



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM

SIMONE GRAZIELE SILVA CUNHA

A TOMADA DE DECISÃO DE GESTORES DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE

Belo Horizonte

2016

SIMONE GRAZIELE SILVA CUNHA

A TOMADA DE DECISÃO DE GESTORES DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. 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

Cunha, Simone Graziele Silva

A tomada de decisão de gestores da Atenção Secundária à Saúde [manuscrito] / Simone Graziele Silva Cunha. - 2016.

111 f.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria José Menezes Brito.

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

1. Tomada de decisão. 2. Gestão em Saúde. 3. Atenção Secundária à 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 “A tomada de decisão de gestores da Atenção Secundária à Saúde”, de autoria da mestrande Simone Grazielle Silva Cunha, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof^a Dr^a Maria José Menezes Brito
Orientadora (Esc. Enf/UFMG)

Prof^a Dr^a Marília Alves
(ESC. Enf/UFMG)

Prof Dr Ricardo Bezerra Cavalcante
(UFSJ)

Prof^a Dr^a Claudia Maria de Mattos Penna
(ESC. Enf/UFMG)

Prof^a Dr^a Isabela Silva Cancio Velloso
(ESC. Enf/UFMG)

Belo Horizonte, Maio de 2016.

“[...] o motivo que me impulsionou é muito simples. Para alguns, espero que ele possa bastar por si só. É a curiosidade; o único tipo de curiosidade que, de qualquer forma, vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que busca se assimilar ao que convém conhecer, mas a que permite desprender-se de si mesmo.”

(FOUCAULT, 2010)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os gestores que exercem um trabalho com carinho e amor e se empenham em fazer o melhor para contribuir com um cuidado digno ao paciente.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me ter concedido a vitória de ter chegado até aqui.

A meus pais queridos: A minha mãe que com toda a sua fé e orações me ajudou todos os dias, ao meu pai por todo o otimismo que me faz sempre acreditar que o melhor está por vir. Obrigada Maria Lúcia e Enésio por me darem o privilégio de ser filha de vocês!

A minha orientadora, Professora Maria José Menezes Brito, muito obrigada por ter me aceitado e realizado o meu desejo de ser “sua” orientanda! Você é um exemplo de pessoa e espero me espelhar em seu jeito humano, doce e sincero de trabalhar para continuar minha caminhada.

Ao meu noivo Alisson que sempre me apoiou até mesmo nas ideias mais loucas, nos momentos de raiva e tristeza. Te amo, amor!

Aos meus familiares Silva e Cunha pelo apoio.

As companheiras de disciplinas, trabalhos e estudos Sumaya e Camila. A nossa caminhada continua!

A Isadora e Ana Luiza por compartilharem a amizade e a vida.

A minha querida Andréia Guerra Siman, que além de construirmos uma parceria também construimos uma amizade. Muito obrigada pelas oportunidades concedidas e pelo apoio!

Ao Professor Ricardo Bezerra Cavalcante que me apresentou e me iniciou nesse caminho da pesquisa, além de me conceder várias oportunidades de conhecimento e crescimento durante a graduação.

A Dona Sônia Perrella e ao amigo eterno Doutor Giacomo Regaldo por terem me apoiado desde o início me concedendo a oportunidade de realizar um cursinho pré-vestibular, talvez sem essa atitude de vocês não estivesse chegado até aqui, serei eternamente grata.

Ao Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE) e as colegas de sala Carol, Dani, Doane, Elana, Hanna, Lília, Livia Montenegro e Livia Napoli pelo apoio diário.

A Professora Marília por alegrar a sala e pelas aulas de Cotidiano.

A todos os membros do Colegiado da Pós-Graduação pelos ensinamentos durante meu percurso como representante suplente dos discentes da Pós-graduação, em especial ao Professor Francisco Lana.

A Angélica Mônica Andrade, que apesar de pouco tempo de amizade, me abriu as portas para oportunidades de crescimento profissional.

A CAPES por ter me concedido a bolsa de estudos e a Escola de Enfermagem da UFMG por contribuir com o meu desenvolvimento acadêmico.

