fazendo o gerente assumir atividade no setor de Recursos Humanos, na recepção, no setor de marcação de consultas, dentre outras funções.

Eu atendo a recepção, atendo a especialidade, atendo o arquivo, né? Hoje, por exemplo, nós estamos com um funcionário a menos na recepção, aí ajudo lá para poder diminuir o fluxo. (GL02)

Faltou alguém na recepção, se não tiver quem colocar, eu vou ficar lá. A menina vai estar de férias mês que vem, vou ter que ficar lá no setor de consulta especializada. (GL04)

Hoje eu estou fazendo o RH, porque estamos sem funcionário. Fico na recepção se faltar as pessoas. Mexo com a digitação do e-SUS. Se tem um tempo eu ajudo as agentes comunitárias. Também se faltar gente fico no almoxarifado. (GL10)

Gerente é assim, né? Como diz, é pau para toda obra. Fico mais na parte administrativa, em questão de escala de funcionário, em questão de RH, e agora eu estou mexendo com cartão do SUS, né? E quando falta profissional eu tenho que cobrir. (GL12)

O cotidiano do gerente local nas unidades de saúde consiste, em boa parte do tempo, realizar atividades que são lacunas no serviço, por exemplo, se um funcionário falta o gerente tem que se ajustar e substituir aquele profissional, se não tem quantitativo suficiente de profissional, o gerente se desdobra para suprir essa necessidade.

Conforme observado em algumas unidades, os gerentes locais se encontravam na recepção, atendendo as ligações, solucionando as demandas dos usuários, prestando informações e direcionando-os para atendimento. Em outras ocasiões, como também relatado no diário de campo, os gerentes preenchem cartão do SUS para pacientes e fechavam a produção com os ACS.

Nessa perspectiva, com o acúmulo de cargos e de atividades, os gerentes têm somado ao seu cotidiano de trabalho atividades de cunho assistencial, gerencial e de educação, o que tem culminado em sobrecarga e prejuízos ao desenvolvimento de seu trabalho e, conseqüentemente, da equipe (PAES *et al.* 2015).

Também é comum que o gerente exerça a função para a qual se profissionalizou, como por exemplo, um gerente que é graduado em enfermagem, exercer esse papel na falta de um profissional em determinado momento.

A gente tem poucos funcionários aqui. Uma coisa que nem posso fazer, mas faço, quando é campanha de vacina e é para vacinar os acamados sou eu quem faço. Isso para não ficar tirando as meninas dos setores. **(GL12)**

Com a falta de funcionários o gerente acaba assumindo também vários papéis. É o papel do enfermeiro que não tem lá, como sou enfermeira a gente corre lá para dar uma mão. Então a gente acaba assumindo vários papéis, e aí complica a coisa. **(GL01)**

Se faltar enfermeiro, acabo exercendo a função de enfermeiro, de técnico, o que tiver. **(GL03)**

O trabalho gerencial na saúde possui particularidades que, em algumas situações, levam o gestor a acumular funções próprias de sua formação profissional de origem. Considerando a enfermagem como a profissão de base predominante entre os gerentes locais que atuam no contexto da APS em Betim, observa-se que a enfermagem é a categorias que apresenta maior mobilização para assumir o exercício da função gerencial (FERNANDES *et al.* 2010; OHIRA; JUNIOR; NUNES, 2014).

Nesse cenário, gerentes locais das UAPS de Betim têm vivenciado situações cotidianas de ter que assumir atividades que não são específicas do trabalho gerencial, abrindo mão do exercício da sua função para realizá-las.

Não tem o específico para o gerente. O que minha equipe está precisando eu estou junto. Se está sem recepcionista à tarde, eu vou para a recepção. Então não é o papel do gerente. **(GL06)**

O gerente vivia mais tranquilo. Ele não precisava abraçar o serviço e fazer o serviço, que às vezes nem é dele, entende? Muitas vezes a gente deixa de fazer um documento que tinha que digitar naquela tarde, porque tem que cobrir um setor. **(GL04)**

Quando o gerente relata não ter uma atividade específica, ele reforça as evidências encontradas em Davel e Melo (2005), em que há diminuição de papéis específicos e bem delimitados na prática gerencial. Percebe-se que a dinâmica de trabalho do gerente local é de fato exercer funções que são necessidades naquele momento. Assim, esses profissionais atuam com o objetivo de “fazer a unidade funcionar” e para tal desenvolvem atividades de gerenciamento de recursos humanos, físicos, materiais e financeiros, coordenam as atividades e programas de saúde (PENNA *et al.* 2004).

Embora os gerentes desenvolvam muitas atividades importantes e de suma necessidade para o andamento do serviço de saúde, GL07 considera que o seu papel gerencial ainda deixa a desejar, pois as outras atividades não específicas do gerente consomem a maior parte do seu tempo, e as ações gerenciais são deixadas de lado.

O meu papel mesmo, gerencial, eu não consigo fazer. Consigo às vezes atender usuário, resolver algum problema, estar com funcionários. Mas organização interna, às vezes isso deixa um pouco a desejar. Por não ter um número de funcionários adequados, se eu não atender recepção à tarde, quem é que vai atender? (...) Preciso de mudar, [aprender] a delegar, pego muita coisa para mim. Queria mudar, sentir esse papel gerencial de realmente ser. Chegar, ter alguém para me ajudar a estabelecer tudo. É mais você ter condições de trabalho de ser realmente um gestor. **(GL07)**

O que facilitaria era ter todos os setores completos, se os setores estivessem completos o gerente ele poderia trabalhar só na sua área gerencial. **(GL06)**

São vários os motivos pelos quais os gerentes locais nem sempre conseguem realizar a função gerencial como gostariam: ora por falta de profissionais na unidade para atuar nas atividades não específicas do gerente, como recepção, tirar prontuários, cadastrar cartão do SUS, fazendo com que o gerente assuma estas funções, ora por não conseguir delegar outras funções à equipe de trabalho, como por exemplo, ao enfermeiro que deveria coordenar o trabalho do ACS, e não o próprio gerente.

Santos e colaboradores (2013) afirmam que o excesso de trabalho dos gerentes tem desencadeado a sensação que as ações por eles desenvolvidas têm apresentado queda na qualidade, causando-lhes sofrimento e aumento das cobranças pessoais. Além disso, os gerentes não conseguem delegar responsabilidades e atividades aos demais profissionais de sua equipe de trabalho, corroborando também com os achados desse estudo.

Os gerentes vivenciam também, na execução de seu trabalho, constantes interrupções. Na maioria das vezes, as interrupções são oriundas dos colegas de trabalho, que utilizam de conversas informais e de pouca especificidade para tratarem de assuntos que possivelmente poderiam esperar para serem discutidos. Também é comum os usuários do serviço buscarem o gerente para esclarecer ou relatar suas demandas, interrompendo suas atividades cotidianas.

Sou muito interrompida. Por funcionários, por alguma dúvida ou questões particulares de folga por exemplo. E também por usuários, que procuram na maioria das vezes para falar sobre a demora do atendimento das especialidades, de exames, e consultas. **(GL02)**

Foi possível, durante as entrevistas, principalmente com os gerentes locais, observar os vários momentos em que os gerentes foram interrompidos. Dentre os motivos das interrupções das atividades do gerente, os funcionários interrompiam para sanar alguma dúvida, entregar materiais solicitados pelos gerentes, ou usuários do serviço buscavam informações e soluções para suas demandas. Em uma situação específica, os funcionários interromperam a entrevista mais de 15 vezes, para perguntar ao gerente sobre suas férias, sobre a localização do livro de ponto e sobre a programação do “Outubro Rosa”. Além disso, o telefone da sala, o ‘radinho’ - telefone celular corporativo, bem como o telefone pessoal de alguns gerentes locais, não paravam de tocar durante a entrevista, com demandas de usuários e colegas de trabalho.

Mediante o observado pode-se inferir que alguns gerentes já não se incomodam com as interrupções, reforçando que as mesmas são inerentes ao seu cotidiano de trabalho e, portanto, não os causam estranheza; ao contrário, acabam se tornando situações engraçadas, quando todos os telefones tocam ao mesmo tempo, como relata GL04 na figura do Gibi.



*A gente está o tempo todo assim, da hora que eu chego aqui até quase a hora de ir embora. É até engraçado. Tenho esses dois telefones, o meu e o telefone corporativo, e tem o da minha sala. Aí tem hora que assim, estou no radinho, toca o meu telefone pessoal, porque tem até usuário que liga no telefone pessoal, às vezes liga no telefone da minha sala, às vezes aqui na recepção ou na recepção lá de baixo, entendeu? Às vezes enquanto eu estou em um telefone, chega mensagem no outro 'me atende'. Então tem sempre umas coisas assim. O celular é uma figura bem presente, é o tempo todo no dia a dia da gente. (GL04)*

O gerente tem, muitas vezes, cessadas ou suspensas suas atividades, devido excesso de ligações telefônicas recebidas ao longo do dia de trabalho e interrupções por outras circunstâncias. Por isso, o exercício da função gerencial é marcado pela fragmentação e ações intermitentes que, por conseguinte, torna-se um trabalho descontínuo (MOTTA, 1993).

Outra realidade referente à constante procura do gerente pelo usuário, é que este o reconhece como a pessoa mais indicada naquele serviço para resolver sua demanda, possibilitando agilizar respostas para seus problemas.

*As pessoas têm o hábito de recorrer ao gerente, querendo passar por cima para tentar resolver as coisas, aí tenho que encaminhar, 'vai lá procurar a enfermeira da sua equipe'. Às vezes tem que procurar a enfermeira, e procura o gerente para ver se anda mais rápido. (GL04)*

Outra característica do cotidiano de trabalho do gerente é a falta de uma rotina, haja vista que o trabalho é sempre dinâmico. Tanto o gerente de nível central, quanto o gerente local não possuem rotinas de trabalho fixas, e sim demandas aleatórias e diversificadas que vão surgindo ao longo do dia.

*No SUS o planejamento é dinâmico. O dia começa de uma maneira e termina de outra. Você começa lá com um número de pacientes pela manhã e de tarde já está com um quadro diferente. (GC03)*

*Não tenho uma rotina. A única rotina que eu tenho é chegar e sair, porque cada dia é uma coisa. Vou fazendo o que vai aparecendo. (...) Não tenho isso de falar assim, 'hoje vou sentar e fazer isso', não tenho essa rotina fixa. Cada dia vai acontecendo as coisas. Ainda mais em*

uma unidade de saúde que é tanta coisa, vai acontecendo eu vou fazendo. (GL11)

Tenho um caderno com todas as pendências que eu preciso resolver, (...) e o que vai ser prioridade naquele dia. Mas isso rende pouco, ou seja, eu nunca consigo terminar essa lista, porque a cada dia vão surgindo novas demandas. (GL02)

Corroborando com esses achados, Bazzo-Romagnolli e colaboradores (2014) afirmam que os gerentes têm se deparado com dificuldades decorrentes das demandas do cotidiano de trabalho, pois não conseguem definir e efetuar as prioridades ao longo do dia, e assim acabam atendendo às demandas momentâneas.

Por meio da técnica do Gibi, GL11 reforça que seu cotidiano de trabalho como gerente não possui uma rotina fixa e semelhante todos os dias. Embora o serviço gerencial disponha de protocolos, a cada dia surgem situações novas, demandas variadas, e nem sempre as ações e atividades planejadas são possíveis de serem cumpridas. Assim, o gerente deve reescrever seu cotidiano de trabalho a cada dia.



*Apesar de a gente ter um processo de trabalho diário na unidade, todo dia a gente poderia chegar com um quadro branco. Porque a gente chega com diversas situações, mas tem que reescrever nossa rotina de trabalho todo dia, para tentar atender melhor a comunidade e os trabalhadores. Então isso poderia ser um bom exemplo de como podemos lidar e gerenciar a unidade. Cada dia tem um protocolo a seguir, tem uma rotina de trabalho, mas a gente nunca sabe se vai poder seguir. Tem sempre que estar reescrevendo aquela rotina no dia a dia. (GL11)*

Os relatos supracitados fazem menção à dificuldade de planejamento das ações gerenciais, principalmente do planejamento estratégico nos serviços de saúde, o que decorre de demandas do dia a dia. Pode-se inferir, também, que alguns gerentes realizam o planejamento das suas ações, como citado por GL02, mas que devido ao excesso de demandas tanto da população, quanto do serviço, a realização das prioridades planejadas acabam sendo relegadas a segundo plano.

Há por parte de alguns gerentes insatisfação quanto à sua remuneração salarial para o exercício da função, a qual requer disponibilidade, dedicação e abdicção de momentos com a

família. Para os gerentes seu trabalho deveria ser mais valorizado financeiramente, tendo em vista toda a responsabilidade e excesso de cobrança que lhe são impostas.

A gestão é muito boa, a gente vê essas questões todas. Mas se você for olhar do ponto de vista financeiro, é um péssimo negócio. **(GC04)**

O gerente tem que estar disposto, mesmo que não seja remunerado bem. Porque eu acho que o gerente tinha que ter um salário muito bom, para ele poder suprir, pois ele abdica de todas as coisas, da família, de tudo para poder estar fazendo o trabalho para a comunidade. A área da saúde, que é área que mais mal paga, mas é a área mais cobrada, tinha que ser a mais bem paga do mundo, porque a gente trabalha muito. **(GL06)**

As longas jornadas de trabalho, o excesso de atividades, os constantes telefonemas, são situações que reduzem o tempo do gerente com a família, em momentos de lazer, de descanso, e constituem possíveis fontes de estresse para esses profissionais (CHANLAT, 2005). Somado a isso, o salário designado à prestação de serviço dos gerentes é considerado por eles inadequado para a carga de compromissos assumidos, tornando assim dificultador e desmotivador na realização do seu trabalho (XIMENES NETO; SAMPAIO, 2008). Ohira, Junior e Nunes (2014) reforçam que os serviços públicos deveriam ser valorizados como um todo, com salários mais justos, haja vista a excessiva responsabilidade que o cotidiano de trabalho exige.

Além de ser um serviço mal remunerado, o gerente afirma ser muito cobrado pelo seu trabalho. O gerente é cobrado pela população, pelos seus superiores, pelos funcionários, e acima de tudo se reconhece como o responsável por tudo da unidade.

A gente não para realmente, é muito serviço. O gerente está o tempo todo mesmo por conta da demanda da população. Porque em uma unidade é assim se der certo é o gerente, se der errado é o gerente também. Então a gente fica aqui no centro e é cobrado de todos os lados, né? É da diretoria operacional, do município, do secretário, da população, do paciente, do funcionário. Então o gerente fica aqui centralizado, e vem tudo, de todos os lados para cima dele entendeu? **(GL03)**

#### ***4.4.1 Dificuldades no cotidiano de trabalho gerencial: desafios, potencialidades e estratégias de enfrentamento***



*Tem hora que dá vontade de abrir a boca e chorar!*

*Mas no final tudo dá certo, né? (GL12)*

São inúmeras as dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho gerencial no cenário pesquisado. Para o gerente, o exercício de sua função consiste fundamentalmente em “(...) lidar com situações conflituosas” (GL07).

Dentre as dificuldades identificadas, destacam-se os conflitos interpessoais, as consequências da crise financeira que assola o país, as questões político-partidárias e a burocracia do serviço público.

No que concerne especificamente à APS, uma das dificuldades mencionadas pelo gerente, é a realização de atividades que culminem em um trabalho resolutivo, com poucos recursos tecnológicos disponíveis no contexto de um ponto de atenção que ordena toda a rede de atenção à saúde.

A Secretaria de Saúde ela tem todos os níveis de atenção, mas é uma luta diária fazer essa engrenagem funcionar. A atenção primária é a mais difícil, porque ali está a linha do cuidado que você tem que colocar o conhecimento para atender o cidadão. Ali você não tem ultrassom, não tem raio-X, não tem um exame de laboratório na hora. Acho que é a coisa mais difícil que tem, é as pessoas acreditarem na atenção primária, enquanto resolutividade, porque a pessoa quer ir lá na UAI fazer uma consulta, tirar um raio-X, fazer um exame, tudo na hora, e na atenção primária ela é delicada no sentido de cuidar de você para a vida inteira, e as pessoas ainda não reconhecem esse cuidado. Então eu acho muito difícil fazer atenção primária. (GC02)

A APS é considerada por GC02, como um serviço de difícil gerenciamento, pois exige do profissional e, conseqüentemente, do gerente daquela unidade, muito conhecimento e capacidade em trabalhar com poucos recursos, dentre eles os tecnológicos e de estrutura física. Esse ponto de atenção prima pela utilização de tecnologias leves, que são as tecnologias das relações, que permeiam o acolhimento, vínculo e criação de autonomia entre trabalhadores e usuários, visando à qualidade da assistência e a integralidade do cuidado (MERHY, 2002).

A dificuldade atribuída pelo gerente de nível central reflete o descompasso entre o que é legitimado no SUS, como sendo a APS ordenadora da RAS e capaz de proporcionar um

cuidado integral ao paciente, e o que de fato está instituído na organização e funcionamento dos serviços. Neste caso, os serviços são constituídos pela gestão fragilizada, financiamento e infraestrutura deficitários, motivados pelo modelo curativista e médico-centrado, o que dificulta a realização da atenção integral nesse ponto de atenção, por parte da equipe de saúde (CARVALHO; PEDUZZI; AYRES, 2014).

Somado a isso, por não conseguir expor devidamente os resultados da APS, o usuário perpetua a ideia de um serviço de saúde curativista e com respostas imediatas para os problemas de saúde (SILVA; DINIZ; ROSA, 2012), pensando quase sempre na máxima que para todo mal de saúde há um exame e um remédio “certeiros” (CARVALHO; PEDUZZI; AYRES, 2014).

Ademais, os serviços de saúde, de um modo geral, possuem limitações no atendimento, como em não conseguir atender todas as demandas do paciente quando necessário, afetando a credibilidade do serviço prestado.

Outra dificuldade é a questão da saúde em geral. Que a pessoa realmente precisa, por exemplo, de consultas especializadas e a gente não consegue fazer aquilo em tempo hábil. Então isso para mim no gerenciamento é difícil (...) acho isso uma barreira. O usuário fica desacreditado, ele desacredita da unidade, do próprio sistema de saúde. (...) Aquilo que a gente não consegue dar uma resposta, eles não acreditam. (...) É a falta de crédito mesmo da saúde. **(GL01)**

O usuário, ao buscar o serviço de saúde e não ser atendido devidamente pode vivenciar sentimentos de desconfiança e de descrédito quanto ao sistema de saúde.

Vale pontuar, que como exemplificado por GL01 o paciente busca consultas especializadas e não tem resposta rápida a respeito de quando será atendido. Esse fato é recorrente no serviço de saúde de Betim, pois uma das queixas dos usuários, segundo alguns gerentes locais, é com relação à demora da liberação de atendimento para consultas especializadas, uma vez que estas possuem demanda reprimida e segue como grande desafio para a gestão municipal.

A acessibilidade do usuário aos serviços tem se concretizado como obstáculo para o gerenciamento, como expresso pelo gerente local. O tempo de espera para uma consulta, ou para fazer um exame laboratorial por exemplo, tem comprometido a capacidade que os pacientes dispõem em utilizar esses recursos, e conseqüentemente tem influenciado a continuidade do cuidado e na resolutividade do serviço (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Outra dificuldade que permeia o cotidiano de trabalho dos gerentes locais é a sua relação com os demais profissionais. Na visão dos gerentes, os funcionários das UAPS não entendem

seu papel, não cumprem seus compromissos como servidor público, não vão trabalhar, não cumprem a carga horária de serviço adequadamente, tem alta taxa de absenteísmo, sobretudo atuam como querem e sem o consentimento do gerente.

São muitos, mas o primeiro obstáculo que eu vejo aqui é o próprio servidor. Tenho mais problemas com o servidor, que com qualquer outro. (...) É a dificuldade deles entenderem o meu papel, o papel da gerência. **(GL01)**

Quando cheguei, foi a maior dificuldade mostrar para todos profissionais que todos estão a serviço da Secretaria. (...) O cumprimento de horário, o fato do profissional simplesmente não comparecer e assinar o ponto normalmente. E o tanto de atestado que chegava. **(GL02)**

Temos aqui, agente de saúde por exemplo, que não quer trabalhar. (...) Então quando você cobra, ele não quer trabalhar, e quer ficar em casa recebendo normalmente. Quando você delega uma função para ele, ele não quer fazer. (...) Aí você tem que levar para os coordenadores deles. Não estou dando conta de resolver isso, mas não tenho suporte para resolver, aí fica essa situação desagradável. **(GL03)**

Nós temos servidores que trabalham há muito tempo, então eles acham que tem o poder de decidir, de fazer o que eles acham e o que eles pensam, e isso é errado. (...) Tive muita dificuldade de relação interpessoal. **(GL08)**

Percebe-se nos relatos supracitados, algumas tipologias de conflitos instituídas por Carvalho, Peduzzi e Ayres (2014), relacionados: à falta de colaboração entre os profissionais que compõe a equipe de saúde, comportamento do “funcionário-problema” e ao desrespeito entre os profissionais no ambiente de trabalho. Para esses autores, a falta de colaboração entre os profissionais tem sido frequentemente atribuída ao não cumprimento das normas de trabalho previstas para toda a equipe, seguido da caracterização de um “funcionário-problema”, como aquele que causa conflitos e situações de tensão entre os colegas de trabalho e com o gerente. É aquele funcionário que se nega a cumprir alguma função, não é colaborativo no cotidiano de trabalho por não respeitar o cumprimento da carga horária assim como os demais profissionais, que não respeita a autoridade formal do gerente e faz o que bem entender.

Percebe-se que essas dificuldades enfrentadas pelos gerentes locais têm refletido a pouca autonomia do gerente para solucioná-las, o que denota segundo relato de GL03, que o gerente tem que buscar auxílio de seus superiores de nível central, mas que nem mesmo eles,

conseguem ou dão suporte para tentar solucionar esses conflitos, perpetuando assim uma situação desagradável entre a relação gerente e profissional.

Além desses relatos, outra situação geradora de conflito entre o gerente e uma funcionária foi observada durante a realização da entrevista com GL07. A funcionária entrou na sala onde GL07 estava e disse precisar que o gerente resolvesse o problema de uma usuária que estava aguardando do lado de fora da sala. GL07 disse já ter conhecimento do problema e que após o término da entrevista iria resolvê-lo. A funcionária não satisfeita, insistiu que teria que ser naquele momento. GL07 então saiu da sala e foi conversar com a usuária, perguntou se ela poderia voltar depois, pois iria ter uma resposta sobre o problema por telefone mais tarde, assim a usuária disse que voltaria mais tarde. Após esse episódio, GL07 desabafa *‘está vendo é sempre assim, às vezes tem coisa que o próprio funcionário pode fazer, mas tudo tem que ser o gerente’*.

Além disso, esse mesmo entrevistado relata durante a técnica do Gibi, que está de *‘cabeça quente’* por causa dos constantes *‘bombardeios’*, referentes aos problemas que vem passando no serviço.



*Isso é cabeça quente. Aqueles que estão sempre pensando no outro, está sempre preocupando com alguma coisa, igual eu estou aqui. (...) É o tempo todo bombardeando a gente, o tempo todo assim. Preocupado com as coisas, preocupado em resolver, preocupado sempre em fazer o melhor, sempre alerta. (GL07)*

Pode-se inferir, após relato da nota de observação e por meio da figura do gibi, que o gerente enfrenta sérias dificuldades com relação à sua equipe de trabalho, uma vez que estes parecem contestar as decisões do gerente, não ajudam na resolução de problemas e sempre os repassam para o gerente como se ele fosse o único responsável e capaz de solucioná-los. Dessa forma, o gerente se vê em uma situação que lhe causa extrema preocupação, vivencia um ambiente de trabalho conflituoso e estressante.

Segundo Silva, Diniz e Rosa (2012), a perpetuação de um ambiente organizacional estressante, com excesso de atividades, poucos recursos e condições de trabalho inadequadas,

predispõem o surgimento de conflitos interpessoais, sejam eles entre profissionais, como também com os usuários do serviço.

Por conseguinte, o pouco comprometimento profissional por parte de alguns funcionários na realização de suas atividades, a resistência da equipe em relação a mudanças e atuação do gerente na unidade, são aspectos que dificultam o trabalho, causam estresse e conflitos entre o gerente e sua equipe, e desses com a comunidade (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009; XIMENES NETO; SAMPAIO, 2008).

Além dos conflitos com os servidores, os gerentes locais também enfrentam grandes dificuldades com o usuário do serviço. Alguns usuários já chegam no serviço agressivos e confrontando o funcionário.

São conflitos entre o funcionário e o usuário. Na cabeça quente o usuário acaba agredindo o funcionário. Você acaba tendo que tomar uma atitude radical, tipo, fazer boletim de ocorrência e chamar a polícia. (...) Acontece muitos conflitos entre eles. (...) Já pensei inclusive em abandonar a gerência muitas vezes por esse motivo. **(GL01)**

Você tem que trabalhar o funcionário e o usuário, porque às vezes o usuário já chega agressivo, já chega bravo, e você não fala nada. Já tive funcionário aqui que já levou tapa no rosto, porque não tinha o medicamento. **(GL06)**

Os usuários, em algumas situações, provocam conflitos com o funcionário e até mesmo com o próprio gerente da unidade, alguns chegam a se exceder e causar agressões físicas e/ou verbais para esses servidores, transcendendo assim todos os limites e perdendo seus direitos. Essas situações fazem com que o gerente tome atitudes extremas com relação ao usuário e/ou ao próprio funcionário, como acionar a polícia. Por vivenciar muitos conflitos com o usuário, GL01 afirma ter pensado em abandonar seu cargo gerencial, movido talvez pelo medo dessas situações.

Situações de agressões verbais e até mesmo físicas são identificadas no contexto de trabalho com profissionais dos serviços de saúde. Tais situações levam a questionamentos sobre o direito de se trabalhar em ambientes seguros e desencadeiam consequências negativas, de ordem psíquicas e o desgaste desse profissional (TRINDADE; PIRES, 2013).

Essas e outras situações são geradoras de angústia e sofrimento para esses gerentes, como por exemplo, o que GL07 passou durante sua entrevista e foi relatado em diário de campo. Durante a entrevista, GL07 escutava pessoas conversando fora da sua sala, eram funcionários

e usuários. Aparentemente a funcionária estava insatisfeita de o gerente estar participando da entrevista e não estar ‘trabalhando’, já os usuários demonstravam total insatisfação e reclamavam, diziam estar cansados de ir naquela unidade e ninguém resolver nada para eles. Ao ouvir aquilo GL07 expressou insatisfação e frustração com relação ao que estava acontecendo e relatou:

Está vendo, é essa pressão o tempo todo. As pessoas não entendem a hora que você tem que parar para fazer alguma coisa, o tempo todo você tem que se virar né? **(GL07)**

GL07 passou por duas situações geradoras de conflito e frustração durante sua entrevista, em mais essa nota de observação pode-se perceber que este gerente enfrenta dificuldades de aceitação por parte de seus colegas de serviço, e que esses, por sua vez, provocam situações de conflitos juntamente com o usuário para desestabilizá-lo e causar insatisfação pela condução do seu trabalho. O relato de GL07 é um desabafo que reforça uma condição de angústia, sofrimento e estresse em seu cotidiano de trabalho.

Segundo Chanlat (2005), os gerentes, ao enfrentarem algumas dificuldades, podem sofrer certo nível de estresse no trabalho, dentre as principais fontes de estresse estão as relacionadas ao excesso de trabalho e à pressão sofrida; às relações pessoais, principalmente entre colegas de trabalho; ao contexto econômico, social, político e cultural que estão vivendo, bem como a falta de apoio social de colegas, superiores, família e comunidade.

A atual condição socioeconômica do país também foi citada pelos gerentes como dificuldade na administração dos serviços de saúde.

Outra dificuldade que nós temos, não estão em nossas mãos, é a crise financeira que o Brasil está passando. (...) Isso começou a prejudicar a gente, (...) não tem recurso financeiro para investir em insumos, em materiais, em salários, em treinamentos de serviços. A questão da crise financeira é um aspecto muito negativo para conseguir realizar uma boa gestão. **(GC03)**

Isso atrapalhou muito a saúde pública, você liga a televisão, aí fala que vai cortar os medicamentos. Por exemplo, nós estávamos trabalhando muito a questão da Farmácia Popular, aí o Ministério cortou, que só vai entregar o medicamento de hipertensão e diabetes. Então isso é difícil, o Ministério da Saúde não manda os recursos para gente igual mandava antigamente. É só cobrança, são os indicadores da Saúde em Casa, os indicadores do PMAQ, e a gente tem que toda hora está prestando conta, mas a gente não tem o apoio técnico, só tem cobrança. **(GC02)**

A crise financeira tem sido um imenso obstáculo enfrentado em todos os setores, e na saúde pública essa realidade é ainda pior, são muitas as consequências provocadas pela falta de recurso financeiro nos serviços de saúde, dentre elas a precariedade das estruturas físicas das unidades, falta de recursos humanos, de recursos materiais e deficiência nas condições de trabalho como nota-se no cotidiano das UAPS pesquisadas.

Diante disso, os gerentes locais expressaram como dificuldades na realização de seu trabalho a má estrutura física das unidades de saúde. As condições de trabalho são prejudicadas pela precária estrutura e o pequeno espaço físico das unidades, que não disponibiliza salas suficientes para suprir as demandas de atendimento do serviço.

São muitos obstáculos, mas o maior mesmo é do espaço físico, porque isso aqui é uma casa de 7 cômodos, aqui são 3 equipes, que atende mais de 8000 pessoas e as 2 outras equipes na faixa de 4500 pessoas. (...) No momento o que falta mesmo é a condição de trabalho, é a condição física mesmo. Olha para você ver essa sala abafada, o médico atende aqui o dia todo, olha minha sala, o espaço físico da unidade para atender o grande número de pessoas. **(GL03)**

A gente tem alguns problemas aqui, a maior parte deles é relacionada a estrutura física, que além de precária, é insuficiente. A gente tem *deficit* de salas. Quando está todo mundo não tem como alojar os atendimentos, fica o pessoal circulando, procurando sala vazia. Às vezes tenho que pedir um trabalhador, um médico para chegar um pouco mais tarde, para deixar a sala disponível para o outro, o que não é certo, porque aí a gente mexe na carga horária, mas em vias de atender os usuários a gente faz isso. **(GL04)**

Na maioria das UAPS visitadas, a estrutura física era muito precária, eram casas pequenas, que eram adaptadas às vezes com compensados e divisórias de um cômodo para o outro, com a intenção de aumentar o número de salas para servirem de consultórios, salas de procedimentos e afins. Essas casas se encontravam em péssimas condições de conservação. Segundo o que foi observado, das 12 UAPS visitadas, pouquíssimas unidades, possuíam estrutura física apropriada ou em melhores condições.

O gerente de nível central reforça a atual condição das UAPS em Betim, que constituem em pequenas casas alugadas, com péssima estrutura física e estado de conservação.

Criou muita unidade de saúde sem estrutura, isso eu acho uma dificuldade em Betim. Acho que quando criasse uma unidade de saúde,

quando for pensar em uma unidade, acho que tem que ter estrutura física adequada, com carro, com equipamentos novos. Então aí cria aquelas pequenas casinhas alugadas. Isso é uma dificuldade muito grande que eu tenho aqui, aluguel de casa e reforma de casa. Você pode observar né, se você vai em um banco é todo climatizado, todo com ar condicionado, é tapete vermelho, não é assim? Vai em uma unidade de saúde, ‘meu Deus’, negócio está tudo quebrado, é longarina quebrada, unidade toda feia, caindo goteira, né não? (GC02)

Essa realidade se confirma não apenas no cenário deste estudo, como também Ximenes Neto e Sampaio (2008), afirmam que as unidades de saúde que pesquisaram têm péssimas condições físicas, são também alocadas em sua maioria em residências alugadas, adaptadas conforme as possibilidades, além de serem unidades pequenas, onde os trabalhadores duelam por espaços para realizarem suas atividades de trabalho.

Segundo análise documental do PMS (2014-2017) a Secretaria de Saúde e a administração municipal estipularam ações prioritárias no quadriênio de 2014 a 2017, de realizarem construção, ampliação e estruturação das Unidades de Atenção Primária. A meta é a construção de 29 unidades, concluir a construção de quatro e ampliar outras cinco unidades. Entretanto, a situação que se encontra boa parte das UAPS em Betim e a crise econômica que se estabelece contestam o que a administração municipal propôs como metas e prioridades a serem cumpridas.

Das unidades que participaram da pesquisa havia uma que fazia parte do que foi proposto em plano de metas pela administração municipal, e como observado e também relatado pelo gerente da unidade, ela ainda estava em fase de construção.

Eles [Secretaria de Saúde] falaram com a gente que nós vamos para uma unidade nova, só que ainda não foi entregue né? (...) Isso vai ser um ganho para nós funcionários e para a população. Lá está ficando muito bonito, lá é enorme, aí a população fica cobrando né, ‘a vai ser uma UAI?’, ‘vai trabalhar 24 horas?’, (...) ai a gente fica na expectativa de ir para a unidade. A condição de trabalho já melhora né, por causa do ambiente né, não tem condição, não tem sala aqui para todo mundo, (...) indo para lá, tenho certeza vai melhorar bastante. (GL12)

As más condições físicas das unidades de atenção primária são um grande obstáculo para o serviço de saúde, dificultando e até mesmo impedindo a realização de programas. Essa realidade enfrentada no cotidiano de trabalho pode trazer consequências para a qualidade da assistência prestada (NUNES *et al.* 2016).

Para além disso, esses profissionais deparam também com a falta de materiais para a realização das ações de saúde. Os gerentes têm se queixado da escassez de alguns insumos em suas unidades de saúde e têm buscado recorrer a outros gerentes, à Secretaria de Saúde ou a providenciar por conta própria a compra de alguns desses materiais.

A gente tem um problema de escassez de material, às vezes, de medicamentos, a gente está vivendo um momento de pouquíssimos medicamentos na unidade **(GL04)**

A dificuldade aqui é não ter material para fazer curativo, para tirar um ponto. Eu tenho que comprar algumas coisas, às vezes, para colocar aqui dentro. Essas são as nossas dificuldades maiores, falta de condições de trabalho. (...) A prefeitura como um todo passa por uma crise financeira, às vezes falta aqui, às vezes falta em outra unidade. A gente entra em contato com os gerentes, e aquilo que um tem sobrando repõe para o outro, mas nem sempre é assim. (...) A pior coisa que tem é o paciente chegar solicitando atendimento, e às vezes é um caso que você sabe que pode ser resolvido e gente não tem como resolver de imediato por falta de material. **(GL09)**

Ao analisar algumas reportagens que foram publicadas durante a realização dessa pesquisa, pode-se perceber que o município tem enfrentado uma grave crise econômica, levando seus governantes a decretarem estado de calamidade financeira, após sofrerem uma queda de 10% na arrecadação fiscal no último ano. Segundo informado no início de março de 2016 pelo secretário municipal de saúde de Betim, por motivos de contenção de gastos, em detrimento da redução da arrecadação financeira do município, haverá cortes na saúde. Dentre as medidas a serem tomadas pela Secretaria de Saúde está a interrupção dos atendimentos ginecológicos pela maternidade pública, transferindo este encargo ao Hospital Público Regional da cidade, duas das quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPA) também serão fechadas, assim como três Unidades de Atenção Primária passarão a compor apenas uma única unidade que funcionará na antiga sede de uma das UPA fechadas (O TEMPO, 2016; G1- MINAS GERAIS, 2016).

Com a crise econômica no país, os governantes recorreram às soluções de redução de investimentos públicos em políticas sociais, como estas que estão ocorrendo em Betim por exemplo, que comprometeram todo um projeto de desenvolvimento democrático (COSTA; RIZZOTTO, 2015). Diante disso, fatores dificultadores como a escassez de materiais e a má estrutura física das unidades de saúde repercutem negativamente na condução da prática gerencial, diminuindo consequentemente a qualidade do serviço prestado ao paciente

(FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009; GOMES *et al.* 2015; VILELA, 2014; XIMENES NETO; SAMPAIO, 2008).

Com a gravidade da questão orçamentária o município tem enfrentado dificuldades em aumentar seu quadro de funcionários, principalmente no que se refere a atenção primária. Além disso, os profissionais que já integram o serviço estão desmotivados pela falta de condição de trabalho destinada.

Tudo meu que falta aqui são os recursos humanos, são os profissionais. (...) Quando cheguei aqui, era eu e os agentes de saúde só. (...) Então trabalhei, fiz tudo, fui enfermeiro, fui técnica. **(GL03)**

A questão que os profissionais estão ficando desmotivados, né, é que a prefeitura não está dando condição, falta de profissional, falta de equipamento. **(GL12)**

O governo local não tem cumprido também com as propostas referidas no PMS (2014-2017), de comprometer em reorganizar e repor o quadro de recursos humanos nas UAPS, através da convocação de profissionais concursados. Com isso, a insatisfação por falta de funcionários nas unidades serem constantes entre os discursos dos gerentes.

Os recursos humanos insuficientes, seguido do excesso de usuários e demandas, sobrecarrega os profissionais de atividades e faz com que as equipes de saúde não deem conta de atender a todas as solicitações dos usuários (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

A burocracia tem sido referida tanto por gerentes locais, quanto por gerentes de nível central, como um grande desafio para o serviço público. Os gerentes têm vivenciado, no seu cotidiano, impasses burocráticos que têm impactado na qualidade do serviço. Por vezes, os gerentes precisam de recursos e respostas rápidas para atender às solicitações dos usuários, e nem sempre é o que acontece devido à morosidade do serviço. Assim, em determinadas situações, o gerente burla algumas dessas formalidades para dar seguimento ao serviço de saúde.

Dificuldade é a burocracia. (...) Ela que nos impede de fazer um trabalho melhor. Tinha que ser menos burocrático. (...) A lentidão do serviço público é por causa da burocracia. **(GL09)**

Entraves burocráticos. Às vezes uma dificuldade no processo de compra, as vezes uma dificuldade de um encaminhamento, então a burocracia é a maior dificuldade hoje do setor público. **(GC01)**

É muita burocracia que nós temos. Tem hora que é barrado muita coisa no nível central. É muito lento para ter uma resposta, e muitas vezes, aqui na ponta, a gente quer uma resposta para ontem, né? Um exemplo é exame, ou algo que o paciente está na minha frente com alguma queixa, algo que a gente precisa que seja resolvido logo, aí você liga, a referência técnica não está, ou não pode te dar a resposta naquela hora. Uma coisa que dificulta muito é quando você olha para o paciente vê que ele está necessitado, (...) e tem que aguardar. **(GL10)**

Aqui é muito burocrático, a gente está sujeito a um processo burocrático tão grande, que alguns pontos dele eu até burlo. Então se pudesse mudar alguma coisa, diluiria a burocracia, diminuir as formalidades. **(GC03)**

Quando o gerente GC03 afirma burlar as normas, infere-se a uma prática social muito comum na cultura brasileira, o famoso ‘jeitinho’. Junquillo (2005) aborda essa prática como recurso indispensável por alguns gerentes em organizações com excesso de normas e decretos formais, capaz de favorecer o desenvolvimento de uma ação que antes era restrita por aspectos legais e burocráticos.

Em suma, o excesso de burocracia enfrentado pelos gerentes tem dificultado a execução de seu trabalho, podendo provocar estresse nos profissionais, e conflitos com a população (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

Os aspectos políticos em várias dimensões têm sido frequentemente abordados pelos gerentes como obstáculos enfrentados na condução do serviço público de saúde. Alguns dos exemplos citados, pelos gerentes locais e centrais, a respeito das questões políticas que atravessam o serviço de saúde são: a visão política atribuída no gerenciamento, os políticos de carreira que interferem nas decisões gerenciais, bem como elegem profissionais a cargos gerenciais para agirem em favor de seus partidos políticos.

Segundo GL01, a cada mudança partidária na gestão municipal, um novo método de governar é instituído e as políticas de gerenciamento passam a ser diferenciadas. Ademais, alguns políticos de carreira se veem no direito de julgar as ações e atitudes tomadas na saúde de uma forma indiscriminada, se posicionando, muitas vezes, não em favor de melhorias ao serviço e sim em seu agir político partidário.

Cada novo governo, cada nova gestão muda tudo. Muda o modelo de assistência, a forma que eles vão interpretar aquele modelo de assistência, a forma que as pessoas que estão no gerenciamento do município veem a coisa. **(GL01)**

Vereadores, deputados, eles não têm formação na área da saúde, (...) e ele bota lá um crachá de parlamentar e tenta entrar nas nossas unidades a qualquer hora, falando que tem imunidade parlamentar, que quer fiscalizar, ver se está tudo bem. Ai falam que o paciente estava jogado. Ele não entende nada e sai fazendo um pré-julgamento político que é um fator negativo. **(GC03)**

A interferência da política partidária, também expressada em alguns estudos como “politicagem”, bem como a mudança da gestão municipal a cada troca de mandato, são dificuldades enfrentadas por gerentes de outros contextos sócio-político que não apenas do município aqui referido (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009; VILELA, 2014; XIMENES NETO; SAMPAIO, 2008).

As indicações políticas a cargos de confiança no serviço público estão presentes nos relatos, são considerados fator negativo e que compromete o desenvolvimento do serviço gerencial.

Às vezes, temos gerentes que não têm condições de estar exercendo aquele papel. Que está ali por um atravessamento político. Aí você vai falar com ela sobre monitores, indicadores de saúde, sobre ficha A que tem que preencher, aí parece que você está falando uma língua estrangeira, porque ela não está habilitada para poder desenvolver aquele papel. Aí a pessoa começa a usar do poder do cargo para prejudicar outras pessoas, fazer covardia com o outro. Porque ela está com a caneta na mão ali, usa de ameaças, e tudo isso porque tem uma proteção política. Então, a política quando não bem usada é um fator negativo que atrapalha a gestão. **(GC03)**

Aquela questão do gerente ser cabide de emprego, ou seja ele entrou aqui porque ele ajudou na campanha do prefeito. Às vezes a equipe não respeita isso. **(GL08)**

O chamado ‘cabide de emprego’, ato de favorecimento a ocupação de cargos públicos por pessoas protegidas por políticos, interferem na condução do serviço de saúde, o que atrapalha a convivência entre o indicado político e sua equipe de trabalho, bem como na qualidade do serviço prestado. Os motivos desses impasses envolvem a falta de conhecimento

e competência por parte desses profissionais, fazendo com que a equipe de trabalho não os reconheçam como merecedores do cargo.

O estudo de Junqueira e colaboradores (2010) corrobora com alguns achados dessa pesquisa, uma vez que afirma que a ocupação de cargos gerenciais tem sido por profissionais com pouca ou nenhuma experiência gerencial, assim como formação específica para o cargo. Ademais, a seleção tanto de gerentes, quanto dos demais profissionais que compõem o serviço de saúde, tem sido por indicação política ou por serem pessoas de confiança de algum superior imediato, mantendo assim características do “empreguismo, clientelismo e patrimonialismo” presentes no serviço público (JUNQUEIRA *et al.* 2010, p. 925).

Os agentes políticos têm interferido também nas decisões tomadas pelos gerentes na condução do serviço de saúde. Os gerentes são frequentemente desautorizados por mandos políticos e suas decisões contestadas de forma arbitrária. GL10 por exemplo, relata uma situação na qual tomou uma decisão com relação a um funcionário e teve que voltar atrás, pois a gestão municipal teve que consentir com o pedido de um agente político, reivindicando a decisão do gerente local.

Trabalho em uma instituição pública que é atravessada pela política o tempo inteiro. Então isso dificulta muito a nossa tomada de decisão.  
(GC03)

Eu tinha recursos humanos de manhã, mas não tinha a tarde, e de manhã tinha duas pessoas que são boas de trabalho, e eu queria que dividisse, que uma fosse para a tarde e uma fosse para de manhã. (...) Conversei com elas [receptionistas], (...) ‘você vai ter que trabalhar à tarde, não tem como, é o nosso processo de trabalho’. Mas ai a pessoa procurou os meios políticos, né? Eu já tinha tomado a decisão, e ai os meios políticos chegaram até a diretoria operacional e eu tive que voltar atrás. Então assim, foi algo que tomei uma decisão e que fiquei muito chateada, atrapalhou o meu serviço. Pensei assim, eles exigem [SMS/prefeitura] que a gente faça um trabalho perfeito, e na hora que a gente toma uma decisão (...) Sei que o funcionário não vai gostar, mas não poderia naquele momento olhar a particularidade daquele funcionário. (...) Fiquei muito chateada, vi que eu não tinha voz ativa.  
(GL10)

Os gerentes são coagidos no contexto das relações de poder decorrentes da figura de agentes políticos, e se veem incapazes de reagir a essas situações. A tomada de decisão gerencial dentro das UAPS fica comprometida por ações desse tipo, que favorecem funcionários em troca de apoio político. Os entraves políticos são comuns não só nesse

município em estudo, e sim associados à cultura do país, uma cultura arraigada por questões de cunho autoritário, que também influenciam na autonomia do gerente, em alguns casos cessam toda a ação de iniciativa, própria desse profissional (DAVEL; MELO, 2005).

Muitos dos gerentes locais se revelaram fragilizados com relação a política partidária do município, dizem sofrer pressões externas de cidadãos da comunidade que tem algum envolvimento político, bem como se sentem intimidados a reportarem as condições de trabalho que vivenciam, com medo de represálias da gestão municipal. Os participantes mencionaram a ocorrência de situações problemáticas ocorridas nos serviços. Contudo, preferem não comentar sobre o assunto, pois não querem problemas com os políticos e seus superiores.

Nessa perspectiva, Vilela (2014) aponta que os profissionais que atuam nos serviços de saúde se sentem amedrontados e agem conforme desejo e mando de agentes políticos, muitas vezes, em troca de segurança no emprego.

Segundo Nunes e colaboradores (2016), a política tem sido orientada para os interesses individuais em detrimento dos coletivos, que seriam mediados para suprir as necessidades da população. Nesse contexto, o gerente possui autonomia reduzida no processo decisório, e favorecimento dos mandos político-partidários e de cunho eleitorais. Diante disso, esses autores reforçam o desafio enfrentado na superação dessas situações, que muitas vezes causam desmotivação e descrédito da função gerencial.

Como percebe-se, são muitas as dificuldades enfrentadas pelos gerentes na condução de seu trabalho tanto nas UAPS, quanto a nível de Secretaria de Saúde. Os problemas de maior relevância foram relacionados à estrutura e a gestão de pessoas. Dessa forma, os gerentes mencionaram métodos para contornar certos obstáculos, vivenciados por eles no cotidiano do serviço público.

Com relação aos conflitos interpessoais entre gerentes e funcionários dos serviços de saúde, a estratégia é utilizar o diálogo. O gerente prioriza a conversa com sua equipe de trabalho, faz reuniões para discutir e traçar planos para solucionar as dificuldades, além dos treinamentos.