RESUMO

O cotidiano do trabalho gerencial é caracterizado por decisões tomadas em diferentes contextos institucionais e influenciam o trabalho dos profissionais de diferentes categorias. O trabalho dos gestores possuem variáveis externas, tais como as leis e as normas, que em algumas situações não se encontram em consonância com as necessidades dos usuários, descontinuidade do serviço, fragmentação da rede, insuficiência e/ou inadequação dos recursos e superlotação. Também são evidenciadas variáveis internas, dentre as quais podem ser mencionadas o aumento da rotatividade de profissionais, o perfil inadequado do corpo gerencial e do corpo profissional e a deficiência de comunicação e informação. Mediante o exposto indaga-se: **Como os gestores de uma Unidade de Atendimento Imediato (UAI) vivenciam as tomadas de decisão no cotidiano de trabalho?** Esse estudo objetivou: Compreender a vivência da tomada de decisão de gestores no contexto de Unidades de Atendimento Imediato. Trata-se de estudo de caso único, de natureza qualitativa, desenvolvido nas UAI, localizadas no município de Betim, Minas Gerais. Os participantes foram os gerentes e coordenadores das UAI e os secretários de saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, em complementaridade a entrevista usou-se a técnica do “Gibi” e observação. Realizou-se Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) (Parecer nº 1.174.603), conforme a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os entrevistados preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com a análise dos dados elaborou-se o perfil gerencial e foram construídas três categorias temáticas, sendo elas: “Atividades realizadas no cotidiano de trabalho dos gestores nas UAI”, “Processo e elementos da tomada de decisão dos gestores nas UAI”, “Facilidades e entraves na tomada de decisão de gestores das UAI”. Essa pesquisa permitiu identificar que o cotidiano de trabalho dos gestores é permeado por fatores que interferem diretamente nas rotinas diárias do trabalho. Os gerentes, coordenadores de enfermagem e os coordenadores médicos são os atores centrais da tomada de decisão nas UAI. Além disso, foi possível identificar que os gestores desenvolvem estratégias e ações para tomar decisões por meio de alguns passos como: verificar o problema, ouvir os envolvidos, avaliar os argumentos, analisar os fatos por meio da identificação dos dados e das informações, documentar propostas e discuti-las, eleger prioridades, medir os reflexos das decisões e, finalmente, implementar a ação que melhor irá solucionar o problema. O conhecimento dos profissionais,

o bom relacionamento com a equipe de trabalho e a comunicação ativa são fatores que contribuem para a tomada de decisão, além disso, o conhecimento da equipe das normas e regras da instituição é essencial. Já como fatores dificultadores foram destacados a falta e a ineficiência do sistema de informação, escassez de recursos físicos, problemas na gestão financeira do município, influências políticas e principalmente deficiências na gestão de pessoas. Conclui-se que os gestores possuem um objetivo em comum na tomada de decisão. Tais objetivos consistem em melhorar, simplificar e organizar processos que resultem em melhorias no trabalho e, principalmente, a busca pela satisfação do usuário.

Palavras Chave: Tomada de decisão; Atenção Secundária à Saúde; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

The daily management work is characterized by decisions taken in different institutional settings and influence the work of professionals of different categories. The managers' work have external variables, such as laws and regulations, which in some situations are not in line with the users' needs, service interruption, network fragmentation, insufficient and / or inadequate resources and overcrowding. Also highlighted are internal variables, among which may be mentioned the staff turnover increase, inadequate profile management team and professional body and the deficiency of communication and information. By the exposed it inquires: How do Immediate Care Unit's (IAU) managers experience decision-making in daily work? This study aimed to: Understand the experience of managers in decision-making in the Immediate PSCs context. This is a single case study of a qualitative nature, developed in UAI, located in the city of Betim, Minas Gerais. Participants were managers and coordinators of UAI and health secretaries. Data were collected through interviews with semi-structured script, complementing the interview technique it was used the "Gibi" and observation. We conducted content analysis proposed by Bardin (2011). The project was approved by the Ethics Committee on Human Research of the Federal University of Minas Gerais (COEP / UFMG) (Opinion No. 1,174,603), according to Resolution 466 of 2012 of the National Health Council. Respondents filled out and signed the Consent and Informed Term (WIC). Through the data analysis the management profile was produced and three thematic categories were built, which are: "Activities of the daily work of managers in UAI," "process and elements of the management decision-making in UAI," "Facilities and barriers in managers' decision making of UAI ". This research has identified that the managers' daily work is permeated by factors that directly affect the daily routines of work. Managers, nursing coordinators and medical coordinators are the key players in decision-making in UAI. Moreover, it was possible to identify which managers develop strategies and actions to make decisions through steps such as checking the problem, listen to those involved, evaluate the arguments, analyze the facts by identifying data and information, document proposed and discuss them, choosing priorities, measure the consequences of decisions and ultimately implement the action that will best solve the problem. Knowing the professionals, good relationship with the work team and active communication are factors that contribute to decision making, in addition, knowledge of the staff rules and regulations of the institution is essential. As complicating factors were highlighted lack and inefficiency of the information system, shortage of physical resources, problems in the financial management of the

municipality, political influence and shortcomings mainly in people management. It concludes that managers have a common goal in decision making. These objectives are to improve, simplify and organize processes that result in improvements at work and, especially, the pursuit for user satisfaction.

Keyword: Decision Making; Secondary Care; Health Management

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Compilado do percurso da tomada de decisão.....	26
FIGURA 2 – Mapa da região de saúde de Betim-MG	29
FIGURA 3 – Distribuição das gerências administrativas, Betim-MG, 2013.....	30
FIGURA 4 – Organograma das Unidades de Atendimento Imediato do município de Betim.....	32
FIGURA 5 – Figura originada da técnica do Gibi, 2016	58
FIGURA 6 – Figura originada da técnica do Gibi, 2016	62
FIGURA 7 – Figura originada da técnica do Gibi, 2016	63
FIGURA 8 – Figura originada da técnica do Gibi, 2016	71
FIGURA 9 – Fatores facilitadores da tomada de decisão dos gestores nas UAI, município de Betim.....	75
FIGURA 10 – Entraves presentes na tomada de decisão dos gestores nas UAI, Município de Betim-MG.....	78
FIGURA 11 – Figura originada da técnica do Gibi, 2016	81
FIGURA 12 – Percurso da tomada de decisão nas UAI, no Município de Betim, MG	87

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Taxa de fecundidade total no Brasil, anos 2000 a 2015.....	42
---	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição dos gestores por tempo de formação e nível de qualificação das Unidades de Atendimento Imediato, do município de Betim, Minas Gerais.....	43
TABELA 2 – Jornada de trabalho formal e informal dos gestores das U AI, do município de Betim-MG.	46
TABELA 3 – Atividades dos gestores nas Unidades de Atendimento Imediato, no município de Betim-MG.....	47
TABELA 4 – Processo e elementos da tomada de decisão dos gestores nas UAI, no município de Betim-MG.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde
CEPBETIM – Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Betim
COEP – Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos
HQ – História em Quadrinhos
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RAU – Rede de Atenção às Urgências
SIS – Sistema de Informação em Saúde
SI – Sistema de Informação
SMS – Secretária Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAI – Unidade de Atendimento Imediato
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVO	18
3	REFERÊNCIAL TEÓRICO	20
	3.1 A tomada de decisão	20
	3.2 O gestor e a tomada de decisão	21
	3.3 Fatores que influenciam a tomada de decisão e o contexto em saúde.....	22
	3.4 Decisões programadas e não programadas.....	24
4	PERCURSO METODOLÓGICO	28
	4.1 Caracterização do estudo.....	28
	4.2 Cenário do estudo.....	28
	4.3 Participantes do estudo.....	31
	4.4 Coleta dos dados.....	33
	4.5 Análise dos dados.....	36
	4.6 Aspectos éticos.....	37
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	39
	5.1 Perfil dos gestores que participam da estrutura organizacional das UAI do município de Betim	39
	5.2 Atividades realizadas no cotidiano de trabalho dos gestores nas UAI.....	47
	5.3 Processo e elementos da tomada de decisão dos gestores nas Unidades de Atendimento Imediato.....	56
	5.3.1 Atores envolvidos na tomada de decisões.....	57
	5.3.2 Estratégias e ações dos gestores nas UAI.....	61
	5.3.3 Competências mobilizadas pelos gestores.....	66
	5.3.4 Tipos de decisões de gestores das UAI.....	68
	5.4 Facilidades e entraves na tomada de decisão de gestores das UAI.....	75
	5.4.1 Fatores facilitadores na tomada de decisão.....	75
	5.4.2 Entraves presentes na tomada de decisão por gestores de UAI.....	78
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICES	103
	ANEXOS	106



INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Quando o tema da pesquisa “Tomada de decisão de gestores da Atenção Secundária à Saúde” foi definido percebeu-se que se tratava de um desafio. Primeiro pela “Tomada de decisão” ser um assunto amplamente discutido em artigos e livros da área da administração; segundo por estar inserida em um ambiente complexo como a Atenção Secundária à Saúde e, por fim encontra-se atrelada ao trabalho dos gestores.

Três fatos contribuíram para o desenvolvimento deste estudo, primeiro foi a realização de um projeto durante a graduação que abordou superficialmente a temática e, assim, surgiu a curiosidade a ponto de ser necessário um aprofundamento. O segundo fato foi por meio da realização da disciplina Estágio Docente, no mestrado, realizada durante um ano na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com os alunos do curso de enfermagem do 5º e 10º período, fato este que possibilitou observar a dinâmica do serviço da Atenção Secundária e os desafios que permeiam a tomada de decisão gerencial neste cenário.

O terceiro e último fato foi à oportunidade de inserção em um projeto intitulado: “Ética e sofrimento moral: vivências de profissionais e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde”, o qual desafiou e encorajou a tecer uma abordagem mais ampla, crítica e reflexiva sobre a tomada de decisão de gestores da atenção secundária à saúde.

O trabalho gerencial é caracterizado pela tomada de decisão que influencia diretamente no processo de trabalho dos indivíduos e impacta na condição de saúde da população. Sabe-se que o setor saúde é permeado por fatores psicológicos, políticos, sociais e econômicos que interferem a todo o momento na tomada de decisão dos gestores.

Assim, o grande desafio do gestor no setor público é desempenhar a gestão de modo que as decisões sejam pautadas na legalidade e condizentes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Entende-se que o direcionamento para esse processo se dá por meio do protagonismo nos processos de produção da gestão e principalmente na tomada de decisão, superando os obstáculos que perpassam pelo processo de trabalho, os sujeitos e o poder (OHIRA; JUNIOR; NUNES, 2014; SULTI et al, 2015).

Além dos fatores anteriormente citados, no estágio docente, percebeu-se a existência de variáveis que considero de natureza internas e externas que impactam diretamente na tomada de decisão. Dentre as variáveis externas destaco que as leis e as normas nem sempre atendem as demandas e as reais necessidades das unidades, descontinuidade do serviço, fragmentação da rede, insuficiência e/ou inadequação dos recursos e superlotação. Alguns autores estão em congruência com o observado, dentre eles destaco: ANDRADE et al, 2013;

MENDES, 2011; FREITAS, 2013; SOUZA et al, 2011; COSTA et al, 2015 e LIMA; LEITE; CALDEIRA, 2015.

Já como variáveis internas foram identificadas o aumento da rotatividade de profissionais, perfil inadequado do corpo gerencial e do corpo profissional e deficiência dos canais de comunicação e informação. Um estudo realizado em 2012 relata uma UPA apresentando essas mesmas variáveis e relata que outra a ser considerada é o estresse ocupacional (KILIMNIK et al, 2012).