Com as dificuldades com os funcionários, uso muito a conversa mesmo, uso as reuniões, (...) a conversa junto às equipes. (...) Quando é com relação ao trabalho, por exemplo, quando alguém se nega a fazer alguma coisa, a gente pega e faz treinamentos. **(GL01)**

Diálogo é o principal caminho. Sempre primo por estar conversando, estar discutindo com todo mundo, e a partir de escutar muito, de articular muito, a gente consegue vencer esses obstáculos. A melhor estratégia é o diálogo. **(GC01)**

A comunicação tem sido destacada pelos gerentes locais e centrais no contexto pesquisado, bem como em estudo de Peduzzi e colaboradores (2011), como estratégia de disseminação de informação e interação entre profissionais e usuários, capaz de alcançar o consenso entre os indivíduos envolvidos. A comunicação é de suma importância para promover o trabalho em equipe e melhorar as condições da assistência prestada ao usuário. Sobretudo, as reuniões são um dos métodos mais empregados pelos gerentes para o favorecimento de um bom diálogo no cotidiano de trabalho.

Quanto às questões de estrutura física, o gerente local utiliza o diagnóstico situacional como estratégia para levantar os principais problemas e as possíveis soluções, e a partir daí, trabalhando em equipe, consegue resolver questões como a melhoria estrutural da unidade. Em outros casos, utiliza a improvisação para suprir as necessidades de falta de sala para atendimento, vivenciadas na unidade.

A estratégia principal quando entrei aqui foi fazer um diagnóstico situacional para levantar todos os problemas administrativos, estruturais e relacionados ao processo de trabalho. Realizamos esse diagnóstico e descobrimos diversos problemas, e que era impossível intervir em todos, então pegamos alguns nós críticos, e aí a gente conseguiu, em um trabalho em equipe, resolver os principais problemas. Aos poucos conseguimos resolver muitas questões, como melhoria do prédio, criação de fluxo de atendimento, melhoria da ambiência na unidade, e da segurança. **(GL08)**

Sobre a questão do espaço físico a gente até já tentou fazer um mapa esquemático mas sempre fura. (...) Aí a gente tem que ficar tentando encaixar em um lugar e em outro, vendo em que sala que pode. E a questão do material, peço para os meus colegas que têm unidade menor. **(GL04)**

Já sobre a escassez de materiais, o gerente recorre a empréstimos a outras unidades, buscando apoio da comunidade ou comprando, com recurso próprio, o insumo de maior necessidade. A estratégia de suprimento de pessoal consiste na realocação de funcionários, na medida do possível.

Caso de material para curativo, vou lá e compro. (...) Fomos atrás de parceiros na vizinhança, para fornecer um lanche, ajudar em xerox ou alguma coisa assim. A nossa estratégia é buscar apoio fora da prefeitura, entendeu? De pessoal, é pedir alguém na minha ausência para cobrir um setor que está vago, igual a recepção, (...) a menina da limpeza está lá para mim. Realocar funcionários e contar com a ajuda das agentes de

saúde, que ao invés de estarem na rua estão me ajudando aqui dentro. **(GL09)**

Com a escassez de profissionais em alguns setores da unidade de saúde, o gerente local realiza atividades relacionadas à gestão do trabalho e, por vezes, tem que alocar e remanejar funcionários de um local para outro, para assim conseguir atender sua demanda assistencial (BAZZO-ROMAGNOLLI *et al.* 2014). Ressalta-se a decisão gerencial de remanejar o ACS para a recepção, como relatada por GL09, ocasionando críticas à gestão de pessoas, e sobretudo indica desvio de função, o que remete outra falha na gestão do serviço. O gerente passa a abrir mão da prevenção de agravos e promoção da saúde, desenvolvidas pelos ACS nas visitas domiciliares, fixando-os na unidade para a realização de atividades de natureza curativistas.

Face às dificuldades enfrentadas e às estratégias utilizadas no cotidiano de trabalho do gerente, algumas facilidades também são encontradas nos serviços de saúde. Dentre elas, está a facilidade de acesso dos gerentes locais aos gerentes de nível central, e a compreensão e apoio da comunidade quantos aos serviços prestados.

Uma facilidade que vejo, é o acesso que a gente tem ao secretário, à diretora operacional, ao diretor da atenção básica. Esse acesso eu acho que facilita muito. **(GL01)**

Facilidade que encontro é a compreensão do paciente, (...) porque a comunidade ainda me ouve bastante. **(GL09)**

A população é uma boa população, boa para se trabalhar, divulgam as informações que a gente passa aqui. **(GL02)**

O apoio dos gerentes de nível central e da Secretaria de Saúde é importante facilitador do trabalho gerencial local e capaz de proporcionar sucesso a seu trabalho (XIMENES NETO; SAMPAIO, 2008).

Os gerentes de nível local reforçam como potencialidades do serviço nas UAPS ter uma boa equipe de trabalho, com profissionais acolhedores, que se preocupam com os usuários e estão inteirados do serviço, bem como, conhecer o fluxo de atendimento da RAS e conhecer as necessidades de saúde da área de abrangência da unidade.

Tenho uma equipe boa, tenho uma equipe de enfermeiros muito acolhedores, eles se preocupam com os usuários daqui, se preocupam mesmo. **(GL06)**

Aqui muitos funcionários são trabalhadores de mais de 20 anos de serviço. (...) Então isso facilita muito. São pessoas que são responsáveis, já sabem exatamente o que tem que fazer, como fazer e quando fazer, está bem inteirado do serviço. (...) E conheço muitos usuários também, porque moro aqui no bairro tem 30 anos. Então isso facilita muito meu trabalho. **(GL04)**

Primeiro que eu conheço a população né? Tem 23 anos que trabalho aqui, então tenho facilidade de conversar, de ouvir, de entender, porque já conheço muitas pessoas que procuram, conheço a vida delas. **(GL05)**

Tenho 28 anos de prefeitura de Betim, (...) por ser uma funcionária antiga de rede e conhecer a rede como um todo, conhecer como é feito o trabalho. **(GL06)**

A maioria dos gerentes de nível local entrevistados é composta por funcionários concursados e antigos da rede de saúde do município que possuem visão ampliada da RAS, têm conhecimento dos fluxos de trabalho de outros serviços e da própria unidade, por já terem trabalhado na unidade em outro cargo. Também merece destaque o fato de alguns gerentes residirem nas proximidades da unidade de saúde em que trabalham, o que facilita seu serviço por já conhecer a comunidade adscrita e, conseqüentemente, por terem informação sobre as necessidades de saúde daquela população.

O conhecimento do território vinculado à unidade de saúde é considerado imprescindível para uma prática efetiva, uma vez que se consegue uma construção do cuidado voltado para a realidade local, facilitando assim a organização do trabalho (XIMENES NETO; SAMPAIO, 2008). Além disso, a efetivação do vínculo entre profissionais de saúde e usuários reforça uma relação de confiança entre esses atores, construída ao longo do tempo. Assim, os profissionais, ao agirem de forma acolhedora, conhecedores das condições de saúde do paciente e sua família, dispostos a escutar e dialogar com o usuário, favorece a integralidade da assistência e sobretudo a efetividade dos modos de produzir saúde (BRUNELLO *et al.* 2010; VIEGAS; PENNA, 2012).

O gerente de nível central ressalta como facilidade na execução do seu trabalho a integração que a Secretaria de Saúde mantém com outros setores da prefeitura.

Facilidade também de transitar na prefeitura (...) tenho uma integração muito grande com a Secretaria de Assistência Social, com a Secretaria de Educação, com o Programa Saúde na Escola. A gente tem facilidade com esse trabalho intersetorial, eu acho que isso é bom. **(GC02)**

O estabelecimento do trabalho intersetorial é considerado potencializador para as ações de saúde, uma vez que o processo saúde-doença implica uma visão holística das condições do paciente, pois abrange vários aspectos, intimamente ligados às questões sociais, econômicas, políticas e são de responsabilidade de todos os setores da sociedade e não somente a instâncias do setor saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Trabalhar em equipe, tomar decisões compartilhadas e construir o serviço com a participação de outros setores e outros servidores é imprescindível para gerentes local e centrais na sua prática profissional.

A facilidade é quando você tem uma equipe, que você discute, que você propõe melhorias junto com a equipe, não é um planejamento normativo, onde tem o gerente que descobre o erro e quer resolver sozinho. (...) Trabalho em equipe é conhecer cada profissional que temos, cada setor, e estar bem claro mesmo que todos são protagonistas no processo de fazer saúde. Não é porque sou o gerente que sou a autoridade máxima, (...) penso que o trabalho e todas as decisões devem ser tomadas juntas, e isso facilita muito esse processo. (GL08)

Trabalho em equipe, (...) se a equipe está bem, se a equipe está ouvindo o que outro está falando. O trabalho em equipe é fundamental, a gente não consegue fazer nada sozinho. Cada um tem a sua atribuição, mas se a gente não se juntar não consegue fazer essa promoção de saúde. (GL05)



*Essa figura representou uma equipe, entendeu? Eu acho que meu trabalho aqui é em equipe, eu não sei trabalhar sozinho, (...) na saúde se você não trabalhar em equipe não tem jeito, não tem jeito de trabalhar isolado não. (GC02)*

Para esses entrevistados não se consegue desenvolver um bom trabalho se não for construído em equipe, para eles cada profissional tem sua parcela de contribuição dentro do serviço de saúde.

O trabalho em equipe é considerado fundamental para a reorganização do trabalho, pois possibilita a interação entre os trabalhadores, que exponham suas opiniões e conhecimentos,

trocam experiências, articulam as distintas ações de uma equipe multiprofissional e estimula o reconhecimento do trabalho desenvolvido por outro membro da equipe (KAWATA *et al.* 2011).

Para além disso, os gerentes propuseram algumas modificações para o cotidiano do trabalho gerencial na APS de Betim. Os gerentes perceberam a necessidade de realização, pela Secretaria de Saúde, de treinamentos e de capacitações voltadas para a gerência dos serviços de saúde. Eles expressam a vontade de que esses mecanismos de aperfeiçoamento sejam realizados antes mesmo de os profissionais assumirem cargos gerenciais como forma de aproximar o gerente das demandas do serviço, e capacitá-los tecnicamente para a essa função.

De repente cai essa gestão na minha cabeça, e a gente acaba que entra meio sem preparo mesmo. Toda pessoa que vi entrar aqui, ninguém estava preparado para a gestão. (...) Acho que isso vai muito da falta de treinamento da gente para a gerência. **(GL01)**

Penso que falta muita qualificação, muita educação permanente voltada para o gestor. **(GL08)**

O que eu poderia solicitar para melhorar a questão da gerência seria informação. Acho que o nível central deveria ter também um processo de trabalho no qual fosse relacionado os itens fundamentais para a gerência ter conhecimento antes de assumir. Inclusive estão falando em ter, mas penso que essa capacitação no momento inicial, faria diferença. **(GL02)**

A superficialidade na qual os gerentes se submetem ao assumirem um serviço que não tiveram tempo de conhecer, é considerado na perspectiva de Henry Mintzberg um grande risco para o desempenho do seu trabalho, uma vez que isso pode desencadear limitação e impedimento desses profissionais nas tomadas de decisões de forma adequada (DAVEL; MELO, 2005).

Diante disso, o gerente de nível central reconhece que é por meio da capacitação, do treinamento e do aperfeiçoamento do gerente e de sua equipe de trabalho, que se consegue modificar práticas e impactar no serviço de saúde.

Se eu não capacito a atenção primária, não consigo melhorar os indicadores. **(GC02)**

Vale lembrar que simplesmente promover encontros e reuniões entre gerentes locais, gerentes de nível central e funcionários não garante o aprendizado e nem mesmo a mudança na organização do trabalho. Além disso, é necessário estimular o diálogo, a confiança, participação, comprometimento, descentralização dos processos decisórios, incentivo ao trabalho em equipe e compartilhamento de conhecimentos e competências. Assim, o aprendizado organizacional se concretizará com a incorporação de novos conhecimentos em normas, regras, rotinas, bem como aos valores inseridos na cultura da organização, sempre considerando para isso as condições necessárias para a implementação do processo e o indivíduo na sua integralidade (SALINAS, 2005).

Além disso, outra potencialidade para o serviço reconhecido pelos gerentes foi a necessidade de, após assumirem os cargos gerenciais, que houvesse formas de monitoramento e avaliação da sua prática, como dos seus superiores de nível central.

Percebo que nós gestores não somos avaliados e monitorados. Acho que deveria ter alguma ferramenta para avaliar, tanto os gestores locais, quanto os centrais, de uma forma que não fosse só pela ouvidoria. É muito importante que todo o processo, desde início, meio e fim do seu processo de gestão, fosse avaliado. Porque quando você é avaliado e monitorado, você acha que está tomando a decisão certa, mas não está, então ali consegue de fato mudar alguns conceitos. (...) Uma gestão deve ser feita através de um planejamento estratégico. Então percebo que muitas vezes não somos avaliados e monitorados, somos só cobrados, é resultado, resultado e resultado. E penso que falta muita qualificação, muita educação permanente voltada para o gestor. **(GL08)**

Nessa perspectiva, Franco e Merhy (2013) apontam que o trabalho de avaliação na saúde tem a capacidade de extrair um conhecimento que pode voltar para o meio social de onde saiu, em forma de intervenção; de uma mudança da realidade entre o relacionamento do sujeito analisado com o serviço de saúde prestado. Assim, ao avaliar a atuação dos gestores nos serviços, pode-se gerar mudanças tanto no gestor, quanto no serviço prestado por ele, o que estes autores chamam de processo de subjetivação.

A avaliação realizada de forma periódica proporciona ao profissional um feedback e reflexão crítica sobre o desenvolvimento do seu trabalho. Dessa forma, ao instituir uma cultura de avaliação no serviço de saúde, pode-se obter ganhos na gestão da organização, contribuir para a tomada de decisão, e melhoria nas condições de saúde da população (ANDRÉ; CIAMPONE; SANTELLE, 2013; CHAVES; TANAKA, 2012; NICKEL *et al.* 2014).

#### 4.5 Simbologias e significados atribuídos ao trabalho gerencial

A prática profissional do gerente é marcada por simbologias, ora conferidas pelo próprio gerente ao trabalho realizado, ora decorrentes do reconhecimento do seu trabalho por outras pessoas. Na perspectiva do gerente, foram identificadas metáforas, como o advogado, o apagador de incêndio, a máquina de ferro, o bruxo, o anjo.

Para os gerentes, sua prática profissional está voltada para a resolução das demandas da população, com foco no atendimento usuário centrado. Quando o gerente consegue ajudar ao usuário na resolução de alguma de suas demandas de saúde, sente-se gratificado. O gerente reconhece a importância de se colocar no lugar do outro, na posição do usuário.

Funcionar com foco nos pacientes, para que todos tenham seus interesses atendidos. Não é uma tarefa fácil né? É uma tarefa que exige muita dedicação, muito compromisso, e muito se colocar no lugar do outro. **(GC04)**

Olho o paciente em primeiro lugar. Me coloco no lugar dele. Se eu estivesse aí desse lado como que seria, então? Me desdubro mesmo, ligo para a secretaria, se for preciso ligo para o vereador, ligo para todo mundo, pois quero resolver o problema do paciente. **(GL05)**

Precisamos de mais coração, de sentimento, de pensar, de se colocar no lugar do outro. A saúde precisa disso. Vou dizer uma palavra que talvez você não escute muito no nível central, que é caridade. Porque geralmente o gestor é um pouco mais frio, mas tem que ter um pouco mais de caridade, você tem que buscar essa questão de ser humano, do amor, de não só a frieza. Então tem essa questão de tentar ser mais humano nas suas decisões, porque acho que isso equilibra a coisa, e assim consegue uma eficiência. **(GC01)**

Quando GC05 menciona o fato de ter que se colocar no lugar do paciente e se desdobrar para resolver seus problemas, pode-se inferir que há uma aproximação com aquilo que Canel e Castro (2008) consideram ser *'advocacy'*, também conhecida como advocacia em saúde, na qual o gerente se coloca na ação de advogar pelo paciente. Em linhas gerais, esse termo expressa ações de indivíduos ou grupos, em busca de apoio de autoridades políticas ou pessoas ligadas à organização de saúde, para defender os direitos de saúde do paciente

Os profissionais de saúde são atores privilegiados na advocacia, em defender o usuário, podendo influenciar no processo decisório e nos espaços de discussão sobre ações de saúde (CANEL; CASTRO, 2008). Para isso, tanto os profissionais, quanto os gerentes deveriam se

preparar para maior atuação como advogado das causas de saúde, com objetivo de conscientizar e empoderar a população a se legitimar de seus direitos e quando não, torná-los, de fato legais e efetivos para suprir suas necessidades de saúde. O gerente, ao se colocar no lugar do usuário, acaba por representar o advogado daquele sujeito, buscando sempre a melhor forma de defender seus interesses e resolver seus problemas de saúde.

Na condição de advogar pelos interesses do paciente, o profissional assume a responsabilidade moral e profissional de questionar, refletir, defender, e denunciar práticas de outros profissionais que possam causar prejuízos à saúde do paciente (BARLEM *et al.* 2012). Portanto, a condição *sine qua non* é se colocar no lugar do paciente, uma vez que, reconhecendo o seu problema, é possível melhorar a qualidade do serviço prestado.

A relação de defensor é expressa pelo gerente local, não só como uma ação protetora dos direitos e interesses do usuários, mas também dos profissionais, da instituição, e do que é preconizado pelo sistema de saúde.

Tem hora que a gente fica defendendo a gente, o serviço, o outro, o SUS, sabe? Como se fosse a Mônica com o coelho. O tempo todo a gente fica defendendo o SUS, porque a gente acredita. O tempo todo a gente defende o SUS, defende os usuários, os trabalhadores. Sinto como se fossem todos meus filhos, uns mais rebeldes, outros mais bonzinhos. Mas é como se eu tivesse 100 filhos. (...) Tento defender o trabalhador, sem também condenar o usuário. **(GL04)**

Este relato remete aos achados de Davel e Melo (2005), em que o gerente se configura como o mediador de interesses, sejam eles próprios da instituição de trabalho ou de seu interesse particular. Além disso, quando o gerente considera os funcionários como seus filhos, há uma relação em que Junquillo (2005) aborda como o sincretismo casa/rua, onde o gerente atribui à organização a representação de sua família, mas que ao mesmo tempo é também um local de conflito de interesses, como já mencionado.

Ao pensar uma prática gerencial pautada na defesa da população, o gerente conduz seu serviço para um patamar mais humanizado e eficiente. Para além disso, o gerente se reconhece como o profissional que tem contato significativo com o paciente e, conseqüentemente, cuida das suas necessidades. GL05 explica que por estar envolvido direta ou indiretamente com os pacientes, por saber de suas necessidades, por escutar suas demandas, é o profissional que cuida de forma holística das condições de saúde-doença da população.

Cuidar do paciente. Acho que o gerente cuida mais do que o médico, do que o enfermeiro. Porque o enfermeiro faz a parte dele e pronto. O gerente não, ele cuida do paciente como um todo. Olho a parte médica, olho a atividade física que ele precisa fazer, escuto, cuido. **(GL05)**

Nesse sentido, tanto o gerente local, quanto o de nível central expressaram, por meio da imagem, a figura do gerente comparada a de um anjo, que protege, que se preocupa e que cuida das pessoas.



*Esse anjo está o tempo todo cuidando de alguém. Ele está preocupado com alguém, está preocupado com o paciente, com o exame que não veio, com o funcionário que não veio, com o pai do funcionário que está passando mal, o pai do funcionário que morreu, como que o funcionário está. É no sentido de cuidar mesmo. **(GL03)***

*Estamos aqui para cuidar né? Cuidar das pessoas. Nós da saúde temos essa questão de estar cuidando. E o anjo, é uma figura que está ali para tentar fazer o melhor para o coletivo. Acho que a turma nossa da saúde, com toda a dificuldade que tem, na sua grande maioria tem um pouco dessa figura aí. Se você for olhar dentro do Hospital Regional, dentro de uma UPA, dentro de uma unidade de saúde, estão salvando vidas a todo minuto. Isso que é importante. **(GC01)***

Por meio da técnica do Gibi, GL03 e GC01 vincularam sua imagem de gerente à de cuidador, aquele que cuida do paciente, que preocupa com sua condição de saúde, que preocupa com o funcionário; aquela pessoa que, assim como os anjos, estão cuidando e salvando de vidas.

Ademais, o exercício da função gerencial está intimamente relacionado ao cuidar, tendo em vista que, ao planejar, organizar, avaliar e coordenar, os gerentes estão de fato cuidando do paciente e de sua equipe de trabalho (OLIVEIRA *et al.* 2012).

Além de se associar metaforicamente à figura de um anjo, o gerente local ressalta a importância de se portar como um exemplo para sua equipe de trabalho. O gerente tem que ser o primeiro a se comprometer e a se dedicar ao serviço, para assim ter como exigir esta postura nos demais profissionais.

O gestor tem que ser um exemplo. Como é que o gestor vai cobrar pontualidade se ele não é pontual na unidade, né? Como é a atuação do gestor? A forma como ele trata as pessoas? Como recebe e devolve esse retorno quando é solicitado? **(GL02)**



*O gerente tem que ser o primeiro a fazer o seu compromisso com muita dedicação. São muitas as atividades, e o esforço que o gerente faz e os funcionários veem que é possível, começam a acreditar no trabalho e vão se esforçando mais. Então assim, se aqui o gerente aguenta esse peso maior, tem uma pessoa que fala que é possível aguentar também. Eles vão acreditando que é possível, e a gente vai formando uma corrente em crescimento. Aí a equipe cresce né, em conhecimento e participação. **(GL02)***

Para GL02, o gerente, ao se portar como um exemplo a ser seguido, como um profissional compromissado, dedicado ao seu trabalho, esforçado para promover mudanças e melhorias no cotidiano do seu serviço, consegue impactar sua equipe de trabalho, e esta passa a seguir seus exemplos e se dedicar também. E é nessa perspectiva que se constrói o serviço participativo e de qualidade, assim como retrata a figura do gibi, uma vez que o gerente se coloca como a base estruturante do serviço, os demais sujeitos, seus colegas de trabalho, também irão dar seguimento a esta construção e serão exemplos para outros atores envolvidos nesse processo. Assim sendo, a postura do gerente deve ser coerente com aquilo que ele espera dos demais profissionais de sua equipe (PEDUZZI *et al.* 2011).

O gerente se reconhece na sua função como aprendiz, como o profissional que a cada dia, a cada nova demanda, a cada problema enfrentado, se sente desafiado a aprender e também a reinventar sua prática cotidiana.

A cada dia aprendo um pouco. Tem pessoas que pensam que já sei tudo. Não! No final do dia, uma demanda que aparece, ou algo que um paciente me passa, é que vejo que tenho que aprender mais e mais. **(GL10)**

A vida é uma troca diária. É um aprendizado diário. A gente nunca pode falar ‘eu sei’. Na realidade a gente não sabe tudo, você sabe 99% mas 1% a gente tem que aprender todos os dias. **(GL01)**



*A gente parece que está aqui sempre reinventando. Todos os dias a gente tem que reinventar. Tem que reinventar a forma de trabalhar, a forma de lidar com os outros. E é reinventar com o que a gente tem, improvisar. (GL01)*

As ações cotidianas do trabalho gerencial o remetem a uma aprendizagem constante. Devido às frequentes evoluções no serviço de saúde, os profissionais têm necessidade de se manterem atualizados e capacitados para sua prática profissional. Assim, “aquele que se percebe como eterno aprendiz, e nunca se cansa de aprender verá que sempre haverá algo a se melhorar” (OLIVEIRA *et al.* 2012).

Além disso, há também a visão de outras pessoas a respeito da imagem do gerente. Por vezes, a equipe de trabalho ou os usuários do serviço associam ao gerente a figura do executivo, aquele clássico emblemático do terno e gravata, que reforçam a simbologia do administrador.