Inferese que tais fatores causam impactos no trabalho dos gestores e, conseqüentemente, na tomada de decisão desses profissionais. Assim, nesse contexto, indaga-se: **“Como os gestores de uma Unidade de Atendimento Imediato vivenciam as tomadas de decisão no cotidiano de trabalho?”**

Esse estudo justifica-se pela importância das decisões administrativas nas ações em saúde, nos recursos a serem adquiridos, impactando diretamente nos resultados institucionais, bem como na qualidade da assistência prestada ao paciente. Além disso, aponta-se a necessidade de um ambiente organizacional que possibilite aos profissionais trabalharem conforme suas crenças e seus valores éticos e morais. Este estudo é relevante por contribuir para reflexões acerca de competências e habilidades para execução da tomada de decisão pelos gestores.

2 OBJETIVO

Compreender a tomada de decisão de gestores no contexto de Unidades de Atendimento Imediato.



REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A tomada de decisão

Para iniciar a discussão optou-se primeiro por definir o significado de tomada de decisão. O Dicionário Aurélio define a palavra decisão (2008, p.287) como: “*Ato ou efeito de decidir. Sentença, julgamento*”. Já o verbo decidir é definido como “*Determinar, resolver, solucionar, dar decisão. Tomar deliberação. Dar preferência. Resolver-se.*” Já Simon (1972) define a decisão como uma escolha entre alternativas capazes de conduzir ao alcance de resultados e metas na organização. Nesse sentido, a decisão objetiva resolver algo, por meio de argumentos, da consulta e do exame das ideias contrapostas ou complementares.

A discussão da tomada de decisão iniciou no contexto das empresas, com Chester Barnard, o primeiro executivo a utilizar essa expressão. Teóricos que vieram depois dele e obtiveram destaque por continuar a discussão sobre a tomada de decisão foram James March, Hebert Simon e Henry Mintzberg (BUCHANAN; O’CONNELL, 2006).

Esse estudo foi guiado à luz de Hebert Simon, a opção por esse teórico foi por considerar que ele trouxe a noção de racionalidade limitada, no qual rompe com o conceito de que a decisão é realizada somente por uma racionalidade perfeita (BUCHANAN; O’CONNELL, 2006). Com essa teoria Simon relatou que os indivíduos podem estar sujeitos a cometer erros e omissões e a não tomar uma decisão satisfatória, visto que são permeados por crenças e valores que estão presentes no momento das escolhas. Assim, por mais racional que seja um indivíduo ele ainda está sujeito a apresentar uma limitação na interpretação das informações para tomar decisões (SIMON, 1972). Parte-se do entendimento que os seres humanos são incapazes de se comportar de forma totalmente racional. Nesse contexto, foi incorporado à decisão aspectos como a emoção, cognição, formação de expectativas, aprendizado e motivações (STEINGRABER; FERNANDEZ, 2013).

Simon (1972) defende que a racionalidade limitada não é sinônimo de irracionalidade, pois os indivíduos têm a capacidade de perceber o contexto que estão em sua volta.

Considerando que o setor saúde é complexo, permeado por fatores psicológicos, políticos, sociais e econômicos que influenciam a todo o momento na tomada de decisão dos gestores, entende-se que a teoria defendida por Simon vai ao encontro com essa realidade e com as peculiaridades vivenciadas nesse setor.

3.2 O gestor e a tomada de decisão

O elemento central do trabalho do gestor é a tomada de decisão, sendo esta a atividade mais importante executada (MARQUIS; HUSTON, 2010). Os gestores são responsáveis pelos objetivos organizacionais visando à otimização do funcionamento das instituições de modo a alcançar sua máxima potencialidade.

Simon (1972, p.13) relata que: *“o indivíduo que toma decisões é o homem no momento de escolhas, prestes a decidir entre um ou outro dos caminhos que partem da encruzilhada.”* Para isso é necessário que o gestor seja um estrategista em suas ações, utilizando conhecimentos e técnicas para atuar sobre a realidade local e construir um planejamento em saúde que resulte em ações eficazes e efetivas (VIEGAS; PENNA, 2013).

Além disso, os gestores procuram minimizar e solucionar as dificuldades que interferem no bem-estar dos pacientes como as questões de natureza política e econômica, aspectos que afetam a gestão do serviço (TANAKATA; TAMAKI, 2012).