As pessoas falavam assim: 'agora você vai trabalhar de terninho né? De salto?' Aí eu morro de rir, e falo que não é bem assim. Não sei como que vou embora daqui se vier de salto, é o dia inteiro de um lugar para o outro. (GL04)

Essa imagem do gerente é como retrata Strannegard (2005), como a imagem do “homem organizacional”, um homem de terno e gravata, que representa por meio de seu modo de vestir uma sociedade organizada, que prioriza a racionalidade, a estrutura e a eficiência. Ademais, essa imagem atribuída ao gerente coaduna com uma simbologia de *status*, que muitas vezes é afirmada pelo imaginário popular, onde o gerente assume a função de que lhe conferem poder e superioridade.

O cotidiano de trabalho dos gerentes de nível local remete a situações de ambiguidade, impostas à imagem do gerente, ora como bruxa, ora como anjo.

Tem gente que me vê como bruxa. Quando não resolve o caso dele, é a bruxa, né? Agora quando resolve, é um santo. Quando a gente dá conta a gente resolve, resolve o que está na governabilidade da gente, né? (GL05)



*Às vezes é a bruxa. Tem vez que a gente tem que brigar, então às vezes é a bruxa. Eu acho que as pessoas me veem como uma bruxa, mas não me sinto assim. Faço o meu trabalho, faço o que tem que ser feito. Faço o máximo possível para fazer tudo dentro da lei, das diretrizes, e do que me é proposto. (GL11)*

A imagem de bruxa atribuída ao gerente se refere à insatisfação do indivíduo, trabalhador ou usuário, com relação a alguma atitude do gerente. Por vezes, o gerente é mal visto pelo funcionário, quando não atende às suas expectativas, quando não faz concessões, quando pune por algum motivo. Em contrapartida, o funcionário e o usuário, quando têm suas demandas atendidas pelo gerente, o consideram um anjo, e não mais como bruxo.



*Tem dia que é o anjinho. Tem dia que ele [funcionário] te pede uma folga e ele pode tirar a folga, aí você é um anjo. (GL11)*

Outra imagem atribuída ao gerente e também reconhecida por eles próprios, é a figura do louco.



*É uma loucura nossa vida. Tem dia que minha vida parece uma loucura. (GL11)*

O louco representa às vezes a fama que a gente sai daqui. (...) Às vezes como a Mônica, dando coelhada em todo mundo. (GL01)

O cotidiano de trabalho do gerente local que atua nas UAPS investigadas é permeado pelo excesso de atividades e de demandas a serem atendidas. Assim, em seus depoimentos, os gerentes se referem à correria do dia a dia, às constantes interrupções, à dor de cabeça causada pelo serviço em determinadas ocasiões, e pelos motivos mencionados são considerados loucos. Para esses profissionais é uma loucura diária a realização do trabalho gerencial.

Soma-se à realidade do gerente, a sensação que seu cotidiano de trabalho é preenchido por um contínuo “apagar de incêndio”. Assim, os gerentes de nível central e local afirmam que sua prática profissional é invadida por questões emergenciais não planejadas.



*Aqui o que bate na gente toda hora é apagar incêndio. A gente está aqui para apagar incêndio, porque tem incêndio toda hora. Tem hora que a gente está aqui tranquila, e tem gente que chega e fala que isso é para ontem. (GC01)*

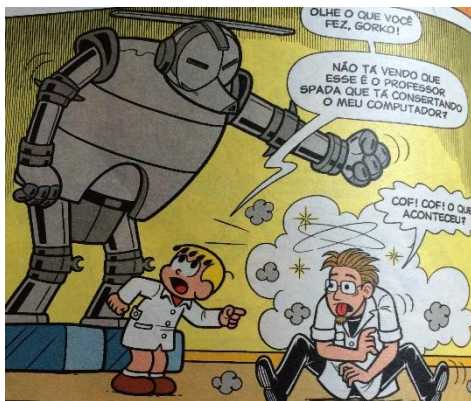
Normalmente a gerência aqui na unidade, fica muito em torno das questões burocráticas, e de apagar fogo. A gente saiu de uma gerência muito complicada, quando entrei aqui para gerenciar a unidade, no início de 2013 (...). O dia a dia da gente é basicamente esse, de estar resolvendo os problemas tanto administrativos, quanto tentando dar um rumo para o atendimento, colocar os processos de trabalho em funcionamento da forma que o modelo exige. Aí a gente esbarra nesses pequenos problemas, que são muitos. O dia a dia da gente basicamente é apagar fogo de conflitos, tanto com o usuário quanto com os profissionais. (GL01)

Os gerentes se ocupam, na maior parte do tempo, da resolução de problemas, os chamados “incêndios”, em vez de se dedicarem às atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde. Tal situação reflete as dificuldades com planejamento das ações cotidianas, e à vinculação dos gerentes às atividades emergenciais e à busca por resultados de curto prazo (CECÍLIO; MENDES, 2004; JUNQUILHO, 2005).

Essa imagem do gerente é reafirmada por outras categorias profissionais que atuam na APS, e é atribuída a um constante tafismo, pois esses profissionais se organizam para

resolução de demandas imediatas, sejam elas correspondentes ao desenvolvimento do seu trabalho, de atribuições de outros profissionais de sua equipe, da gestão municipal ou até mesmo do paciente, em detrimento do planejamento de suas ações (VILELA, 2014).

Para suportar a rotina de trabalho, a ‘loucura’ considerada no cotidiano do gerente com seus ‘incêndios para apagar’, os problemas a serem resolvidos, os conflitos e dilemas de sua prática profissional, os gerentes se comparam à uma máquina de ferro.



*O gerente se sente assim, uma máquina de ferro. Porque o gerente não pode se sentir mal, não pode ficar doente. O gerente tem que ser forte o tempo todo. Tem que ser forte, porque é muita pancada que vem. Porque realmente tudo é o gerente. (GL06)*

Tem dia que a gente chega aqui e tem que vestir uma carapuça que você está bem, mas não está bem. (GL07)

De acordo com esses relatos, o gerente tem que se despir dos problemas ao chegar no ambiente de trabalho e se proteger com a armadura de ferro. Metaforicamente, o gerente tem que ser um homem de ferro para suportar os problemas e as cobranças. Além disso, precisa estar sempre bem e permanecer no serviço ainda que não esteja fisicamente e psicologicamente em condições satisfatórias, pois tem que ser forte e suportar tudo.

Diante disso, percebe-se que o cotidiano do gerente é marcado por altos e baixos e por simbologias ambíguas. Esses profissionais são metaforicamente considerados anjos, mas por outro lado são bruxos; são um exemplo a ser seguido, porém também loucos; reinventam o trabalho no seu dia a dia, mas apagam muitos incêndios; são vistos como fortes, munidos por sua armadura de ferro, mas se sentem fragilizados por isso.

Assim, GL11 reforça essa peculiaridade do trabalho gerencial, contextualizando seu trabalho como uma roda gigante:

A vida do gerente é uma roda gigante. Tem dia que está lá em cima, os funcionários estão todos belezinhas, estão fazendo tudo bonitinho. Mas tem dia que está lá em baixo, aí o funcionário está doente, e outro está

de férias, e aí tem isso para a gente fazer até tal dia. Meu Deus do céu! Aí vem a dor de cabeça, aí a roda gigante está passando lá em baixo. **(GL11)**

Para GL11, seu dia a dia de trabalho é assim, cercado de momentos bons e outros nem tanto. Um dia a sua roda gigante está no auge, lá em cima, onde tudo acontece de uma forma tranquila, sem maiores problemas, porém em outros momentos a roda gigante, ou roda da vida, está lá em baixo e está tudo um caos.

Embora o exercício da função gerencial seja permeado por simbologias negativas, quando questionados sobre o significado do trabalho gerencial, emergiram situações positivas também, como relatado por gerentes locais e de nível central. A condição de ajudar foi uma delas:

Gosto realmente dessa área, ajudei a ajudar muitas pessoas, fazendo um bom trabalho no SUS. Quando a gente consegue colocar uma unidade dessas para funcionar, igual temos aí, mantê-la funcionando, vai racionalizando, e você não deixa que essa unidade venha sucumbir. Muitas pessoas são salvas, muitas pessoas que têm sua qualidade de vida melhorada ou prolongada por causa de um bom trabalho no SUS, um bom trabalho na gestão. (...) Tive a oportunidade de ajudar muitas pessoas, e ainda posso ajudar nos dias de hoje. **(GC03)**

Uma parte que eu gosto muito é de conversar com as pessoas e tentar ajudar o próximo. É tentar resolver, tentar minimizar o sofrimento das pessoas. **(GL10)**

Em consonância a este estudo, Caram (2013) aponta que os profissionais de saúde consideram inerentes ao seu trabalho o ato de cuidar e ajudar ao próximo. Os profissionais são os produtores de um cuidado acolhedor, o que implica em se doar e ajudar aos que necessitam de apoio. Sobretudo esses atos causam satisfação e realização no trabalho.

O gerente compreende que sua prática profissional lhe permite uma condição de superioridade quando se trata de ajudar as pessoas. Suas atitudes e as decisões tomadas possuem potencial para intervir na condição de saúde/doença da população.

A gerência ainda tem uma condição maior de fazer o máximo para de fato promover o bem-estar de quem nos procura, do nosso próximo. **(GL02)**

A parte que mais gosto, é quando chega o problema para mim do usuário e aí a gente consegue resolver, que consigo dar uma solução para o problema dele, entendeu? Isso para mim é gratificante. **(GL11)**

Hoje tenho uma condição boa de atender a população. Tenho essa flexibilidade, que você tem o poder de estar resolvendo a demanda do povo. **(GL03)**

A motivação desses profissionais e sua realização no cotidiano de trabalho fica por conta da capacidade que lhes são conferidos em ajudar, proporcionar uma melhor assistência e qualidade de vida para os usuários que buscam aquele serviço (BARRETÔ *et al.* 2010).

Como ato de pertença (BRITO, 2004; DUBAR, 2005), os gerentes significam seu trabalho como líder, motivador, interlocutor e mediador de conflitos.

O gerente tem que ser uma liderança. Conseguir trabalhar a comunidade. O papel mesmo de ser gerente é ser essa pessoa de liderança, ter capacidade de comunicar, dialogar, entender e explicar. O gerente tem que assumir esse papel de liderança mesmo, se ele não tiver, não consegue ser gerente. **(GL06)**

É motivar as pessoas para ver se elas deixam de sonegar potencial. Porque às vezes a gente vê que as pessoas se cansam, se frustram com algumas coisas e sonegam potencial que poderiam estar utilizando para agregar valor para a população. **(GC04)**

É estar sendo um elo que apoia. Cada área dessa tem um diretor, tem um gerente, né? Mas sou um elo que dá um apoio para eles, que ajuda a rodar essas áreas. **(GC03)**

Ser gerente para mim é mediar conflitos. Mediador, porque você resolve conflitos, você tem que melhorar as relações interpessoais, tem que melhorar a situação problema. **(GL08)**

Esses gerentes consideram seu trabalho marcado por competências e habilidades que lhe conferem a liderança. Assim, se consideram figuras-chave na organização, formando e mantendo contato entre os atores sociais, com capacidade de comunicação, de serem mediadores de conflitos e elo de ligação entre os serviços da rede de atenção à saúde (DAVEL; MELO, 2005; FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

O gerente desempenha papel fundamental no processo de mediar conflitos, principalmente se portando como referência para sua equipe, promovendo alterações no modo

de agir dos indivíduos e negociando com os mesmos (CIAMPONE; KURCGANT, 2012; SILVA; DINIZ; ROSA, 2012). Desse modo, na medida em que o gerente passa a considerar os profissionais de sua equipe protagonistas no ambiente de trabalho, estará motivando e estimulando-os a aperfeiçoarem sua prática profissional (OLIVEIRA *et al.* 2012).

No cotidiano de serviço, os gerentes encaram o exercício da sua função como um grande desafio. São desafiados a auxiliar usuários e funcionários na resolução de suas demandas e a minimizar o sofrimento relacionado à condição saúde-doença ou às condições de trabalho. Nesse contexto, necessário se faz reconhecer as particularidades dos serviços e a subjetividade das pessoas que produzem e consomem os serviços de saúde.

Desafio. Para mim é um desafio imenso. E não é um desafio que comecei, vou seguir aquele rumo ali, e vou daqui a pouco estar craque nisso. Não! É um desafio diário. Como dizia minha mãe, é um leão por dia que você tem que matar. (GL01)

Para mim foi um desafio quando peguei esse cargo. Não era algo que almejava, porque acho um desafio muito grande. (GL10)

Significa um desafio. Mas se não gostasse da saúde pública, não estaria aqui. Estou em uma coordenação muito extensa de unidades, cada uma diferente da outra. Das 34 unidades que coordenamos, cada região é de um jeito. E isso significa que tem que ter um olhar diferenciado, mas ao mesmo tempo tem que ser equânime, para que a gente faça uma saúde e que consiga os indicadores de resultados. Significa um desafio tão grande e que tenho que colocar a minha energia aqui. É um desafio, mas é prazeroso. (GC02)

O trabalho gerencial é considerado um desafio pelos gerentes entrevistados no presente estudo, o que também ocorreu em estudo de Soares e Melo (2009), onde os desafios ficam a cargo das perspectivas técnica (manter recursos financeiros e humanos; burocracia), política (questões políticas; jogo de interesse; falta de comprometimento dos funcionários), crítica (assistencialismo) e praxeológica (vencer desafios diários – “*é um leão por dia que você tem que matar*” [GL01]). Também na perspectiva praxeológica, o exercício gerencial é considerado pelo gerente de nível central como um trabalho de formiguinha, que exige da sua parte superar gradativamente os desafios, e a longo prazo, com muita persistência e determinação colher os frutos desse trabalho.

E uma vez sendo a realização do trabalho gerencial um desafio, os profissionais reconhecem a necessidade de ter coragem e sabedoria para realizar suas atividades cotidianas.

Coragem. Mediante toda situação que a gente vive, pois aqui é uma área de grande vulnerabilidade. Temos área de invasão, área de muito tráfico, de muita droga, sabe? Então às vezes a gente está aqui, e o rapaz está lá fora aguardando você para atender, e você tem que atender, porque ele é o dono da boca. É o médico que sai daqui e vai lá na área atender, aí tem a preocupação, você está vendo o médico correr risco, e você tem que deixar o médico ir lá atender. Coragem! Tem que ter coragem. **(GL03)**

Muita sabedoria, muita paciência e sabedoria. Já tive muitos momentos de querer ‘chutar o balde’. Tem muito problema, então você tem que ter muita calma, paciência e sabedoria. Sabedoria para trabalhar com o usuário, com o funcionário, e com você mesmo. E gostar do que você faz. **(GL06)**

Tem que ter sabedoria para saber ouvir e tomar decisão que vá ao encontro do que a população está pedindo. A busca da satisfação do usuário é muito importante. **(GC04)**

Face às dificuldades e desafios enfrentados pelos gerentes, os mesmos consideram que seu trabalho lhes exigem coragem, e acima de tudo sabedoria. Coragem para enfrentar os perigos impostos à profissão, como exemplificado no risco que um profissional de saúde enfrenta no atendimento a um paciente chefe do tráfico de drogas. E sabedoria para enfrentar esses problemas, para lidar bem com as exigências da população e dos funcionários e para manter a calma diante de uma situação conflituosa.

Sobretudo, os gerentes atribuem como significado do seu trabalho o comprometimento e responsabilidade que lhe são conferidos.

Comprometimento, que eu acho que tenho com a comunidade, e com os profissionais envolvidos no processo de trabalho. **(GL09)**

É muita responsabilidade que temos. De manter o atendimento mesmo, de tudo, a responsabilidade inteira na suas costas. **(GL03)**

É uma responsabilidade muito grande. É uma responsabilidade que às vezes não é muito agradável, né? Porque tem a parte de chamar atenção de funcionário e ele não aceita, é questão de horário, é questão de falta. **(GL12)**

Responsabilidade. Você é responsável por tudo, pelas pessoas, é ter o direito de mudar ou não a situação de uma pessoa, ou de muitas pessoas. Então ser gestor principalmente é ter responsabilidade. **(GC01)**

Os gerentes se reconhecem como profissionais comprometidos com seu trabalho, estando envolvidos na ajuda à comunidade e à sua equipe na solução de problemas e na realização de ações de saúde. São responsáveis pelo funcionamento do serviço, pela gestão de pessoas, responsáveis pela condição de saúde da população, uma vez que, ao produzirem um serviço têm a capacidade de implicar na situação de vida das pessoas e de suas famílias. Peduzzi e colaboradores (2011), destacam como imprescindível no trabalho de uma equipe o compromisso assumido pelos profissionais com o serviço prestado. Sá e Azevedo (2010) salientam que a maior responsabilidade na gestão do serviço de saúde e essência do cuidado é o profissional se colocar na posição de responsável para com o próximo.

Além desses significados, GL01 considera o exercício da sua função uma capacidade de organização do serviço, e diferentemente do que as pessoas pensam, ele não considera o ‘poder’ como o significado do trabalho gerencial.

O que significa ser gerente? Para mim não significa poder, não significa nada de grandeza não. Acho que é um trabalho que todo mundo tinha que fazer, inclusive para dar valor. Acho que todo funcionário de carreira tinha que passar um dia pela gerência para saber o que é a gerência. Porque enquanto a gente está sendo gerenciado, a gente tem uma visão muito diferente do que é gerenciar uma unidade. **(GL01)**

Essa declaração traz a referência do que normalmente as outras pessoas, sejam elas os trabalhadores ou usuários, pensam a respeito do significado de ser gerente. Para esses indivíduos o trabalho gerencial permeia o poder, o *status* de ser gerente, porém para o próprio gerente essa visão é contrária, uma vez que ele não se reconhece como o detentor do poder exclusivo.

Partindo da discussão sobre o que as pessoas que não se encontram no exercício da função gerencial pensam a respeito dessa prática profissional, alguns relatos reforçam a necessidade de diferenciação entre o ser e o ter um gerente.

Trabalho muito mais, porque você quer ver o serviço andar, você quer ver as coisas acontecendo. É muito diferente do que aquilo que a gente realmente imagina ser gerente. **(GL04)**

Tenho 20 anos de rede, 20 anos que estou trabalhando na saúde, mas é totalmente diferente. Muitas vezes nos órgãos que trabalhava ficava sempre na gerência, mas tinha meu gerente. Fazia as coisas, mas tinha quem respondia pelo que fazia. **(GL07)**

Quando me dispus a ser gerente não sabia da dificuldade que era. (...) Porque antes pensava só como funcionário, né? Agora, aí que a gente vai ver o lado do outro, aí você vê que não era fácil para o gerente também. É muito difícil. **(GL11)**

Essas declarações intensificam a necessidade de entendimento por parte dos não gerentes e dos profissionais que acabaram de fazer parte dessa profissão, de que essa prática é permeada por dificuldades. Contrariamente àquilo que as pessoas consideram exclusivamente como facilidade e que não tem um trabalho intenso, os relatos revelam um cotidiano com excesso de atividades, decisões e problemas a resolver.

Para alguns gerentes, sua prática profissional, apesar das dificuldades e do não reconhecimento por parte de outros, lhes proporciona satisfação e significa a realização de um sonho.

É um trabalho muito difícil, né? Às vezes muitas coisas não estão nas nossas mãos para resolver. Mas é gratificante ver as equipes funcionando, vê as coisas mudando e a comunidade acompanhando. No início a gente tem muita dificuldade, tem muita resistência, né? Mas depois a gente vai vendo que vale a pena, porque cada dia a gente está desenvolvendo um trabalho para a melhora do paciente. **(GL05)**

Eu tenho uma satisfação muito grande em ser gerente (...), satisfação também de ver o crescimento. **(GL03)**

Ser gerente representa na verdade realização de um sonho. Quando você consegue trabalhar isso, e de certa forma consegue essa harmonia, me sinto muito realizado. **(GC01)**

A satisfação do gerente na execução do seu trabalho é expressa nas falas e nas atitudes desses profissionais ao reconhecerem a importância de seu trabalho para o serviço, para sua equipe, e usuários que buscam atendimento, e veem suas demandas sendo resolvidas, apesar das dificuldades. Sentimentos como satisfação, gratidão, realização de um sonho em desenvolver seu trabalho, exprimem a realização tanto pessoal e quanto profissional dos gerentes.

#### 4.6 Processo decisório e a governança da Atenção Primária à Saúde de Betim

A tomada de decisão é inerente a qualquer tipo de trabalho sendo, portanto, atribuída também à atividade da função gerencial nos serviços de saúde (EDUARDO *et al.* 2015). Os gerentes trabalham essencialmente na decisão, são detentores do controle sobre as arenas políticas que estão inseridos, operam os recursos e são uns dos atores que dão direção e sentido para as organizações sob seu comando (MERHY, 2013; MOTTA, 1993).

Além disso, os gerentes são peças-chave no cotidiano de trabalho, atuam na formação, definem as informações e a dinâmica de trabalho, negociam, inovam, planejam, e tentam conter os problemas do cotidiano do serviço (DAVEL; MELO, 2005).

Para Motta (1993) a gerência é uma arte, arte de pensar, de decidir, e de agir. Assim, o gerente é o ator que vai em busca de resultados, ora esses resultados podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, em outros momentos a gestão se torna imprevisível, movidas por ações intuitivas, emocionais e de cunho irracional.

Nesse contexto, o processo decisório do gerente nos serviços de saúde é de suma importância e requer muita responsabilidade, haja vista que se está lidando com vidas. As decisões, uma vez tomadas, impactam no atendimento e condição de saúde-doença do usuário que busca aquele serviço, impactam na organização do trabalho e, sobretudo, na forma como os gerentes conduzem o serviço.

Você está tratando de vidas, né? De pessoas, de história, de sentimento, de humanidade. Então é muito complicado e complexo para gente saber que uma decisão que você toma aqui, certamente vai interferir na vida de um outro, que você talvez nunca vai conhecer. **(GC01)**

Eu estou lidando aqui com vida. Apesar que o nosso serviço aqui é administrativo, assim, na parte administrativa da saúde. Mas tudo que a gente faz aqui impacta lá no atendimento. **(GC02)**

O aspecto ampliativo da tomada de decisão é o fato de uma decisão bem tomada, bem pensada poder impactar positivamente na vida das pessoas. Poder incorporar tecnologias, tanto tecnologias leves, processo de trabalho, quanto gestão, melhoria da gestão. **(GC04)**

A tomada de decisão pode impactar positivamente no serviço de saúde, pode ser um instrumento capaz de modificar uma situação, proporcionar melhoria na vida das pessoas, no trabalho e na gestão do serviço. De acordo com Kleba, Zampiron e Comerlatto (2015), o

processo decisório na gestão de políticas públicas impacta, tanto no sentido quantitativo, quanto qualitativo na vida de uma população.

Diante das responsabilidades e consequências da decisão gerencial nos serviços de saúde, o gestor busca, no cotidiano de trabalho, a capacidade de respostas ágeis para suprir as necessidades do paciente.



*Essa figura aqui representa um pouco a gente. É uma correria danada e o paciente não pode esperar, né? Porque tem coisa como exames, como cirurgia, que é coisa muito rápida, né? Às vezes, dependendo, o paciente faleceu esperando uma consulta sabe. Isso representa um pouco que a gente tem que ser rápida na decisão, nas coisas que a gente vai fazer para o paciente. (GL12)*

Devido às condições de trabalho, ao excesso de atividades, de demandas a resolver, e à falta de governabilidade em certas situações, o gerente nem sempre consegue atender às solicitações a tempo, o que pode acarretar prejuízos ao paciente. Tal situação reflete uma realidade do serviço público de saúde e faz inferência à morosidade e excesso de burocracia presente nesse ambiente.