Por meio das práticas dos gestores é possível alcançar qualidade no atendimento prestado, atendendo as expectativas do cliente. Entretanto, para isso, é necessário apresentar competências tais como: o lidar com o poder, autonomia, liderança, comunicação aberta e constante, capacidade analítica, de julgamento, enfrentar as incertezas, ética, além do domínio de conhecimentos administrativos (SILVA; ROQUETE, 2013). Motta (1996) acrescenta que gerenciar é a arte de pensar, decidir e agir, transformando conhecimento em melhores ações para atingir as metas da instituição.

Simon (1972) define a tomada de decisão como o processo de descobrir, identificar e decidir entre uma ação ou outra. Maximiano (2011) afirma que o processo de tomar decisões, também denominado processo decisório, tem como objetivo resolver problemas ou aproveitar oportunidades, podendo ocorrer em etapas sequenciais que abrangem a identificação de uma dificuldade, a execução da decisão e o surgimento de uma nova situação culminando em um novo processo.

A tomada de decisão é uma atribuição primária dos profissionais que ocupam cargos administrativos como, por exemplo, o gerente e os coordenadores, atores que possuem autonomia para executar ou delegar essa função a outro funcionário (MAXIMIANO, 2011). Nesse sentido, observa-se que o cotidiano do trabalho gerencial é caracterizado por decisões tomadas em diferentes contextos dentro da instituição que influenciam diretamente no cuidar.

Segundo Almeida e colaboradores (2011) para uma tomada de decisão adequada é necessário que o processo siga alguns critérios como: Identificar e definir os problemas,

elaborar várias soluções por meio de informações existentes, comparar as alternativas, selecionar a proposta que melhor suprirá a demanda do problema e implementar e avaliar a ação. Ademais, segundo esses autores conhecer as fases do processo decisório permite uma visualização das debilidades e certezas de cada possível decisão. Ressalta-se que a decisão pode ser exercida por meio de uma análise técnica e escolhas racionais, mas nem sempre seguirá uma forma linear (BRESSAN; TOLEDO, 2013).

3.3 Fatores que influenciam a tomada de decisão e o contexto em saúde

Alguns fatores podem influenciar a tomada de decisão, tais como os psicológicos e emocionais, haja vista que alguns sentimentos como a motivação, pressão afetiva, expectativa pessoal e ambições ocasionam ações diferentes no mesmo profissional (MOTTA; VASCONCELOS, 2013). Segundo Simon (1972) o ser humano é incerto e imprevisível, influenciado por conflitos e interesses, os quais interferem nas decisões. Em contraposição, observa-se que o gestor é visto, pelos outros profissionais, como uma pessoa que detém um domínio do emocional, obtendo controle dos afetos e das relações (BRANT; DIAS, 2012). Assim, qualquer expressão de sentimento de fracasso pode significar incompetência.

A tomada de decisão se desenvolve em meio à incertezas e ambiguidades, pois as negociações mudam de acordo com as relações de poder, habilidades, culturas, conflitos, interesses pessoais, crenças e aspectos subjetivos relacionados a experiências anteriores (EDUARDO et al, 2015). Além desses fatores, a tomada de decisão é influenciada pela posição que o indivíduo ocupa no contexto e de sua característica mental, cognitiva e afetiva, ou seja, depende da personalidade do tomador de decisão (MOTTA; VASCONCELOS, 2013). Percebe-se que o profissional enfrenta sentimentos ambíguos que podem influenciar o curso das decisões e seus resultados.

Na saúde, devido à complexidade das situações enfrentadas, o gestor depara-se com alguns desafios para tomar decisão. Assim, uma das dificuldades apresentadas é a de promover uma conciliação de ideias e ações entre os profissionais, estabelecendo uma comunicação efetiva. Essa dificuldade é resultante da existência de uma fronteira disciplinar entre os diversos atores que atuam na área da saúde, haja vista que cada um exibe uma proteção ao seu núcleo do saber, o que causa uma dificuldade de harmonizar as diversas propostas, bem como o alcance das metas das organizações (CARPES et al, 2012).