Há também que se chamar a atenção para a particularidade do trabalho gerencial no qual decisões que não são previsíveis levem o gerente a agir segundo sua intuição e tomando decisões emergenciais (MOTTA, 1993). Dessa forma, a tomada de decisão, muitas vezes, acontece concomitantemente ao surgimento de problemas, levando a soluções decorrentes de ações e de decisões imediatistas (ALMEIDA *et al.* 2011).

Apesar de em alguns momentos o gerente primar por decisões imediatistas, em outras situações o processo decisório não deve ser precipitado. Assim, a decisão deve ser pensada e discutida com cautela sendo necessário rever e avaliar as situações, para posteriormente implementar a decisão.

Nunca tomo a decisão sem pensar muito. Tem decisões que você tem que ser rápida, mas você não pode tomar uma decisão incorreta naquele momento, ou se tomar você tem que imediatamente voltar atrás. (GL01)

Não tomo decisões precipitadas. Dependendo do fato que acontece, seja com o trabalhador, ou com o usuário, sempre chamo para conversar primeiro. Nunca tomo uma decisão precipitada para falar assim 'sou o gerente, a resposta final é minha'. Lógico que ela tem que ser quando você não consegue resolver a situação, né? Aí, infelizmente, você tem que impor seu papel gerencial, 'é isso e pronto'. **(GL07)**

Tem caso que dá para fazer na hora, mas tem casos que você tem que esperar um pouco, rever e avaliar situações. **(GL06)**

Conforme retratado pelos gerentes, mencionado por Motta e Vasconcelos (2015), é necessário, durante o processo decisório, a identificação e definição dos problemas, a elaboração das soluções, a comparação das alternativas e busca daquela que melhor atenda as demandas e, posteriormente, implementação da ação. No entanto, a despeito de o gerente reconhecer a importância deste processo, na prática, o tempo para tomar a decisão é limitado, como foi referido por GL12 na técnica do Gibi.

O diálogo é apontado pelos gerentes como importante estratégia na tomada de decisão. Em situações nas quais o gerente tem que advertir ou impor ações para algum funcionário, ele prioriza a conversa e procura ouvir as pessoas envolvidas para, posteriormente, tomar a decisão.

Procuro ouvir sempre as duas partes para tomar a decisão. (...) Meu ponto de ética mais importante é sempre o diálogo. Antes de chamar a atenção de alguém ou de impor alguma coisa para fazer, prefiro conversar primeiro, ver a realidade do que está acontecendo, para depois tentar tomar uma decisão em conjunto. **(GL09)**

Muitas vezes a gente tem que tomar a decisão de chamar a atenção e de dar advertência, mas gosto primeiro do diálogo. O diálogo está antes de qualquer coisa. **(GL10)**

Eu penso muito, olho os dados, converso muito primeiro. O diálogo acho fundamental (...). Você tomou aquela decisão mas sempre primando pelo diálogo. **(GC01)**

A comunicação é utilizada pelo gerente para reduzir conflitos e atenuar esforços. Além disso, é por meio do diálogo que se tem a oportunidade de expressar diferentes pontos de vistas sobre a mesma situação e, assim, facilitar a compreensão da realidade por parte do gerente (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011; PENNA *et al.* 2004). Contudo, o gerente deveria utilizar da estratégia do diálogo, não somente na perspectiva de tomar uma decisão perante a um conflito, ou uma situação em que tenha que punir o funcionário, mas também com

a intenção de proporcionar uma conversa compartilhada e discussão com a equipe de trabalho a fim de chegar a possíveis consensos e projetos comuns para a tomada de decisão.

Segundo Soares e Raupp (2009), a qualificação da comunicação é importante para se construir a práxis coletiva, na medida em que a equipe expõe suas ideias, problematizam soluções diferenciadas, busquem consensos, a tomada de decisão passa a ser mais apropriada e a implementação de ações e estratégias para o serviço é compartilhada com outros atores.

O gerente embasa suas decisões em normas, decretos, leis, dentre outros instrumentos que possam o conduzir a um resultado efetivo e tomam decisões tecnicamente argumentadas, pautadas por informações e dados fidedignos.

Levo em consideração aquilo que está dentro de um protocolo, uma portaria, um decreto (...). As minhas atribuições sei muito bem quais são, e tento praticá-las dentro de princípios, regras, leis, normas e diretrizes. Porque assim você consegue mostrar para a equipe que quem está tomando uma decisão ali é o gerente. Tomo minhas decisões naquilo que está evidente, que está legalizado, e tomo as decisões dentro do que requer uma moral, uma ética (...). Não faço nada da minha cabeça, aquela prática do achismo. **(GL08)**

Não tomo decisão sem estar realmente certa e tecnicamente argumentada. Aqui é muito técnico, não posso tomar decisão baseada em “acho”. (...) Não tomo uma decisão intuitiva. Procuro saber qual é o contexto, verifico e tomo a decisão. **(GC02)**

Segurança da tomada de decisão só virá se a gente tiver dados, tiver informação para realmente embasar a decisão. A decisão ser uma decisão não na base da ‘achiometria’, mas na base de medidas fidedignas, para a busca de resultados. **(GC04)**

A tomada de decisão reflete o desempenho do gerente e, conseqüentemente, o andamento do serviço. Diante disso, o gerente se baseia na análise do problema durante o processo decisório, por meio de informações precisas e confiáveis para ter maior segurança e aumentar a possibilidade de uma decisão mais assertiva (PINHEIRO, 2009). A utilização de informações de qualidade e em tempo hábil, baseadas em dados e indicadores epidemiológicos que retratam a realidade sanitária, são importantíssimos para a organização do trabalho, podem subsidiar a tomada de decisão, planejamento e avaliação das ações em saúde (SANTOS *et al.* 2011; SENNA; ANDRADE, 2015; TANAKA; TAMAKI, 2012).

Embora as informações, os relatórios, e demais ferramentas utilizadas pelos gerentes para tomar suas decisões sejam de suma importância e capazes de conferir maior segurança

nesse processo, a tomada de decisão gerencial deve ser considerada para além de seu aspecto técnico e racional, haja vista que envolve aspectos subjetivos que permeiam as relações entre os indivíduos. Os gerentes consideram em suas decisões não somente os dados técnicos, como as informações de saúde, indicadores, relatórios, como também se apropriam da intuição, emoção, e vocação para gerenciar.

Tomar decisão não é só ter um relatório, um BI [ferramenta de *Business Intelligence*]. Tem um aspecto aí que vem do coração, da vocação, do controle emocional, porque senão você colocaria um robô, um computador aqui, que era só você jogar as fórmulas e ele te dava a decisão. Não é assim. Por isso tem o gestor. A decisão é humanizada, tem que ser tomada por gente de carne e osso. Então considero que além das ferramentas, dos roteiros, dos relatórios, nós que estamos responsáveis por tomar as decisões. **(GC03)**

De acordo com GC03, as decisões gerenciais não são puramente racionais, e sim permeadas por dualidade e contradições inerentes à sua prática profissional. Os gerentes agem entre o formalismo, razão e emoção (JUNQUILHO, 2005), entre o racional e o intuitivo (MOTTA, 1993).

O processo decisório é complexo, podendo ser embasado em análises técnicas, ou escolhas racionais feitas pelo gerente, mas também deve ser levada em consideração à subjetividade dos agentes envolvidos na decisão, pois, ao mesmo tempo em que agem sobre normas, padrões legitimados, possuem certa autonomia para (re)construir modelos no contexto do trabalho e utilizam seu conhecimento adquirido, experiências de vida e suas percepções do problema, para tomar a decisão (MERHY, 2013; TANAKA; TAMAKI, 2012).

Além disso, os gerentes ressaltam a importância de considerar os princípios éticos para tomar decisões e pautar sua prática profissional, uma vez que as consequências das decisões gerenciais podem ser desastrosas para o serviço, para indivíduos e para a coletividade.

Sobre tomada de decisão, aqui a gente exerce um poder. Tenho uma caneta aqui que se demorar a ser usada, alguém pode morrer por negligência, ou o exagero da minha caneta pode prejudicar as pessoas. Se eu quiser direcionar a caneta para um aspecto egoístico vai prejudicar o coletivo. (...) Pelo fato dele [gerente] estar aqui com o controle da máquina nas mãos, ele está exercendo um poder muito grande, se ele não for ético, não for moral, se não tiver um roteiro para seguir, pode fazer um estrago muito grande. Pode utilizar essa máquina única e exclusivamente para atender a um interesse egoísta ou singular e prejudicar a muitos. **(GC03)**

O gerente de nível central, reforça que se o gerente não for ético e moral, suas decisões podem provocar prejuízos incomensuráveis para o paciente, pois uma decisão mal tomada, ou que atenda um interesse pessoal em detrimento do coletivo, tem implicações negativas no serviço. Portanto, o comportamento do gestor no cotidiano de trabalho requer uma preocupação com os princípios éticos que não prejudiquem os pacientes, tragam benefícios e que preservem o sigilo profissional.

Tudo que a gente tem que fazer, mesmo fora do trabalho, é levar em conta os aspectos éticos. Me preocupo muito com isso. Então olho se aquilo que estou fazendo não vai prejudicar ninguém. A gente discutiu muito lá com a diretoria: ‘olha você está pedindo isso, mas isso não pode ser dessa forma, isso vai prejudicar a pessoa’. (...) Vou muito pelo, assim: ‘Não vai prejudicar ninguém? Vai ter algum benefício? Vai causar algum impacto lá na frente? Que impacto vai causar?’ Toda decisão tem que ser pautada pela ética, não pode ser de outra forma.  
**(GL01)**

O princípio da legalidade, né? O princípio da não maleficência. Tento em todas as minhas atribuições e atitudes não praticar o mal para o próximo. E trazer o benefício. Se trago o bem para o próximo, estou desenvolvendo um bom trabalho e vou ser reconhecido por isso. E o sigilo profissional, porque o gerente adquire informações muito precisas e muito particulares, às vezes do usuário, do próprio servidor, e do próprio gestor de nível central. Informações que não podem vazarem.  
**(GL08)**

Para Mascarenhas e Rosa (2010), o processo decisório nos serviços de saúde é direcionado por valores, experiências de vida dos profissionais, e sobretudo por princípios morais e éticos. Dessa forma, os gerentes locais GL01 e GL08 expressam a preocupação em direcionar a sua prática profissional pautada no princípio da beneficência, que pressupõe atender aos interesses dos indivíduos, evitando danos, diminuindo os riscos e aumentando os benefícios ao paciente e na não maleficência que, por sua vez, implica em não fazer o mal sobre qualquer hipótese (COSTA *et al.* 2016).

Nesse contexto, o cotidiano de trabalho do gerente, é permeado por constantes situações que lhe exigem tomar decisões. Algumas dessas decisões são difíceis, consideradas radicais, como transferência de um profissional de um local de trabalho para outro; chamar a atenção do profissional perante alguma situação que o gerente julga estar errada; confrontar o funcionário para que seu plano de ação passa a funcionar corretamente. Assim, os gerentes locais mantêm uma postura considerada, por ele próprio, como de “pulso firme”.

Às vezes, a gente tem que tomar decisões muito radicais sim, de troca de funcionários de local para resolver um problema. Às vezes chamar o funcionário para falar: ‘olha você está fazendo errado’, e até bater de frente com funcionário. Às vezes falar firme para a gente conseguir botar um plano de ação para funcionar. **(GL01)**

Sou uma pessoa de postura, de pulso muito forte. (...) Sou pulso firme com eles [profissionais], e eles sabem, tanto é que me respeitam muito. Qualquer coisa que tem que ser feito eles vêm e me comunicam. **(GL06)**

A postura relatada por GL06, imprime um relacionamento com sua equipe de trabalho de hierarquia e certo autoritarismo, assim como, mantém a subordinação dos funcionários perante suas decisões, tendo em vista que tudo que a equipe vai fazer é reportado ao gerente primeiramente para que haja sua autorização. Há que se destacar que esses achados remetem ao estudo de Oliveira e colaboradores (2012), e vão na contramão de uma atuação mais democrática dos profissionais.

O gerente local procura reunir a equipe de trabalho para conversar, traçar estratégias para resolver algum problema e para tomar as decisões em conjunto. No entanto, em determinadas situações, toma decisões de forma impositiva. Dessa forma, este profissional acaba por manter uma relação de autoridade com sua equipe, e faz com que sua decisão prevaleça perante a opinião de sua equipe.

Sempre tentamos sentar, conversar, traçar uma melhor estratégia para que a gente possa resolver um problema que existe ou que futuramente possa existir. Todas as decisões que tomo na unidade de saúde são junto com a equipe. Lógico que tem hora que tenho que impor, né? Às vezes penso de uma maneira e a equipe pensa de outra. A maneira que a equipe quer fazer o atendimento às vezes não é a mais adequada, então a gente tenta fazer de outra maneira para tentar se adequar. **(GL09)**

Por vezes, a ação do gerente se dá em defesa de seus próprios interesses e de resultados que procuram alcançar na execução do trabalho, para isso, acabam exercendo influência e tentando persuadir sua equipe, em função das suas decisões serem contrárias à opinião dos demais (PEDUZZI *et al.* 2011).

Outros gerentes de nível local também mantêm uma postura autoritária com sua equipe de trabalho, mesmo ressaltando a importância de reunir toda a equipe para ouvir e discutir sobre a decisão a ser tomada. E assim, reforçam um comportamento autocrático, ao decidirem sozinhos e executar sua decisão sem o consentimento dos demais membros da equipe.

O que acho correto quando vou tomar uma decisão é chamar a equipe toda, passo o que tenho que passar. Tomei uma decisão, vai ser isso, uns ficam com raiva, outros não aceitam, mas acaba relevando, sabe? Tem que ser mais dura naquilo que você opta, porque você vê que é uma coisa boa para o profissional e também para a população. **(GL12)**

GL12 afirma ter que ser mais dura ao tomar uma decisão e justifica essa atitude em benefício da equipe de trabalho e população. Mas, diante dessa situação, os profissionais têm reações de raiva e resistência, o que segundo Santos e colaboradores (2011), acaba provocando falhas no processo de execução da decisão, devido à baixa adesão dos profissionais, e consequências a longo prazo como pouca ou nenhuma melhora dos indicadores de saúde.

Como ressaltado, os gerentes local tomam decisões impositivas, de cunho autoritário e também de forma verticalizada e centralizadora como é possível perceber nas declarações abaixo:

Tem hora que tenho que tomar a decisão aqui e falar: 'vai ter que fazer assim'. Tenho que tomar decisão sozinha e depois só comunicar. Não deu tempo de comunicar, então vai ser assim. (...) Agora mesmo, essa mudança de prontuário, tem gente que fala assim: 'Não concordo com isso'. Mas não é a hora de perguntar se vocês concordam ou não, é para fazer, né? Então tem coisa que não tem como a gente discutir (...) a gente só vai saber se deu certo depois. Agora, como fazer, aí sim! A gente discute, vê a melhor forma, gosto de ouvir cada um, aceito sugestão de todo mundo. **(GL05)**

Mas aqui dentro da unidade, sou eu só. Não tem outra pessoa que divide isso comigo não. (...) A decisão é só minha. **(GL11)**

No que concerne à hierarquia entre gerente local e trabalhadores, cabe salientar que o primeiro toma decisões de forma verticalizada, ancorado pela autoridade legal-formal, que o possibilita agir influenciado por uma linha de mando topo-base (CECÍLIO, 2010). Além disso, percebe-se que os valores presentes na cultura organizacional, são desencadeados por relações hierárquicas, por atuação profissional individualizada e com pouca participação direta e compartilhamento entre atores relevantes nesse processo, como os profissionais e sobretudo usuários do serviço (PEDUZZI *et al.* 2011; SANTOS *et al.* 2015).

No processo de tomada de decisão, o gerente reafirma a existência de níveis decisórios em algumas situações. Os participantes apontam que em determinados momentos se veem

impossibilitados de agir, e com isso em uma escala hierárquica o seu superior é quem dispõe de condições para assim fazê-lo.

Estou falando em nível estratégico, porque com 6600 pessoas todo mundo toma decisão, né? A enfermeira que está uma hora dessa no plantão está lá tomando decisões. É lógico que quando extrapola o nível de decisão dela, ela passa para o gerente. (...) Cada unidade, para sobreviver, tem que ter o tomador de decisão, como nas unidades básicas de saúde, que são 34, cada uma tem seus gerentes. Eles estão lá tomando as suas decisões rotineiras, mas extrapolou o nível, eles vêm trazer para nossa diretora operacional de saúde. **(GC03)**

Não tomo uma decisão nesse nível, de controle social, a decisão é conjunta. Agora, uma decisão de compra de equipamento, por exemplo, em uma unidade que vai inaugurar, aí a decisão é nossa. Se vai construir uma unidade de saúde, foi uma decisão nossa junto com o secretário e o conselho que estava na conferência. Acho que esse é o diferencial do controle social do SUS, né? Não tomo nenhuma decisão macro sem discutir com o nosso secretário. Acho até que é questão de hierarquia, ele tem a visão geral da secretaria, eu já tenho a visão daqui, e muita coisa que faço impacta em tudo, né? **(GC02)**

Os gerentes de nível central retratam que o processo decisório segue a lógica hierárquica, mas que ao mesmo tempo essa decisão pode ser construída em conjunto, tanto com os gerentes e profissionais, quanto usuários que exercem o controle social, ao comporem os conselhos de saúde e participarem das conferências.

GC02 e GC03 apontam que as decisões têm níveis, tanto para a operacionalização da situação almejada, quanto aos atores que irão executá-la. Assim, o processo deve seguir a escala de decisões macroestruturais e microestruturais, considerando aquelas de maior impacto no serviço, e as que têm menores consequências na dinâmica de trabalho. GC02 cita as decisões consideradas macro como aquelas que exigem a participação de outros atores, como o secretário de saúde e do controle social. Este nível de decisão, também evidenciado na entrevista, exige uma visão geral da situação e, por isso, deve ser melhor discutida, uma vez que suas consequências são em maiores proporções dentro da organização do trabalho. Já as decisões consideradas como micro são aquelas relacionadas à compra de material para uma unidade de saúde, como citado pelo participante GC03.

As declarações remetem aos limites de autonomia nas decisões gerenciais, sendo que a governabilidade referente aos processos mais complexos fica a cargo das instâncias superiores

(BERNARDES *et al.* 2011) e as consideradas menos complexas, estão de posse dos gerentes em seu cotidiano de trabalho.

Diante disso, quando as decisões extrapolam a governabilidade do gerente, este procura seu superior hierárquico para que possam tomar a decisão. O gerente de nível local frente a uma situação na qual não tem mais condições de decidir, passa para seu superior de nível central, aqui representado pelo coordenador da atenção primária, e este por sua vez caso não consiga resolver e tomar a decisão, também passa para os demais gerentes de nível central, para que estes possam, em comum acordo, agir diante da decisão a ser tomada.

Algumas decisões participo o meu coordenador, temos também a tutoria. Mas a gente passa mais as questões relacionadas há algum problema que foge da nossa alçada. **(GL02)**

Na medida em que a gente não consegue resolver aquele problema internamente, aí todas as decisões são passadas para eles [gerentes nível central]. Mesmo eu se for tomar uma decisão mais drástica, não posso fazer nada se não estiver passando para eles. O gerenciamento é meu, mas devo respeito aos meus superiores lá. **(GL07)**

Os gerentes têm certa autonomia para algumas decisões, no entanto, sua governabilidade é limitada e dependente da posição de gestores em nível de secretaria de saúde, como é possível perceber no depoimento de GL07. Portanto, esse fato questiona a descentralização efetiva do poder, uma vez que a autonomia é insuficiente (BERNARDES *et al.* 2011).

Outra situação que compromete o gerenciamento no contexto das UAPS, é que muitas das decisões tomada pelo gerente local, são decisões que vêm definidas da Secretaria de Saúde, pelos gestores de nível central. Dessa forma, só cabe ao gerente executar, não permitindo que haja o compartilhamento de opiniões, e participação direta e deliberativa dos demais atores sociais.

Sempre faço reunião de equipe, gosto de ouvir cada um. As propostas que vêm da Prefeitura apresento nos mínimos detalhes, deixe todo mundo entender e perguntar. Agora aquilo que já vem pronto, não tem jeito, né? Porque tem portaria que já vem, tem que ser assim e pronto. Mesmo que um ou outro não concorde, a gente tem que fazer. E a maioria é assim, já vem pronto, a gente discute, mas só para implantar. **(GL05)**

Quando é alguma coisa que é exigência da Secretaria, aí eu nem coloco em questão, eu falo: 'olha, é exigência'. Mas chamo e explico o que é. **(GL01)**

Isso tem se tornando algo corriqueiro no cotidiano do gerente, conforme apontado por GL11 ao afirmar que o gerente toma as decisões, mas que, na maioria das vezes, ele apenas acata as decisões de seus superiores hierárquicos. Além disso, tem que repassar a decisão para sua equipe de trabalho o que, de certa forma, impossibilita que essa situação seja discutida entre a equipe, pois a decisão que vem do nível central não havendo mais o que se discutir, apenas agir.

A gente acata muita decisão que não fomos nós que tomamos. Ao meu ver, a maioria das coisas que a gente faz aqui não é só decisão do gerente, é decisão que recebo de cima e que tenho que passar para o pessoal daqui. (GL11)

Esses relatos expressam a lógica das relações de poder (Foucault, 2015), na qual o poder é cíclico, se imprime em uma rede, e está presente no cotidiano dos indivíduos, nas suas relações sociais e em seu contexto de trabalho. A despeito de os gerentes locais centralizarem algumas decisões, em outras situações sofrem a influência das decisões impostas pela Secretaria de Saúde.

O trabalho gerencial é permeado por situações conflituosas e contraditórias, nas quais os gerentes são tensionados a agir de forma controladora, e em outras situações buscam firmar sua prática em ações mais democráticas, que estimulem a participação e autonomia dos indivíduos. As contradições do processo decisório são passíveis de serem encontradas em outros contextos e organizações de saúde. Assim, observa-se momentos de predomínio de decisões verticalizadas, sem a possibilidade de diálogo e negociação, restando apenas ao gerente a transmissão de conteúdo. E em outros momentos, há o estímulo por parte de alguns gerentes, proporcionando aos trabalhadores momentos de fala, escuta, de horizontalização das relações e trabalho em equipe (KAWATA *et al.* 2011; PEDUZZI *et al.* 2011).

Nessa perspectiva, tanto o gerente local quanto o gerente de nível central se colocam na posição de tomadores de decisões de uma forma mais participativa. Ressaltam que no seu cotidiano de trabalho priorizam chamar a equipe para conversar sobre determinadas decisões a serem tomadas, onde escutam as opiniões dos funcionários e buscam trabalhar em uma vertente colegiada de decisões.

Todas as decisões que a gente toma aqui dentro com relação ao serviço, com relação ao funcionamento, é coletiva. (...) Normalmente procuro chamar as pessoas que estão envolvidas, ou que aquele problema,

aquela decisão tomada vai afetá-los. Todo mundo depois, a unidade inteira vai tomar conhecimento da decisão. **(GL01)**

A minha decisão vai estar baseada em algum aspecto voltado para o interesse do coletivo, voltado para o interesse da Secretaria, comunicada com o secretário, ou com algum diretor meu. A estratégia é dividir a decisão. É muito difícil a gente tomar uma decisão assim sozinho, (...) no nível que estou, estratégico, reunimos a nossa mesa gestora e fazemos, tomamos a decisão colegiada. **(GC03)**

A gestão colegiada preconiza a autonomia, corresponsabilização e participação de vários atores sociais na condução do trabalho. Para isso, os sujeitos têm liberdade de refletir sobre seu próprio trabalho, compartilhar decisões, e participar das discussões e elaborações de propostas e ações de saúde de forma descentralizada (SOARES; RAUPP, 2009).

O gerente reconhece a importância de tomar decisões das quais participem seus colegas de trabalho. Consideram positivo dividir uma decisão com sua equipe, haja vista que quando as pessoas se envolvem umas com as outras e decidem por algo que seja de interesse coletivo, passam a se envolver mais no processo e buscam melhorar cada vez mais.

Muito importante que ela seja participativa, para que a decisão seja realmente comprada pelas pessoas, ou seja, levada de uma forma adequada para que elas passem credibilidade lá na ponta, para que todos acreditem que aquilo ali vai ter um resultado, e que o resultado é a melhoria na assistência para o cidadão. **(GC04)**

É muito mais fácil, uma gestão participativa. Quando todas as pessoas constroem junto, sem perceber elas estão se envolvendo no processo. Querem muito mais ver aquilo dar certo, quando ela ajudou a construir. Assim não decido sozinha. **(GL02)**

Na medida em que os profissionais se sentem envolvidos na elaboração de propostas de mudanças e reorganização do serviço e quando se identificam com o projeto de atenção à saúde, seu modo de produzir saúde passa a ser diferenciado, as mudanças são mais eficazes, a relação com o usuário é melhorada, e conseqüentemente a prestação do serviço é qualificada (CUNHA; CAMPOS, 2011; MERHY, 2013; OVERCASH; PETTY, 2012; SCHERB *et al.* 2011).

A gestão participativa corresponde a descentralização do poder na tomada de decisão, diminuição de níveis hierárquicos nas organizações, bem como visa a corresponsabilização de vários atores sociais nos processos de construção de políticas públicas e do próprio serviço de

saúde. Trata-se de maior autonomia para o todo organizacional, e processo de democratização baseado nos princípios da cogestão (BÁSCOLO, 2010; BERNARDES *et al.* 2012; MOTTA, 1993).

Em consonância a esses discursos a figura do gibi escolhida pelo participante GL02 imprime a atitude por parte do gerente em presar por uma tomada de decisão mais participativa.



*Aqui há participação. É o que vejo acontecendo aqui. Separo um tempo para conversar com um grupo, com o outro, para discutir. Vejo a democracia acontecendo, a participação, a gestão participativa. (GL02)*

A inclusão de gestores, trabalhadores e usuários na tomada de decisões gerenciais, no processo de trabalho e produção do cuidado é fundamental, uma vez que estando todos os atores sociais envolvidos na construção do cuidado e nas decisões a serem tomadas nos serviços de saúde, as mudanças acontecem facilmente e têm, assim, o reconhecimento do papel de cada um (BETIM, 2015b).

O gerente, ao proporcionar espaços de troca entre profissionais, estimular o trabalho em equipe, favorecer o vínculo entre profissional e usuários, e destes com o serviço de saúde, estimular a autonomia das equipes, envolvimento e compromisso de cada ator com a organização e prestação de trabalho, estará consolidando uma prática de cogestão (PEDUZZI *et al.* 2011). A cogestão consiste em primar pelo interesse coletivo, capacidade reflexiva e autonomia dos sujeitos, sua finalidade segue a lógica de incorporar os desejos dos trabalhadores e as necessidades de saúde da população na gestão do trabalho. Esse modelo foge da configuração gerencial hegemônica, está na contramão do agir burocrático, dominação e de restrição das esferas decisórias de governo, que visam uma decisão vertical e hierarquizada de poder (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010).

#### ***4.6.1 Atores sociais e ferramentas de participação na tomada de decisões***

Com a finalidade de enfraquecer a verticalização do comando e a hierarquia dos fluxos de trabalho, necessário se faz a valorização de espaços de controle e de participação social, que disponibilizem o compartilhamento das decisões e a corresponsabilização das ações e das

políticas de saúde para com todos os atores sociais (gestores, profissionais e usuários). Dessa forma, profissionais e gestores passam a ser mais criativos, reflexivos, e capazes de dar novos sentidos ao seu trabalho, assim como a participação dos usuários, possibilita avançar na qualidade dos serviços e ações em saúde, ao passo que consigam apontar os problemas e as soluções relativas às suas reais necessidades de saúde (MARTINS *et al.* 2011; SOARES; RAUPP, 2009).

Nesse contexto, GL08 ressalta que as decisões são tomadas em conjunto com os usuários do serviço, com os colegas de trabalho e os gestores de nível central. Os usuários participam das decisões por meio do Conselho Local de Saúde, onde tomam conhecimento sobre o que está acontecendo no serviço prestado por aquela unidade, e discutem as possíveis decisões a serem tomadas. Já a participação dos profissionais de saúde no processo decisório é incentivada pelo próprio gerente, que recorre aos profissionais de sua confiança para tomar determinadas decisões.

As pessoas envolvidas na tomada de decisão são os usuários, servidores e os gestores de nível central, e com a participação muito do Conselho Local e Regional de Saúde. Na unidade temos o Conselho Local e Regional, onde sempre ao tomar uma decisão a gente gosta de discutir com esses conselhos, para que a comunidade saiba tudo que está acontecendo. E aqui nessa unidade, tenho algumas pessoas de muita confiança, (...) sempre recorro a essas pessoas com formação e qualificação para as minhas tomadas de decisão. (GL08)

No depoimento supracitado, percebe-se o envolvimento de todos os atores sociais no processo de tomada de decisão, o que remete a uma boa governança, sobretudo pela participação da comunidade, que passa a ter conhecimento das ações de saúde, tem a possibilidade de incorporar seus interesses e necessidades nas discussões para tomada de decisão, além de serem corresponsáveis pelos serviços da unidade de saúde da sua região (BRASIL, 2014).

Além disso, a tomada de decisão deve ser discutida em rede, deve ter a participação de todos os atores envolvidos na situação, deve-se estruturar a organização do trabalho para um olhar macro, um olhar focado na RAS. Pois só é possível contornar algum problema do serviço de saúde se pensar esse problema como algo dentro de uma rede, dentro de uma estrutura interligada, como GC04 ressalta:

Muitas vezes a gente tem que discutir a questão do Pronto Socorro, aí vou ao hospital, mas o Pronto Socorro está ligado com as quatro UAI, com a atenção primária, com o SAMU e está ligado com os CERSAM, então não dá para resolver o problema do Pronto Socorro de dentro do Pronto Socorro, é preciso ter uma visão macro. Como que vou resolver o Pronto Socorro lá de dentro, não consigo resolver o Pronto Socorro só pensando no município, porque tenho mais treze municípios, que vêm para Betim. (...) Mas como planejar, tudo está interligado. Se a gente não cuidar das condições crônicas, não resolve o agudo, (...) não tem jeito. Se a gente for discutir, ‘ah vamos discutir a urgência’, ‘vamos discutir o Pronto Socorro e as UPA’, e se deixar a atenção primária de fora, deixar o restante do hospital de fora, deixar o CTI de fora, não vamos discutir, não vai resolver. Então é preciso envolver todos os atores, qual que é o papel daquele ator específico naquela área. **(GC04)**

Com vistas ao melhor atendimento do usuário, o gerente de nível central reforça a ideia de envolver todos os atores sociais que compõem a rede de saúde, para saber qual o papel de cada sujeito, de cada interlocutor, favorecendo assim a comunicação entre os pontos da rede e a participação dos atores sociais no processo decisório.

Um paciente em situação de rua, por exemplo, que tem álcool e outras drogas ilícitas envolvidas, que tem problema de saúde, de moradia, de transporte e problema de relacionamento, por isso que está na rua. Então assim, todos esses aspectos, às vezes a decisão não é só da Secretaria, ela envolve outras secretarias. Mas é importante colocar todos os interlocutores numa mesa e discutir. Tem que envolver o SAMU, as UPA, a atenção primária, o hospital, a Secretaria de Assistência Social, a Secretaria de Segurança Pública, o jurídico, com essas questões todas, as ONGs né, seja a comunidade terapêutica ou outras questões. É preciso que a gente tenha todos os pontos de atenção, colocar esses pontos de atenção numa mesa como se fosse um planejamento de catástrofe, para gente enxergar cada um dos atores e saber o papel de cada um e as intercessões dos papéis. Mas de modo que a gente tenha a participação e o papel inequívoco de cada um para a gente ir montando o quebra cabeça, para chegar no cuidado e agregar valor. **(GC04)**

Para GC04, a construção de um sistema de governança da rede de atenção à saúde no município de Betim é importante como arranjo organizativo que apoie os serviços que compõem a RAS, a relacionar-se entre si, por meio da interação entre os atores sociais, com a finalidade de aumentar a interdependência entre eles e a obter resultados satisfatórios de saúde para a população (MENDES, 2011).

Para além disso, durante o processo decisório os gerentes local têm envolvido profissionais da sua equipe de trabalho. Dentre os profissionais mais acionados está o

enfermeiro, considerado peça-chave na tomada de decisão junto ao gerente, sendo este profissional de suma importância na dinâmica de trabalho e elo entre a equipe e a população.

Aqui a gente conversa muito com os médicos e as enfermeiras, sabe? A gente sempre reúne, tem grupo no *whatsapp* que a gente vai comunicando. Mas é com os enfermeiros, porque como a gente trabalha com saúde da família os enfermeiros estão muito próximos dos agentes de saúde, e a gente precisa muito deles no dia a dia. Então ouço muito a opinião delas, a gente compartilha na verdade, a gente senta com mais frequência e conversa. **(GL04)**

Geralmente converso muito com os enfermeiros, (...) deixo muito à vontade a equipe para fazer um projeto de trabalho na unidade. Como é que vamos trabalhar, qual que vai ser a hora de marcar consulta, qual que vai ser a hora de marcar exame, como que funciona, como que vamos por a unidade para funcionar. **(GL09)**

Devido ao fato do enfermeiro atuar de forma holística, por realizar o gerenciamento do cuidado, e sobretudo por ter conhecimento de todo o trabalho na UAPS, ele configura-se como referência na unidade tanto para a equipe e como para a população, sendo assim o profissional mais requisitado para compartilhar sua opinião durante o processo decisório (JONAS; RODRIGUES; RESCK, 2011).

Ademais, como destaca GL09, na medida que o gerente disponibiliza mais autonomia para o enfermeiro, corresponsabilizando-o pelo desenvolvimento de um projeto de trabalho, mais envolvido com a equipe, com o usuário e com o gerenciamento da unidade este profissional vai estar.

Além do enfermeiro, como ator na tomada de decisão, o gerente local também recorre aos gerentes de nível central e às referências técnicas da APS para compartilhar decisões.

Quando tenho dúvida procuro a minha diretora e meu coordenador, as referências técnicas, (...) para a gente tomar a decisão juntas, aí levo o caso para ela. **(GL11)**

A gente tem reuniões de gerentes (...). Essas reuniões são com a diretoria operacional, as referências técnicas, então, é nessas reuniões que a gente decide muita coisa. É com o gestor, e com o secretário também sempre tem reuniões com ele. **(GL05)**

Com relação aos gerentes de nível central, estes buscam envolver sua equipe de trabalho a nível de Secretaria Municipal de Saúde para discutir e subsidiar as decisões que melhor atendam aos interesses da população.

O coordenador da Atenção Primária, da Saúde Mental, tem algumas referências técnicas, a assistência farmacêutica, a enfermagem, porque a gente faz compra de equipamentos aqui, então ela que escuto mais, e ela está mais comigo na tomada decisão. E eu mesma que tenho que tomar a decisão. (...) Eu mesma que tenho que sentar, analisar e tomar a decisão, mas essas pessoas estão mais próximas a mim, porque também tem uma liderança maior aqui no grupo. São esses que têm o peso maior no processo de trabalho, na tomada decisão. **(GC02)**

Nós temos uma mesa gestora que se reúne uma vez por semana, onde estão o secretário e o secretário adjunto, e os diretores. E nessa mesa todos nós contribuimos com o planejamento, e com as decisões a serem tomadas. Tudo pensando na melhor forma de atender o cidadão. **(GC03)**

Para a construção e efetivação de políticas voltados para os princípios e diretrizes do SUS e em favorecimento de interesses coletivos, é necessária a legitimação de instrumentos que promovam a participação e o controle social (KLEBA; ZAMPIRON; COMERLATTO, 2015). Assim, a estratégia adotada pelo gerente para proporcionar decisões compartilhadas e que tenham interlocução entre vários outros atores sociais, não só dentro da APS, mas entre todos os pontos da RAS, foi a adoção de conselhos e colegiados de saúde.

A estrutura nossa é o secretário, o secretário adjunto, temos um corpo de diretores, temos a nossa mesa gestora que reúne esses diretores, temos o Conselho Municipal de Saúde, os conselhos locais, os comitês gestores das unidades onde ajuda na tomada de decisão a nível mais local, e a gente está criando o Comitê Gestor Regional para ser a governança do sistema em rede. Não só do município, mas dos municípios que compõe a micro. Betim é um polo de microrregião, é o polo de treze municípios, e a gente precisa integrar e conectar todos os pontos de atenção da rede. Então, criando um sistema mesmo de governança, onde os pontos de atenção unidos começam a tomar corpo, conversam um com o outro. **(GC04)**

No relato do gerente de nível central fica evidente que a utilização desses espaços que possibilitam uma tomada de decisão compartilhada é importante para que se tenha o serviço em

prol do coletivo e que, de fato, haja o envolvimento de todos os pontos da rede de atenção à saúde, propiciando a comunicação e a discussão das decisões.

Vale ressaltar que os instrumentos de participação dos profissionais, gestores e população na tomada de decisão estão sendo colocados em prática em Betim, por meio dos conselhos locais e municipal de saúde, mesa gestora e colegiado gestor. Segundo os objetivos da SMS traçados no documento elaborado pela Gestão Estratégica e Participativa é implantar e implementar colegiados gestores em toda rede SUS Betim e incluir os usuários, trabalhadores e gestores na tomada de decisões. Com isso as prioridades são: mobilizar trabalhadores e saber quais as demandas de cada categoria profissional; mobilizar os usuários e a comunidade para participação nas entidades sociais; incentivar e capacitar conselheiros, movimentos e entidades populares (BETIM, 2015a).

O colegiado gestor é considerado pelos gerentes como uma ferramenta para compartilhar as decisões dentro da unidade e favorecer seu trabalho, no sentido de permitir mais profissionais envolvidos na tomada de decisão. Com o colegiado gestor, o gerente se vê amparado nas decisões, não tendo que tomá-las sozinho, de uma forma intempestiva, podendo assim, atribuir a participação e responsabilização dos profissionais de saúde nesse processo.

Estamos acabando de implementar agora, começamos há uns dois meses atrás, os colegiados gestores, que é mais uma ferramenta de controle social. Que é um espaço onde os trabalhadores vão estar conversando, dialogando com o gestor local para uma tomada de decisão, para um processo que seja mais democrático e coletivo, que também é uma demanda do nosso dia a dia. **(GC01)**

Vai começar a ter aqui o colegiado gestor, que vai ficar até melhor para o gerente, que não toma a atitude sozinha né? O gerente não tomou sozinho, teve mais componentes nessa decisão, entendeu? **(GL12)**

A implantação do colegiado, que aí você não toma a decisão também de cima para baixo, intempestiva. O colegiado ajuda muito para a tomada de decisão. **(GC02)**

Conforme apontado nos depoimentos, o colegiado gestor é uma estratégia de compartilhamento de decisões gerenciais com os profissionais que prestam serviço nas UAPS sendo, portanto, considerado de suma importância para o processo de trabalho. O colegiado gestor considerado como espaço de escuta, propicia diferentes pontos de vista de trabalhadores que ocupam cargos diversificados dentro do serviço de saúde, o que amplia o diagnóstico e soluções para o problema. Além de ser capaz de fomentar a formação, entrosamento entre os

trabalhadores e gestão, e crescimento pessoal (DEUS; MELO, 2015). Entretanto, este instrumento ainda não foi implementado em todas as UAPS do município, como relatado por GL12 mas, uma vez instituído, será de grande valia para o gerente como refere GC02.

Outra estratégia utilizada em algumas unidades de atenção primária no município são os conselhos locais de saúde.

Nós temos o conselho local, do qual participo. Também é uma ferramenta muito boa, porque são as demandas da comunidade que chegam até a mim, e falo que é muito bom, porque vejo com outros olhos e ouço outras opiniões. (...) A comunidade tem que ficar sabendo o que está acontecendo, e o conselho local é uma das partes melhores que temos para estar articulando com a população. **(GL10)**

Nós temos o conselho gestor [local] da comunidade. São formados por quatro pessoas que representam a comunidade e dois profissionais de saúde. (...) Então nós fazemos reuniões uma vez por mês ou uma vez a cada dois meses. Eles trazem a demanda da comunidade, o que a gente pode tentar melhorar, e a equipe traz a realidade do que nós podemos oferecer. Porque, se eu for ver a comunidade, todo dia tenho que melhorar, mas eles têm que saber da minha realidade. Então nós temos que casar as duas coisas, a comunidade tem que saber o que posso oferecer, e o momento que posso oferecer, para a gente se adequar. Então através disso, faço essa relação comunidade e trabalho. **(GL09)**

Os gerentes reconhecem a importância do funcionamento dos conselhos locais de saúde, como sendo uma ferramenta de participação da comunidade nas decisões relacionadas às unidades de atenção primária. Os conselhos locais são instrumentos nos quais a população traz suas demandas de saúde que são discutidas entre os representantes dos usuários, dos profissionais e com gerente da unidade e, juntos tentam resolver aquela demanda. As reuniões acontecem geralmente uma vez por mês nas unidades de saúde, e representam uma excelente oportunidade para usuários e servidores da saúde se articularem em benefício do coletivo.

Eles ajudam, porque trazem as reclamações das outras pessoas da comunidade, aí isso já ajuda a crescer o trabalho da gente, né? Que a gente está aqui dentro e não vê tanto as dificuldades do paciente. (...) Aí a gente tenta ver o que pode estar fazendo pela população. **(GL12)**

Não tinha o conselho, por isso que estava assim aleatório, eles [usuários] tinham, eles queriam uma demanda livre, de entrar no consultório médico e falar com o médico que ele tem que atender. Não tinha critério de marcação de consulta, mais agora com a formação do

conselho não, aí deu aquela pausa e a gente resolveu muita demanda da população. A gente reúne todo mês. (...) O povo vem mesmo. Discute tudo da unidade. Se está faltando médico. Por que ele saiu? Como que estão os grupos operativos, se vai formar outro, vai formar um grupo de convivência, porque vai formar, para que, para quantos e quando? Tudo discute. **(GL03)**

A implementação dos conselhos locais de saúde nas unidades refletiu positivamente na dinâmica e organização do trabalho. Segundo GL03 antes do conselho funcionar a população agia livremente, sem limite, sem protocolo, e isso acabava piorando a qualidade do serviço, mas após a formação do conselho local essas demandas começaram a ser solucionadas.

Para além dos conselhos de saúde, a participação da comunidade nas decisões referentes aos serviços de saúde prestados são também possíveis através das associações comunitárias, instituições educacionais e religiosas. Essas entidades são consideradas pelo gerente local como elo de comunicação com a população.

Com a comunidade, temos como mecanismo de mediação o Conselho Local e Regional de Saúde. E uma vez por mês temos uma reunião do fórum intersetorial, que são gestores e pessoas responsáveis por entidades dentro da região, como os CRAS, instituição educacional, religiosa, e dentre outras. Então sempre repassamos informações ou captamos problemas através dessas entidades, dessa rede social, e ali torna-se um elo de comunicação e isso favorece. (...) Normalmente nessas reuniões eles levantam, trazem muitos problemas, e a gente propõe algumas melhorias e damos alguns encaminhamentos. Porque as vezes o gestor de nível local não tem totalmente governabilidade para resolver todos os problemas, aquilo que cabe a nós, nós resolvemos, tudo que cabe ao nível central a gente repassa as informações. Normalmente eu falo isso para o Conselho. **(GL08)**

A ouvidoria do SUS é outro instrumento que o usuário tem para articular com a equipe da APS. Para a população a ouvidoria proporciona também a oportunidade de expor suas necessidades de saúde, e demandas que não foram atendidas.

É o caso das ouvidorias, né? Que é um instrumento que o paciente tem também. Quando ele vem na unidade, que não consegue alguma coisa, então tem esse espaço, que ele vai na ouvidoria e reclama, aí o gerente responde. Não é só reclamação não, tem duas aqui de elogios também. **(GL05)**

Os usuários vão muito é pelo lado da ouvidoria, o usuário às vezes nem procura o gerente, dependendo da situação, faltou isso, faltou aquilo, aconteceu algum atrito, eles vão nessa ouvidoria do SUS. **(GL07)**

As ouvidorias de saúde do SUS são caracterizadas como ferramentas de gestão e instrumentos de visibilidade das condições dos serviços prestados, bem como espaços democráticos de participação da população (BRASIL, 2010).

Corroborando com os depoimentos de GL05 e GL07, Silva, Pedroso e Zucchi (2014) afirmam também que a ouvidoria é espaço destinado ao usuário para denunciar, reclamar, elogiar ou dar sugestões e, dessa forma, direcionam este instrumento a um patamar de qualificação dos serviços de saúde, podendo aprimorar e proporcionar eficácia à gestão pública.

A ouvidoria representa, portanto, uma ferramenta que dá voz ao usuário, sendo um meio de comunicação entre a população e o gerente da unidade. Todos esses mecanismos são capazes de manter a interlocução dos usuários, gestores e profissionais de saúde, o que torna demasiadamente importante para a construção de um trabalho participativo.

Diante desse contexto, é importante frisar que a participação social no processo de tomada de decisão é considerada fundamental para o serviço de saúde, podendo impactar positivamente no trabalho gerencial na atenção primária no município de Betim como relata GL01:

Acho que é importante sim. Acho que tem que ter a participação social, porque a gente tomar decisões para atender outras pessoas sem a participação dessas pessoas não é legal. Você acaba errando muito. Para o gerente acho que é um apoio muito grande, pois você vai tomar uma decisão sozinho, não, você tem uma visão que discute no Conselho isso eu acho muito importante e considero como fundamental. **(GL01)**

O controle e participação social, como relatado no estudo de Kawata e colaboradores (2011), é considerado também de suma importância, pois a inserção dos trabalhadores nos colegiados de saúde representa espaço de reivindicação das categorias profissionais, bem como a inserção da comunidade nas negociações e participação nas decisões do Sistema de Saúde fomenta melhoria da gestão e assistência à saúde. Todavia, o controle e participação social estão inseridos no cotidiano de trabalho desses profissionais apenas em instâncias formais, como os conselhos e colegiados de saúde.

Conforme apresentado por Kawata e colaboradores (2011) e mencionado por GC02, em algumas situações, a população não participa efetivamente do processo decisório, embora existam os espaços de discussão e participação social. Muitas vezes, eles são ouvidos, mas não

há deliberação da comunidade, e/ou dos profissionais nas decisões a serem tomadas no seu cotidiano de trabalho.

Com relação aos usuários a gente tem muita discussão para tomar decisão através do Conselho Municipal de Saúde. Tudo que vamos fazer aqui, entendo que o conselho representa os usuários. (...) Mas para tomar decisão somente o que fazemos é levar nossas demandas, por exemplo, vamos implantar o NASF, amanhã vamos no conselho. Entendo que o controle social nós estamos discutindo com o controle social. (...) Vamos discutir, mas eles não tem a decisão. Quem vai tomar a decisão aqui, nem sou eu, é o secretário, o secretário é quem toma a decisão. **(GC02)**

O gerente de nível central relata que a decisão fica mesmo é a cargo do secretário de saúde, que representa aqui o maior nível decisório dentro da Secretaria Municipal de Saúde, e não do usuário do serviço ou dos profissionais da equipe de trabalho. Nesse caso, os usuários e os profissionais que compõe a equipe de trabalho não compartilham da decisão gerencial, apenas são comunicados do que foi decidido ou participam de uma forma incipiente sem ter voz ativa nesse processo.