Outro desafio relatado por Cavalcante e Pinheiro (2011) é o fato de que o processo

decisório na saúde encontra-se permeado por um modelo biomédico hegemônico, no qual se valoriza a doença em detrimento da promoção e prevenção a saúde. A valorização da doença pode ser percebida por meio do Sistema de Informação em Saúde (SIS) de abrangência nacional que fornece informações, prioritariamente, das manifestações patológicas, o que influencia diretamente a cadeia de decisão. Além disso, observa-se que o cotidiano dos serviços de saúde é permeado por práticas prescritivas, burocráticas e com alto consumo de procedimentos (SULTI et al, 2015). Endossa-se essas afirmações por meio de Mendes (2011), quando esse fala que historicamente os problemas de saúde estão focados nas doenças agudas, havendo hoje uma preocupação em introduzir a abordagem às doenças crônicas.

Dussalt (1992) em seu estudo aponta que a vulnerabilidade das unidades e a interferência do poder público são desafios que os gerentes enfrentam no cotidiano do trabalho, pois as instituições possuem objetivos que partem do governo, sendo fixados anteriormente, e não resultantes de uma demanda local, em consequência a isso, a tomada de decisão torna-se limitada e centralizada. Ressalta-se que apesar do artigo ter sido escrito em 1992 ele está em consonância com a realidade atual.

A fragmentação da atenção à saúde é apontada como mais um desafio que influencia a tomada de decisão, pois as instituições apresentam serviços isolados e incomunicáveis, com uma organização hierárquica, retratando, assim, a descontinuidade do atendimento ao paciente (ARRUDA et al, 2015; FREITAS, 2013). Na tentativa de minimizar essa questão problemática da descontinuidade da assistência, propõe-se uma consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Aponta-se que a RAS é um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si, que possui objetivo e missão de ofertar uma atenção contínua e integral ao paciente (MENDES, 2011; ANDRADE et al, 2013). A RAS é coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS), a qual atua de forma cooperativa e poliárquica com os demais níveis de atenção, tal como o secundário e terciário. Assim, são igualmente importantes e se relacionam de forma horizontal (SILVA, 2011; BRASIL, 2014). Apesar dos esforços para tornar a APS a porta de entrada do usuário, observa-se que a falta de estrutura e a não absorção das demandas refletem na superlotação da atenção secundária, deste modo, a emergência se constitui como primeira alternativa dos usuários.

Devido a esse cenário, o objetivo da Atenção Secundária, que seria atender os pacientes em situação de urgência e emergência, fica prejudicado (COSTA et al, 2015; ANDRADE et al, 2013; SOUZA et al, 2011; LIMA; LEITE; CALDEIRA, 2015). Diante desse fato, as leis e as normas estabelecidas não atendem as especificidades da saúde atual.

Face ao exposto, a Rede de Atenção às Urgências (RAU) tem o intuito de melhorar o atendimento aos pacientes em quadros agudos demandados em todos os pontos de atenção, visando à equidade, integralidade e universalidade no atendimento às urgências. Além disso, a RAU deveria promover a articulação entre as unidades de atendimento, identificar a gravidade do paciente e definir o ponto de atenção adequado para encaminhá-lo. Por fim, organizar o fluxo do atendimento, definir as prioridades e o tempo necessário para atender, bem como ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários de forma ágil (BRASIL, 2011). A gestão na RAU deve possuir uma atuação que vise à qualidade da atenção por meio de ações coordenadas, integrais, longitudinais e contínuas, visando perpetuar uma articulação compartilhada entre os diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2011).

A RAU tem como princípios a promoção, prevenção e vigilância em saúde e tem como componentes a Atenção Básica; Serviços de Atendimento Móvel às Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; UPA e o Conjunto de Serviços de Urgência 24 horas; Hospitalar e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011).

Dentre os componentes da RAU, nesse estudo, terá ênfase a UPA. Ressalta-se que a terminologia UPA não é usada em todos os municípios, apesar de carregar o mesmo princípio e objetivo. Assim, no município no qual foi realizado este estudo, o termo Unidade de Atendimento Imediato (UAI) é utilizado como sinônimo do termo UPA.