Colaborando com esses achados o estudo de Cecílio e Mendes (2004) reforça que as organizações voltadas para uma gestão colegiada, não asseguram a distribuição de poder e tomada de decisão compartilhada entre profissionais e usuários, uma vez que os instrumentos de participação social, como os conselhos e colegiados de saúde, são mais consultivos do que deliberativos. Assim, esses instrumentos de controle social têm perdido esse princípio e passaram a ser espaços legitimadores das decisões governamentais e não mais das esferas sociais (DURÁN; GERSCHMAN, 2014; KLEBA; ZAMPIRON; COMERLATTO, 2015).

Diferentemente do que foi colocado pelo gerente de nível central no depoimento acima, os gerentes locais GL08 e GL01, consideram a participação social incipiente nas decisões e controle das ações de saúde, pelo fato de tanto os profissionais, quanto os usuários não se comprometerem com o processo.

Dentro da região a gente percebe que são poucos os usuários que participam, não é à toa que os processos educativos nós vamos até eles, vamos até as escolas, igreja e rádio comunitária. Porque às vezes nós fazemos vários trabalhos lindos na unidade, e o povo não vem. Já que eles não vêm, nós temos que ir até eles. Eu percebo que a comunidade aqui é muito parada, ela não se empodera do poder que tem, ela não sabe da importância da participação popular. **(GL08)**

Aqui nós não conseguimos até hoje montar um conselho gestor. Não conseguimos montar um conselho local de saúde. Primeiro que ninguém quer assumir responsabilidade, né? A gente não consegue por exemplo, que o usuário se candidate, (...) tem muita gente que acha que ‘para que que eu vou participar disso aí?’. A gente procura as lideranças, mesmo assim a gente não consegue. Aí quando a gente chega e pede para participar e fala assim: ‘olha você não quer indicar alguém’, ele fala que não, ‘não isso não, é mais dor de cabeça pra mim’. Mesmo os servidores são laçados, a gente tem que convencer eles. **(GL01)**

Os depoimentos revelam que o gerente se preocupa em implementar os conselhos de saúde nas unidades, tentam promover a gestão mais participativa, entretanto os usuários e alguns profissionais não consideram importante sua participação nas decisões dos serviços de saúde.

Mediante à abertura de possibilidades de participação da sociedade civil e de articulação com os demais atores sociais na construção das políticas públicas, houve a necessidade de maior compromisso desses envolvidos, uma vez que passaram a analisar e defender os interesses coletivos. (KLEBA; ZAMPIRON; COMERLATTO, 2015).

No entanto, mesmo com a mobilização e organização social partindo da SMS, e não de iniciativas da própria população, muitas são as dificuldades enfrentadas para implementação e funcionamento efetivo dos Conselhos de Saúde. A constante falta de interesse e adesão da população, somada à falta de cultura política e desconhecimento das suas atribuições como conselheiros, bem como a resistência e também falta de adesão dos profissionais, comprometem na construção e aprimoramento do sistema de saúde (PIMENTA, 2012; SOUZA; TEIXEIRA, 2012).

Assim, a participação popular no planejamento, nos espaços de discussão e de tomada de decisões é fundamental, mas para que isso ocorra de forma mais efetiva, é preciso que os profissionais de saúde e a população sejam empoderados, passando a exercer maior autonomia nas ações de saúde. Dessa forma, a sociedade precisa ser informada e estimulada pelos profissionais para exercerem seus direitos à saúde, e ambos precisam reconhecer como protagonistas nos processos de produção da gestão e da tomada de decisões (ROCHA; ZÍONI; CAETANO, 2015; SULTI *et al.* 2015).

Nessa perspectiva, para transformar uma cultura organizacional e política tradicional em uma cultura democrática a estratégia é trabalhar com educação permanente, tanto dos profissionais, quanto dos usuários. Pois à medida em que estes atores sociais passem a compreender a importância da participação nas instâncias decisórias, apontar problemas reais

do serviço, e disponibilizar soluções que de fato atendam às necessidades do sistema de saúde, haverá um avanço na qualidade da assistência prestada à população (BARRETO *et al.* 2012; MARTINS *et al.* 2011).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visando a reforma na gestão e na organização dos serviços de saúde, o município de Betim iniciou mudanças na dinâmica de trabalho da APS. Instruída por uma consultoria externa, a gestão municipal vem trazendo novas perspectivas de atendimento ao usuário, como a introdução da informatização da RAS, a utilização do prontuário eletrônico, recadastramento das famílias atendidas e territorialização. Estas duas últimas mudanças têm sido consideradas pelos gerentes locais como importante meio de se alcançar uma nova dimensão da real situação de saúde do município, pois durante muito tempo, áreas de abrangências de algumas UAPS estavam sem cobertura de saúde. Assim, os gerentes anseiam por aumentar seu efetivo profissional ao detectarem o número mais preciso de usuários adscritos nas unidades.

Outra mudança na organização da APS foi a reestruturação das unidades de assistência farmacêutica, percebida pelos gerentes locais e por alguns gerentes de nível central, como uma decisão centralizada pelo secretário de saúde, afim de conter os gastos públicos, e tomada de forma equivocada, tendo em vista que não levou em consideração as reais necessidades da população e as implicações que isso poderá causar à condição de saúde-doença dos pacientes.

Embora essas mudanças iniciadas pela gestão municipal de Betim terem proporcionado avanços nos modos de fazer saúde e preverem novos ganhos para os serviços prestados, é necessário também levar em consideração mudanças a serem empregadas nos perfis profissionais dos gerentes, tendo em vista que, em sua maioria, os gerentes locais possuem baixa especialidade em geral e principalmente para atuarem na APS e pouca qualificação específica para a atuação gerencial. Portanto, considera-se de suma importância que o município promova capacitação e qualificação específica para seus gerentes, levando em consideração as necessidades e especificidades dos usuários atendidos.

Com relação às singularidades do trabalho gerencial no contexto da APS em Betim, pode-se perceber que o gerente está sempre à disposição do serviço, mantendo dedicação exclusiva e em tempo integral ao cargo, embora tenha flexibilidade de horário, trabalha durante seu período de almoço e nos fins de semana. Seu cotidiano de trabalho é marcado por um

excesso de atribuições, sobrecarga de atividades e sobreposição de tarefas que nem mesmo são específicas da função gerencial. Todavia, por este motivo, realizam um serviço mecanizado, com pouca reflexão das ações, e que tem afetado na qualidade do serviço prestado.

Os gerentes têm assumido inúmeras funções em detrimento da falta de pessoal nas unidades de saúde. Diante dessa realidade de atuação do gerente no cotidiano de trabalho, eles têm considerado que o seu papel gerencial tem apresentado queda na qualidade, uma vez que as atividades não específicas da sua função têm consumido a maior parte do seu tempo, e prejudicado seu desempenho no serviço. Essa sensação tem causando sofrimento e aumento das cobranças pessoais sobre seu trabalho.

Outra característica do trabalho gerencial tanto de nível local, quanto central, é que estes profissionais não detêm de uma rotina de trabalho fixa e sim demandas aleatórias e diversificadas que vão surgindo ao longo do dia. Contudo, esse fato tem remetido à dificuldade de planejamento das ações gerenciais, principalmente do planejamento estratégico nos serviços de saúde ou da execução do planejamento, devido ao excesso de demandas tanto da população, quanto do serviço. Portanto, a realização das prioridades planejadas acaba sendo relegada a segundo plano. Para tanto, seria necessário o incentivo por parte da administração municipal em introduzir em sua cultura organizacional a gestão do planejamento das ações em saúde.

Com relação às dificuldades encontradas na execução do trabalho gerencial, as principais foram de gestão de pessoas, de ordem financeira e estrutural, de aspectos políticos e culturais.

Há uma tensão entre a assistência pautada na cura e modelo médico-centrado que tanto os usuários procuram e que está arraigada à concepção de muitos profissionais na equipe, e a vontade e reprodução referido nos discursos dos gerentes, em agir na perspectiva usuário-centrado. Isso reflete um descompasso entre o que é legitimado no SUS, e o que de fato está instituído na organização e funcionamento dos serviços. Isso afeta a qualidade do serviço, sua credibilidade e acessibilidade do usuário aos serviços prestados, haja vista que o município não consegue atender a todas as demandas assistenciais, principalmente as vinculadas a consultas especializadas, que é o indício para uma assistência preconizada na cura e medicalização.

Os conflitos interpessoais entre gerentes, profissionais e usuários são frequentes no cotidiano de trabalho, podendo enfraquecer a relação profissional e de confiança com os usuários, sobretudo causar estresse, angústia e sofrimento para o gerente e sua equipe de trabalho.

A dificuldade de financiamento do serviço público de saúde tem sido referenciada como grande fragilidade do sistema, podendo trazer consequências como a precariedade das estruturas físicas das unidades, falta de recursos humanos, de recursos materiais e deficiência nas condições de trabalho, que vêm dificultando e até mesmo impedindo a realização de programas e ações de saúde.

Os entraves burocráticos e de cunho político-partidário também foram mencionados como obstáculos ao serviço gerencial. O excesso de burocracia tem levado à lentidão na prestação do serviço, e os políticos de carreira têm interferido nas decisões gerenciais, julgando as atitudes tomadas na saúde de uma forma indiscriminada, se posicionando muitas vezes, não em favor de melhorias ao serviço e sim em seu interesse partidário, bem como tem indicado profissionais a ocupação de cargos públicos em ato de favorecimento político.

Os gerentes são coagidos pela relação de poder imposta pela figura de agentes políticos, e se veem incapazes de reagir a essas situações. A tomada de decisão gerencial dentro das UAPS fica comprometida por ações desse tipo, que favorecem funcionários em troca de apoio político. Esses entraves são associados à cultura do país, introjetada por questões de cunho autoritário e coronelista, que influenciam na autonomia do gerente, em alguns casos cessam toda a ação de iniciativa, própria desse profissional.

As estratégias utilizadas pelos gerentes para contornar alguns obstáculos, foram o estímulo ao diálogo, fazer uso de instrumentos de gestão, como o diagnóstico situacional e as competências de gestão do trabalho, no sentido de realocar profissionais e improvisar insumos materiais.

As potencialidades oriundas do serviço, os gerentes reforçam ter uma boa equipe de trabalho, com profissionais acolhedores e experientes, possuem conhecimento do território, vínculo e relação de confiança com a população. Além disso, ressaltam a facilidade em trabalhar em equipe e desenvolver ações intersetoriais e com equipe multidisciplinar.

Dentre as simbologias conferidas pelo próprio gerente ao trabalho realizado, e decorrentes do reconhecimento do seu trabalho por outras pessoas, foram identificadas metáforas, como do advogado, em que o gerente se coloca no lugar do paciente e assume a defesa de seus interesses. Também nessa perspectiva, os gerentes vincularam sua imagem à de um anjo, na medida em que cuida do paciente, que se preocupa com sua condição de saúde e, que preocupa com o funcionário. Além disso, relatam também serem reconhecidos nessa imagem pelo profissional e pelo usuário quando atendem as solicitações dos mesmos o que, em

contrapartida, quando não atende às expectativas, quando não faz concessões ao funcionário ou quando pune por algum motivo, sendo caracterizado como bruxo.

Soma-se à realidade do gerente, a sensação que seu cotidiano de trabalho é preenchido por um contínuo “apagar de incêndio”. Assim, o gerente de nível central e local perpetuam uma imagem do gerente tarefairo, e com dificuldades de planejamento das ações cotidianas e que busca por resultados de curto prazo. Embora as simbologias tenham sido em sua maioria negativas, os gerentes atribuíram ao seu trabalho significados como de ajudar as pessoas, ser líder, motivador, interlocutor e mediador de conflitos.

Com relação ao processo decisório e a governança da APS em Betim, ressalta-se que o gerente toma decisões muitas vezes na medida em que os problemas vão surgindo, levam em consideração o diálogo, informações, indicadores, relatórios, protocolos e leis, bem como intuição, emoção, e vocação para gerenciar. Procuram pautar sua prática profissional em aspectos éticos e que tragam benefícios ao paciente.

Além disso, o processo decisório por vezes é autoritário, de forma verticalizada e centralizadora. Os gerentes agem de forma impositiva ao tomar decisão em determinadas situações, mantém relações de poder, e linha de mando topo-base. Para os gerentes de nível central, o processo decisório segue uma lógica hierárquica, e os gerentes locais possuem autonomia e governabilidade reduzida para certas decisões.

O trabalho gerencial possui situações conflituosas e contraditórias, onde os gerentes são tensionados a agir de forma controladora, e em outras situações buscam firmar sua prática em ações mais democráticas, que estimulem a participação e autonomia dos indivíduos. Assim, observa-se momentos de predomínio de decisões verticalizadas, sem a possibilidade de diálogo e negociação, restando apenas ao gerente a transmissão de conteúdo. E, em outros momentos, há o estímulo por parte de alguns gerentes, proporcionando aos trabalhadores momentos de fala, escuta, de horizontalização das relações e trabalho em equipe.

Na perspectiva de enfraquecer a verticalização do comando e a hierarquia dos fluxos de trabalho, é necessário a valorização de espaços de controle e participação social, que disponibilizem o compartilhamento das decisões e a corresponsabilização das ações e políticas de saúde para com todos os atores sociais. Dessa forma, alguns gerentes afirmam envolver todos os atores sociais no processo de tomada de decisão, o que pode remeter a uma boa governança, sobretudo pela participação da comunidade, e todos os pontos de atenção da RAS.

Assim, a estratégia adotada pelo gerente para proporcionar decisões compartilhadas e que tenham interlocução entre vários outros atores sociais, não só dentro da APS, mas entre

todos os pontos da RAS, foi a adoção de conselhos e colegiados de saúde. Entretanto, o controle e participação social só se fazem presentes no cotidiano de trabalho desses profissionais estando vinculados à estas instâncias formais.

Diante disso, percebe-se que na prática a realidade é dos conselhos e colegiados de saúde serem mais consultivos do que deliberativos. Assim, esses instrumentos de controle social têm perdido esse princípio e passaram a ser espaços legitimadores das decisões governamentais e não mais das esferas sociais. Ademais, muitas são as dificuldades enfrentadas para implementação e funcionamento efetivo dos conselhos de saúde, haja vista que falta interesse e adesão da população, somada à falta de cultura política e desconhecimento das suas atribuições como conselheiros, bem como a resistência e também falta de adesão dos profissionais, comprometem na construção e aprimoramento do sistema de saúde.

As questões abordadas remetem à necessidade de repensar os modos de gestão do sistema de saúde de Betim, já que o cotidiano de trabalho dos gerentes expõe as limitações que o tradicional gerenciamento hegemônico ainda se faz presente, e vão na contramão dos princípios do SUS e do ideário da Reforma Sanitária. Dessa forma, para a efetivação de mudanças no processo gerencial e conseqüentemente da assistência à saúde, é necessário que se fortaleça a autonomia dos atores sociais, se reforce o planejamento local e participativo, e se valorize as instâncias colegiadas e de controle social.

Para além disso, os gerentes propuseram modificações para o cotidiano do trabalho gerencial como a necessidade de realização, pela Secretaria de Saúde, de treinamentos, e capacitações, antes de assumirem a função gerencial e monitoramento e avaliação da sua prática.

É importante destacar que a metodologia utilizada foi apropriada para o estudo e possibilitou o alcance do objetivo proposto. Por meio dos dados obtidos nas observações, análise documental, entrevistas e categorização dos mesmos, foi possível compreender as singularidades do trabalho gerencial no contexto da APS no município em questão. Ademais, a técnica do Gibi favoreceu a captação dos aspectos subjetivos vivenciados pelos participantes da pesquisa, o que reforça a importância da utilização de recursos metodológicos inovadores em investigações de natureza qualitativa.

O estudo de caso apresentado permitiu delinear um panorama parcial sobre a temática. No entanto, é fundamental o desenvolvimento de estudos que fomentem esta discussão e contribuam com a ampliação das análises.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. L.; SEGUI, M. L. H.; MAFTUM, M. A.; LABRONICI, L. M.; PERES, A. M. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20 (Esp), p. 131-137, 2011.
- ALVES, M.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. Perfil dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília (DF), v. 57, n. 4, p. 441-446, jul/ago. 2004.
- ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T.; SANTELLE, O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 158-163, 2013.
- AZEVEDO, I. C.; SANTOS, Q. G.; VALE, L. D.; MEDEIROS, F. P.; AZEVEDO, I. M.; VALENÇA, C. N. A teoria clássica da administração no âmbito da enfermagem e da atenção básica. **Rev. APS.**, v. 16, n. 3, p. 338-343, jul/set. 2013.
- AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C; MIRANDA, L.; GRABOIS, V. Caminhos da organização e gestão do cuidado em saúde no âmbito hospitalar brasileiro. **Revista Política, Planejamento e Gestão em Saúde**, v. 1, n.1, set. 2010.
- BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; ERDMANN, A. L.; BUSCHER, A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.1, p. 223-230, 2012.
- BARBOSA, D. C. M.; FORSTER, A. C. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 424-433, 2010.
- BARDEN, A. M.; GRIFFIN, M. T. Q.; DONAHUE, M.; FITZPATRICK, J. J. Shared governance and empowerment in registered nurses working in a Hospital Setting. **Nurs. Adm. Q.**, v. 35, n.3, p. 212-218, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: ed. 70, p. 281, 2011.
- BARLEM, E. L. D; LUNARDI, V. L.; LUNARDI, G. L.; DALMOLIN, G. L; TOMASCHEWISK-BARLEM, J. G. Vivência do SM no Trabalho da Enfermagem: percepção da enfermeira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 681-688, 2012.
- BARRÊTO, A. J. R.; SÁ, L. D.; SILVA, C. C.; SANTOS, S. R.; BRANDÃO, G. C. G. Experiências dos enfermeiros com o trabalho de gestão em saúde no estado da Paraíba. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 300-308, abr/jun. 2010.
- BARRETO, I. C. H. C.; ANDRADE, L. O. M.; MOREIRA, A. E. M. M.; et al. Gestão Participativa no SUS e a Integração Ensino, Serviço e Comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 80-93, 2012.
- BÁSCOLO, E. Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. **Rev. salud pública**. v. 12, n. 1, p. 8-27, 2010.

BAZZO-ROMAGNOLLI, A. P.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A. Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. **Rev. Gerenc. Polít. Salud.**, v. 13, n. 27, p. 168-180, 2014.

BERNARDES, A.; CUMMINGS, G.; ÉVORA, Y. D. M.; GABRIEL, C.S. Contextualização das dificuldades resultantes da implementação do Modelo de Gestão Participativa em um hospital público. **Rev. Latino-Am.**, Enfermagem, v.20, n. 6, nov/dez. 2012.

BERNARDES, A.; CECILIO, L. C. O.; ÉVORA, Y. D. M.; GABRIEL, C. S.; CARVALHO, M. B. Modelo de gestão colegiada e descentralizada em hospital público: a ótica da equipe de enfermagem. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, jul/ago. 2011.

BETIM. **Gestão Participativa na Rede SUS Betim por uma gestão colegiada.** Gestão Estratégica e Participativa. [impresso], 2015a.

BETIM. **Plano Municipal de Saúde de Betim 2014/2017.** Secretaria Municipal de Saúde. 2014.

BETIM. **Regimento interno do colegiado gestor das unidades/serviços de saúde da SMS/Betim.** Gestão Estratégica e Participativa. [impresso], 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 648, de 28 de Março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080/90. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. **Falando de ouvidoria: experiências e reflexões.** Brasília (DF); 2010.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Governança Pública: referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública e ações indutoras de melhoria.** Brasília: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, p. 96, 2014.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Plano Estratégico 2011-2015**, Brasília, 2011. Disponível em: <[http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/planejamento\\_gestao/planejamento2011/index.html](http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/planejamento_gestao/planejamento2011/index.html)> Acesso em: 11 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 399/GM.** 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>> Acesso em: 20 de nov. de 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, 2012. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html)> Acesso em: 10 abr. 2015.

BRITO, M. J.; RAMOS, F. R. S.; CARAM, C.S.; CAÇADOR, B.S. Ensino de Administração em Enfermagem: o olhar dos protagonistas que vivenciam o processo de aprendizagem. In: \_\_\_\_\_. **Administração em Enfermagem-estratégias de ensino.** Coopmed, p. 163-174, 2014.

BRITO, M. J. M. **A configuração identitária da enfermeira no contexto das práticas de gestão em hospitais privados de Belo Horizonte.** 2004. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

BRUGUÉ, Q. U. I. M.; VALLÈS, J. M. New-style councils, new-style councillors: from local government to local governance. **Governance**, v. 18, n. 2, p. 197-226, 2005.

BRUNELLO, M. E. F.; PONCE, M. A. Z.; ASSIS, E. G. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta paul. enferm.**, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010.

BUENO, R. E.; MOYSÉS, S. T.; BUENO, P. A. R.; MOYSÉS, S. J. Governança, sustentabilidade e equidade no plano de saúde de São José dos Pinhais, **Brasil. Rev. Panam. Salud Publica**, v. 34, n. 6, p. 416-421, 2013.

CANEL, R. C.; CASTRO, C. J. A Advocacia em saúde como uma estratégia para a promoção da saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 74-85, mar/jun. 2008.

CANÊO, P. K.; RONDINA, J. M. Prontuário Eletrônico do Paciente: conhecendo as experiências de sua Implantação. **J. Health Inform.**, v. 6, n. 2, p. 67-71, abr/jun. 2014.

CARAM, C. S. **Os sentidos do trabalho para profissionais da saúde do CTI de um Hospital Universitário.** 2013. 131f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

CARDONA, A.; NIETO, E.; MEJÍA, L. M. Un enfoque de gobernanza aplicado al análisis de una investigación sobre trabajadores cesantes en Medellín, Colombia. **Rev. salud pública**, v.12, n. 1, p. 123-137, 2010.

CARVALHO, B. G.; PEDUZZI, M.; AYRES, J. R. C. M. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.7, p. 1453-1462, jul. 2014.

CATÃO, R. L. A. A sociologia e a nona arte: o controle social contemplado pelo olhar inusitado das histórias em quadrinhos e a análise de seus aspectos dentro da esfera penal. **Revista de Filosofia do Direito do Estado e da Sociedade (FIDES)**; Natal, v. 2, n. 1, jan/jun. 2011.

CAVALCANTE, R. B.; PINHERO, M. M. K.; GUIMARÃES, E. A. A.; BERNARDES, M. F. V. G.; MAGALHÃES SILVA, T. I. M. As relações de poder e a práxis informacional em saúde. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.3, n. 4, p. 1382-1392, set/dez. 2014.

CECILIO, L. C. O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 557-566, mar. 2010.

CECILIO, L. C. O, MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 39-55, maio/ago. 2004.

CHANLAT, J. F. **Ciências Sociais e Manangement: reconciliando o econômico e o social**. Tradução: Ofélia de Lanna Sette Tôrres. São Paulo: Editoria Atlas SA, 2000.

CHANLAT, J. F. Mitos e realidade sobre o estresse dos gerentes. In: DAVEL, E. MELO, M.C.O.L. **Gerência em Ação: Singularidades e dilemas do trabalho gerencial**. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 281-322. 2005.

CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 46, n. 5, p. 1274-1278, 2012.

CHIZZOTTI, A. **A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios**. Rev Portuguesa de Educação, ed. 3, p. 234, 2006.

CIAMPONE, M. H. T.; KURCGANT, P. Gerenciamento de conflitos e negociação. IN: KURCGANT P. et al. **Gerenciamento em enfermagem**. ed. 2, Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan; p. 51-61, 2012.

COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; FERREIRA, M. L. M.; REIS, J. R.; FRANCESCHINI S. C. C. Family health: challenges in the reorientation process of the assistance model. **Rev. Bras. Enfer.**, v. 62, n.1, p. 113-118, 2009.

COSTA, A. M.; RIZZOTTO, M. L. F. Os direitos sociais e o SUS são essenciais ao povo brasileiro! **Editorial in saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 576-581, jul/set. 2015.

COSTA, R. S.; SANTOS, A. G. B.; YARID, S. D.; SENA, E. L. S.; BOERY, R. N. S. O. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 170-177, jan/mar. 2016.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

DAVEL, E. MELO, M.C.O.L. Singularidades e transformações no trabalho dos gerentes. In: \_\_\_\_\_. **Gerência em Ação: Singularidades e dilemas do trabalho gerencial**. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 29-65, 2005.

DEUS, A. D.; MELO, E. M. Avaliação de uma experiência de gestão hospitalar participativa no âmbito do SUS: produção de saúde, sujeitos e coletivos. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 601-615, jul/set. 2015.

DUBAR, C. **A socialização**: construção das identidades sociais e profissionais. Título original: La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles. Tradução: Andréa Stahel M. da Silva. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

DURÁN, P. R. F.; GERSCHMAN, S. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 884-896, 2014.

EDUARDO, E. A.; PERES, A. M.; ALMEIDA, M. L.; ROGLIO, K. D.; BERNARDINO, E. Análise de modelo de tomada de decisão de enfermeiros gerentes: uma reflexão coletiva. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n. 4, p. 668-75, 2015.

ERDMANN, A. L.; SANTOS, J. L. G. Gestão em enfermagem e cultura da excelência no processo de cuidar. **PROENF Gestão**, v. 2, n. 1, p. 69-98, 2012.

FERNANDES, M. C.; BARROS, A. S.; SILVA, L. M. S.; NÓBREGA, M. F. B.; SILVA, M. R. F.; TORRES, R. A. M. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 11-15, jan/fev. 2010.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14(Supl. 1), p. 1541-1552, 2009.

FERRAZ, C. A.; GOMES, E. L. R.; MISHIMA, S. M. O desafio teórico-prático da gestão dos serviços de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília (DF), v. 57, n. 4, p. 395-400, jul/ago .2004.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. L. M; KRONEMBERGER, T. S.; ZANIFB. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 28, n. 6, p. 446-455, 2010.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. de V. C., NORONHA, J. de C. e CARVALHO, A. I. de (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 25-58, 2012.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FOUCAULT, M. Soberania e Disciplina In: *Microfísica do Poder*, ed. 3, **Paz e Terra**, Rio de Janeiro, p. 278-295, 2015.

FRANCO, T. B. MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, p. 151-171, 2013.

GOMES, L. M. X.; BARBOSA, T. L. A.; SILVA, C. S. O.; LOPES, J. R.; LEITE, M. T. S. Prática gerencial do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 695-707, set/dez. 2015.

GRANJA, G. F.; ZOBOLI, E. L. C. P. Humanização da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.36, n. 3, p. 494-501, 2012.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1245-1265, 2010.

HASSAD, J.; TONELLI, M. J.; ALCADIPANI, R. Gerentes e organizações na pós-modernidade. In: DAVEL, E; MELO, M. C. O. L. **Gerência em Ação: Singularidades e dilemas do trabalho gerencial**. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 193- 214, 2005.

HUFTY, M.; BÁSCOLO, E.; BAZZANI, R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. **Cad. Saúde Pública**. v. 22, Sup: S, p. 35-45, 2006.

HUFTY, M. Gobernanza en salud pública: hacia um marco analítico. **Rev. salud pública**, v. 12, sup 1, p. 39-61, 2010.

HUGHES O. “Does Governance Exist?” In The New Public Governance? Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance. **Routledge**, London, v. 87, p. 104, 2010.

IBANHES, L. C.; HEIMANN, L. S.; JUNQUEIRA, V.; BOARETTO, R. C.; PESSOTO, U. C.; CORTIZO, C. T.; CASTRO, I. E. N.; ROCHA, J. L.; KAYANO, J.; LUIZ, O. C.; BARBOZA, R.; TELES JUNIOR, E. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 575-584, mar. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades. **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

JONAS, L. T.; RODRIGUES, H. C.; RESCK, Z. M. R. A função gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades. **Rev. APS**, v.14, n. 1, p. 28-38, jan/mar. 2011.

JUNQUEIRA, T. S.; COTTA, R. M. M.; GOMES, R. C; SILVEIRA, S. F. R.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; PINHEIRO, T. M. M.; SAMPAIO, R. F. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, maio, 2010.

JUNQUILHO, G.S. Administração pública e gerentes no contexto brasileiro. In: DAVEL, E. MELO, M.C.O.L. **Gerência em Ação: Singularidades e dilemas do trabalho gerencial**. Rio de Janeiro: Editora FGV, p.133-153, 2005.

KAWATA, L. S.; MISHIMA, S. M.; CHIRELLI, M. Q.; PEREIRA, M. J. B. MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M. Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 2, p. 349-355, 2011.

KLEBA, M. E.; KRAUSER, I. M.; VENDRUSCOLO, C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 184-193, jan/mar. 2011.

KLEBA, M. E. ZAMPIRON, K.; COMERLATTO, D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 24, n. 2, p. 556-567, 2015.

KRAMER, M.; SCHMALENBERG, C.; MAGUIRE, P.; BREWER, B.; BURKE, B.; CHMIELEWSKI L, R. et al. Structures and practices enabling staff nurses to control their practice. **West J Nurs. Res.**, v. 30, n. 5, p. 539-559, 2008.

LINARD, A. G.; et al. Princípios do Sistema Único de Saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 1, n. 32, p. 114-120, 2011.

MARCOLINO, J. S.; SCOCHI, M. J. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 2, p. 314-320, jun. 2010.

MARTINS, P. C.; COTTA, R. M. M.; MENDES, F. F.; PRIORE, S. E.; FRANCESCHINNI, S. C. C. CAZAL, M. M.; BATISTA, S. R. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1933-1942, 2011.

MARTINS, C.; LIMA, S. M. Vantagens e desvantagens do prontuário eletrônico para instituição de saúde. **RAS**, v. 16, n. 63, abr/jun. 2014.

MASCARENHAS, N. B.; ROSA, D. O. S. Bioética e formação do enfermeiro: uma interface Necessária. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19; n. 2, p. 366-71, abr/jun. 2010.

MATIAS PEREIRA, J. A governança corporativa aplicada no setor público brasileiro. **APGS**, Viçosa, v. 2, n.1, p. 109-134, jan/mar. 2010.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, jul/set. 2006.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção Primária à Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 24 de setembro de 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciê. Saúde Colet.**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. ed. 2, Brasília: OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. 2011.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. Hucitec, São Paulo. p. 189, 2002.

MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec. 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. ed. 13, São Paulo (SP): Hucitec; 2013.

MINISTÉRIO Público vai tentar impedir fechamento após pressão popular. **O Tempo**, Betim, 10 abr. 2016. Saúde. Disponível em: <<http://www.otempo.com.br/o-tempo-betim/mp-vai-tentar-impedir-fechamento-ap%C3%B3s-press%C3%A3o-popular-1.1255063>> Acesso em: 11 abr. 2016.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Cien. Saúde Colet.**, v. 14, n. 3, p. 795-805, 2009.

MOTTA, L. C. S.; BATISTA, R. S. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Revista Brasileira de educação médica**. v. 39, n.2, p. 196-207, 2015.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. ed. 3, Rio de Janeiro: Record, 1993.

MOTTA, F. C. P.; VASCONCELOS, I. F. G. **Teoria geral da administração**. ed. 3, São Paulo: Cengage Learning, 2015.

NICKEL, D. A.; CALVO, M. C. M.; NATAL, S.; FREITAS, S. F. T.; HARTZ, Z. M. A. Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 839-850, abr. 2014.

NORONHA, M. G. R. C. S.; LIMA FILHO, D. L. O agir em Saúde da Família: as condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na prática profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1745-1754, 2011.

NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G.; NICOLETTO, S. C. S.; CORDONI JUNIOR, L. Managerial work in Basic Health Units of small municipalities in Parana, Brazil. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 58, p. 573-584, 2016.

OHIRA, R. H. F.; JUNIOR, L. C.; NUNES, E. F. P. A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 393-400, 2014.

OLIVEIRA, F. E. L.; FERNANDES, S. C. A.; OLIVEIRA, L. L.; QUEIROZ, J. C.; AZEVEDO, V. R. C. A gerência do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Rev. Rene.**, v. 13, n. 4, p. 834-844, 2012.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, set. 2013.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. **A Saúde no Brasil**. Brasília: OPAS/OMS, 1998.

OVERCASH, J.; PETTY, L. J.; BROWN, S. Perceptions of shared governance among nurses at Midwestern Hospital. **Nurs. Adm. Q.**, v. 35, n. 4, p. 1-11, 2012.



ROCHA, D. S.; ZÍONI, F. CAETANO, A. C. A. Advocacia sanitária, cidadania e participação social: análise, histórico e conquistas da associação dos portadores de hepatite do acre. **R. Dir. Sanit.**, São Paulo v. 15 n. 3, p. 122-141, fev. 2015.

RONDINELLI, D. A. Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance. In: RONDINELLI, D.A. (Editor): **Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance**. New York, Division of Public Administration and Development Management/Department of Economic and Social Affairs/United Nations, 2006.

SÁ, M. C.; AZEVEDO, C. S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2345-2354, 2010.

SALINAS, J. L. Gerentes, competências e aprendizagem nas organizações. In: Davel, E.; MELO, M. C. O. L. **Gerência e ação**: singularidades e dilemas do trabalho gerencial. Rio de Janeiro: Editora FGV, p.253-280, 2005.

SANTOS, F. A.; GURGEL JÚNIOR, G. D.; GURGEL, I. G. D; PACHECO, H. F. P.; BEZERRA, A. F. B. A definição de prioridade de investimento em saúde: uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1079-1094, 2015.

SANTOS, F. A. S.; SOUSA, I. M. C.; GURGEL, I. G. D; BEZERRA, A. F. B.; BARROS, N. F. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1154, 2011.

SANTOS, J. L. G.; PROCHNOW, A. G.; SILVA, D. C.; SILVA, R. M.; LEITE, J. L.; ERDMANN, A. L. Prazer e sofrimento no exercício gerencial do Enfermeiro no contexto hospitalar. **Anna Nery** (impr.), v. 17, n. 1, p. 97 -103, jan/mar. 2013.

SCHERB, C. A.; SPECHT, J. K. P.; LOES, J. L.; REED, D. Decisional involvement: staff nurse and nurse manager perceptions. **West J Nurs. Rev.**, v. 33, n. 2, p. 161-179, 2011.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública: **Rap**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-369, mar/abr. 2009.

SENNA, M. H.; ANDRADE, S. R. Indicadores e informação no planejamento local em saúde: visão dos enfermeiros da estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 950-958, out/dez. 2015.

SILVA, G. S, DINIZ, B. G.; ROSA, V. G. Administração de conflitos: análise de percepções de enfermeiros gerentes. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 2, n. 3, p. 358-368, set/dez. 2012.

SILVA, R. C. C.; PEDROSO, P. M. C.; ZUCCHI, P. Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n.1, p. 134-141, 2014.

SOARES, A. C.; MELO, M.C. Desafios gerenciais de organizações do terceiro setor de Belo Horizonte: técnicos, políticos, críticos e praxeológicos. **Salvador**, v. 10, n.1, p. 38-52, jan/jun. 2009.

SOARES, R. S.; RAUPP, B. Gestão compartilhada: Análise e Reflexões sobre o processo de implementação em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do SUS. **Rev. APS**, v. 12, n. 4, p. 436-447, out/dez. 2009.

SOUZA, M. K. B.; TEIXEIRA, C. F. Implementação do pacto de gestão do sus: o caso de um município baiano, 2007-2010. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 951-968 out/dez. 2012.

SPAGNUOLO, R. S., JULIANI, C. M. C. M., SPIRI, W. C. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. **Cienc. Cuid. Saude**, v.11, n.2, p. 226-234, abr/jun 2012.

STRANNEGARD, L. Sobre a foto da capa: “Quase lá”. In: DAVEL, E. MELO, M.C.O.L. **Gerência em Ação: Singularidades e dilemas do trabalho gerencial**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

SULTI, A. D. C.; LIMA, R. C. D.; FREITAS, P. S. S.; FELSKY, C. N.; GALAVOTE, H. S. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 172-182, jan/mar. 2015.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

TEIXEIRA, G. B.; SILVA, C. A.; MONTEIRO, A. I. Compreendendo o princípio de integralidade na visão de discentes da graduação em enfermagem. **Rev. Esc. Anna Nery (impr.)**, v. 17, n. 4, p. 764 – 771, 2013.

TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n.1, p. 36-42, jan/mar. 2013.

VIANA, A.L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 2, p. 375-385, 2012.

VILELA, G. S. **Configuração identitária do enfermeiro da estratégia de saúde da família de um município do interior do estado de Minas Gerais**. 2014. 135f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

VILLELA, L. E.; PINTO, M. C. S. Governança e gestão social em redes empresariais: análise de três arranjos produtivos locais (APLs) de confecções no estado do Rio de Janeiro, **RAP**, Rio de Janeiro, v. 43, n.5, p.1067-1089, set/out. 2009.

WORLD BANK. The International Bank for Reconstruction and Development. **Worldwide Governance Indicators (WGI)**, 2007.

XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 1, p. 36-45, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, p. 248, 2010.

## APÊNDICES

### Apêndice A – Perfil dos Participantes

Código de Identificação da Unidade:

Local da entrevista:

Número da entrevista:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário de início: Horário de término:

Código do participante:

Idade:

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Estado Civil:

Número de filhos:

Escolaridade:

Formação Profissional:

Instituição de graduação:

Tempo de formação:

Nível de Qualificação: ( ) Especialização ( ) Residência ( ) Mestrado ( ) Doutorado

Qualificação específica na área gerencial: ( ) não ( ) sim Especificar:

Jornada de trabalho diária: Formal: Informal:

Flexibilidade de Horário: ( ) sim ( ) não

Cargo(s) ocupado(s) na unidade:

Tempo de serviço na unidade:

Tempo de serviço no cargo de gestor:

Recebeu incentivo da Secretaria para assumir o cargo de gerente? ( ) não ( ) sim Qual?

Número de empregos atualmente:

Jornada de trabalho na outra instituição:

Cargo(s) ocupado(s) em outra(s) instituições:

Cargo(s) gerenciais ocupados anteriormente? Durante quanto tempo:

## **Apêndice B – Roteiro de Entrevista**

- 1 Fale sobre o seu cotidiano de trabalho como gerente.
- 2 O que significa para você ser gerente da APS?
- 3 Quais são as atividades que você realiza no seu cotidiano de trabalho?
- 4 Quais são as facilidades que você encontra no seu cotidiano de trabalho?
- 5 Você encontra obstáculos no seu cotidiano de trabalho? Fale sobre esses obstáculos.
- 6 Quais são as estratégias que você utiliza para lidar com esses obstáculos?
- 7 Todo gerente é um tomador de decisões. Considerando isso, como você toma as decisões no seu cotidiano de trabalho?
- 8 Quais os aspectos éticos que você leva em consideração para tomar decisão?
- 9 O que você leva em consideração nas tomadas de decisão?
- 10 Quais as pessoas envolvidas no processo de tomada de decisões?
- 11 Fale sobre o envolvimento dos profissionais, gestores e usuários no processo de tomada de decisão?
- 12 Descreva em uma palavra o que é gerência para você.
- 13 Você gostaria de acrescentar algo mais?

## **Apêndice C- Técnica do Gibi**

Código de Identificação da Unidade:

Número da entrevista:

Código do participante:

“Represente por meio de uma figura o seu cotidiano de trabalho considerando as pessoas envolvidas nas decisões gerenciais”.

Escolha uma figura e comente porque a escolheu.

## Apêndice D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Sr(a):

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “**O TRABALHO GERENCIAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**”. De autoria da Professora Maria José Menezes Brito e da Mestranda Camila da Silveira Santos. Esse estudo tem como objetivo compreender o trabalho gerencial no contexto da Atenção Primária à Saúde no município de Betim. Para falar sobre isso, você deverá responder algumas perguntas sobre como é o cotidiano do seu trabalho como gerente, quais as funções que você realiza, o que facilita e dificulta o seu trabalho. Os pesquisadores garantem que serão esclarecidas todas as dúvidas acerca dos assuntos relacionados à pesquisa antes que você decida participar. Além disso, salienta-se que você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade. Ressalta-se que não haverá custo nem compensação financeira caso concorde em participar da pesquisa. No primeiro momento você será convidado a participar de uma entrevista, que será gravada. Posteriormente você será convidado a escolher uma figura na revista do tipo gibi e comentar sobre porque escolheu esta figura. As informações ditas por você sobre a figura também serão gravadas. Asseguramos que suas falas/opiniões emitidas serão utilizadas exclusivamente para fins desta pesquisa e que serão mantidos o sigilo e anonimato das informações aqui contidas. Enfatizamos também que a pesquisa pode proporcionar constrangimentos e desconfortos durante a realização da entrevista. Caso isso ocorra, você poderá pedir a pesquisadora para encerrar a entrevista. Essa ação não ocasionará qualquer prejuízo a pesquisa e não haverá gastos de qualquer natureza. Espera-se que esta pesquisa, possa contribuir para reflexões e transformações das práticas gerenciais no contexto da atenção primária à saúde, podendo, este estudo incitar a compreensão das singularidades do trabalho gerencial e proporcionar melhorias na qualidade do serviço prestado à população. Esse termo será emitido em duas vias, sendo uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) e autorizo o registro das informações fornecidas por mim, para serem utilizadas integralmente ou em partes, desde a presente data. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre.

Betim, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Assinatura do(a) participante \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a) \_\_\_\_\_

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

**COEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG** - Av. Antônio Carlos, 6627/ Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005/ Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP: 31270-901 Fone: (31) 3409-4592 / E-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br)

### Contato dos Pesquisadores:

Maria José Menezes Brito – Fone: (31) 3409-8046 / E-mail: [brito@enf.ufmg.br](mailto:brito@enf.ufmg.br)

Camila da Silveira Santos – Fone: (31) 994202726/ Email: [camilasilveiraufs@gmail.com](mailto:camilasilveiraufs@gmail.com)

**Endereço:** Av. Alfredo Balena, 190/ Escola de Enfermagem da UFMG. 5º andar - Sala 514/ Campus Saúde Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP 30130-100

## ANEXOS

## Anexo A – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Ética e sofrimento moral: vivências de profissionais e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde

**Pesquisador:** Maria José Menezes Brito

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 47259115.1.0000.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.174.603

**Data da Relatoria:** 04/08/2015

**Apresentação do Projeto:**

Segundo o projeto de pesquisa, o sofrimento moral no trabalho constitui, na atualidade, um problema ético emergente uma vez que sua vivência interfere na dinâmica de trabalho, bem como no processo de construção identitária dos profissionais de saúde. Os diferentes cenários que compõe a rede de atenção à saúde, nos níveis de atenção primário, secundário e terciário, constituem lócus privilegiado de vivências de sofrimento moral e problemas éticos por parte dos profissionais e gestores de diferentes categorias, haja vista a complexidade e particularidades do trabalho nele realizado. Nessa perspectiva, optou-se pela realização de um estudo de natureza quanti-qualitativo, a ser desenvolvido no contexto de serviços que integram a rede de atenção à saúde de Betim, Belo Horizonte e Divinópolis – MG. Os sujeitos do estudo serão profissionais e gestores de categorias distintas que atuam nos níveis de atenção primário, secundário e terciário, de acordo com as especificidades das equipes de saúde nos diferentes níveis, contemplando a captação de aspectos subjetivos do cotidiano de trabalho dos profissionais em cenários diversificados. A hipótese do estudo é que os profissionais vivenciam situações contraditórias, que interferem na condução e tomadas de decisões em face das demandas que emergem constantemente no seu cotidiano de trabalho, bem como incompatibilidade entre as responsabilidades atribuídas aos profissionais de saúde e gestores e a

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

## Anexo B- Carta de Anuência



Prefeitura de  
**BETIM**

Betim, 29 de abril de 2015.

### CARTA DE ANUÊNCIA

Em resposta à solicitação de aprovação para realização de pesquisa pelas pesquisadoras Maria José Menezes Brito, Marília Alves e Claudia Maria de Mattos Penna, responsáveis pelo projeto: **“Ética e sofrimento moral: vivências de profissionais e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde”**, que tem como objetivo “analisar as questões éticas e o sofrimento moral vivenciados por profissionais de saúde e gestores no contexto da rede de atenção à saúde”, consideramos que:

- 1- O projeto de pesquisa apresentado é coerente e apresenta método adequado;
- 2- O fomento à pesquisa e ao desenvolvimento técnico e científico, bem como a integração ensino e serviço, faz parte das diretrizes da Educação em Saúde do SUS/Betim;
- 3- A execução do projeto foi autorizada pela Diretoria Operacional da Saúde de Betim e pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa do HPRB.

Diante de tais considerações, autorizamos que este trabalho seja executado **somente após a devida aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Proponente, caso tenha, e Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Betim – CEPBETIM.**

Ressaltamos a necessidade de que os autores deixem explícito, em toda e qualquer publicação feita a partir desta pesquisa, a participação do SUS/Betim.

À disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Leandra Alves de Paula  
Diretora de Educação em Saúde  
SMS/SUS Betim

Rosival dos Reis Santos Júnior  
Secretário Municipal de Saúde  
Gestor do SUS/Betim

## Anexo C- Comitê de Ética em Pesquisa de Betim

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE - BETIM



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Ética e sofrimento moral: vivências de profissionais e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde

**Pesquisador:** Maria José Menezes Brito

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 47259115.1.3002.5651

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.192.060

#### Apresentação do Projeto:

De acordo com o projeto o sofrimento moral se manifesta como um desequilíbrio psicológico vivenciado por indivíduos ao se depararem com obstáculos que impossibilitam ou dificultam sua intervenção na realidade e a adoção de atitudes e comportamentos considerados corretos e em consonância com seu julgamento moral. Os serviços de saúde apontam dificuldades e contradições que emergem das práticas cotidianas, relacionadas a aspectos assistenciais e gerenciais sinalizando a vivência de situações de conflito e de sofrimento moral por parte de trabalhadores, gestores e usuários do serviço. Além disso, o trabalhador da saúde lida, no cotidiano, com paradoxos e ambiguidades relacionadas com a vida e a morte, a dor e o prazer, exigindo relações humanas intensas. Nesse sentido, optou-se pela realização de um estudo de caráter exploratório e descritivo que compreenderá duas etapas complementares, sendo uma quantitativa e a outra qualitativa. Os sujeitos do estudo serão profissionais e gestores de categorias distintas que atuam nos níveis da rede de atenção à saúde: primário, secundário e terciário, dos municípios de Betim, Belo Horizonte e Divinópolis. Na etapa quantitativa, com relação aos sujeitos do estudo na etapa quantitativa, são critérios de inclusão: ser profissional ou gestor e atuar nos níveis de atenção primário, secundário ou terciário e ter disponibilidade e interesse em responder ao questionário. E na etapa qualitativa, os cenários serão os mesmo utilizados na etapa quantitativa. Contudo, a coleta de dados ocorrerá com parte dos sujeitos. Destaca-se que as entrevistas serão realizadas até que ocorra a saturação das informações por categoria profissional e com gestores, por unidade de trabalho. A coleta de dados acontecerá em duas

**Endereço:** Rua Pará de Minas, 640

**Bairro:** Brasília

**UF:** MG

**Telefone:** (31)3512-3313

**Município:** BETIM

**CEP:** 32.600-412

**E-mail:** cepsmsbetim@yahoo.com.br