As UPA foram criadas com o intuito de minimizar o vazio assistencial existente na saúde e aumentar a capacidade de captação de pacientes, a fim de se manter um fluxo multidirecional (BRASIL, 2013). Em contraposição constatou-se que apesar das mudanças administrativas e políticas ocorridas na lógica do atendimento ao usuário observa-se a existência de uma peregrinação do paciente nas instituições de saúde, superlotação na unidade, baixa qualidade da assistência, inadequação dos recursos físicos e uma permanência do paciente por mais de 24 horas na unidade (ANDRADE et al., 2013; FREITAS, 2013; SANTOS et al., 2013).

3.4 Decisão programada e não programadas

As decisões programadas são aquelas que, conforme o próprio nome diz, ocorrem de acordo com uma programação, ou seja, cria-se um processo para defini-las. Além disso, é um conjunto de pressupostos e previsões que se encontram presentes na organização (SIMON, 1972).

Por já terem sido executadas anteriormente, as decisões programadas são bem conhecidas pelos membros da instituição e permanecem no conhecimento intrínseco da organização. Assim os gestores poderão recorrer à memória e ao conhecimento prévio adquirido para tomar a decisão (SIMON, 1972).

Já as decisões não programadas são aqueles que decorrem inesperadamente e não há protocolos pré-estabelecidos para enfrentá-la, assim, a organização dependerá da capacidade de resolução dos constituintes da instituição, que “fazer um julgamento”, e dependerá da experiência, percepção e intuição para ser resolvida, bem como do processo psicológico (SIMON, 1972).

Simon faz uma analogia sobre a decisão não programada e a falta de experiência para se tomar decisões: *“Se temos um trabalho a executar e não dispomos de tempo ou habilidade para conceber e fabricar o instrumento mais indicado, examinamos os instrumentos de que dispomos, ou vamos à casa de ferragens e selecionamos o melhor que podemos encontrar”*(1972, p.27).

Nesse contexto, apesar de não obter o conhecimento de como resolver o problema de imediato, utiliza-se a abstração, intuição e imaginação. Habilidades que alguns gestores acreditam não serem as responsáveis pela resolução.

Baseado nas teorias acima apresentadas parte-se do princípio que este esquema orienta a tomada de decisão dos gestores participantes do estudo, Figura 1.

Figura 1 – Compilado do percurso da tomada de decisão



Fonte: Elaborada pela autora para fins de estudo, 2016.



PERCURSO METODOLÓGICO

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo de caso único, de natureza qualitativa. A escolha dessa abordagem se justifica por ser aplicável a pesquisas cujo escopo é a interpretação dos sujeitos sobre a forma que vivenciam suas experiências, abordando as relações, percepções, opiniões e valores (MINAYO, 2013). A pesquisa qualitativa aproxima-se dos fenômenos individuais, dinâmicos e holísticos, com o objetivo de expor os elementos, para esclarecer o contexto daqueles que vivenciam (POLIT; BECK, 2011).

O estudo de caso é o método de escolha quando o investigador pretende entender “como” ou “por que” um fenômeno acontece, buscando abranger sua profundidade e seu contexto. Nesse método o pesquisador se dispõe de pouco controle sobre o evento e seu foco de estudo é o contexto da vida real (YIN, 2010). Além disso, esta abordagem permite que o investigador descreva e mapeie as relações e as percepções dos sujeitos envolvidos (MINAYO, 2013). Assim, o método escolhido no presente estudo possibilitou interpretar a vivência da tomada de decisão, bem como o sentido e a relevância deste evento para o gestor.

Desse modo, o estudo de caso e a abordagem qualitativa mostraram-se adequados para a compreensão dos significados sociais, os fatores que interferem e os eventos que caracterizam a vivência da tomada de decisão no cotidiano de trabalho dos gestores da atenção secundária à saúde. Destaco que a vinculação do estudo de caso e da pesquisa qualitativa permitiu uma aproximação da construção da realidade do objeto a ser estudado.

4.2 Cenário do estudo

Este estudo foi desenvolvido nas UAI, responsáveis pelo atendimento de casos de urgência e emergência, localizadas no município de Betim, Minas Gerais.

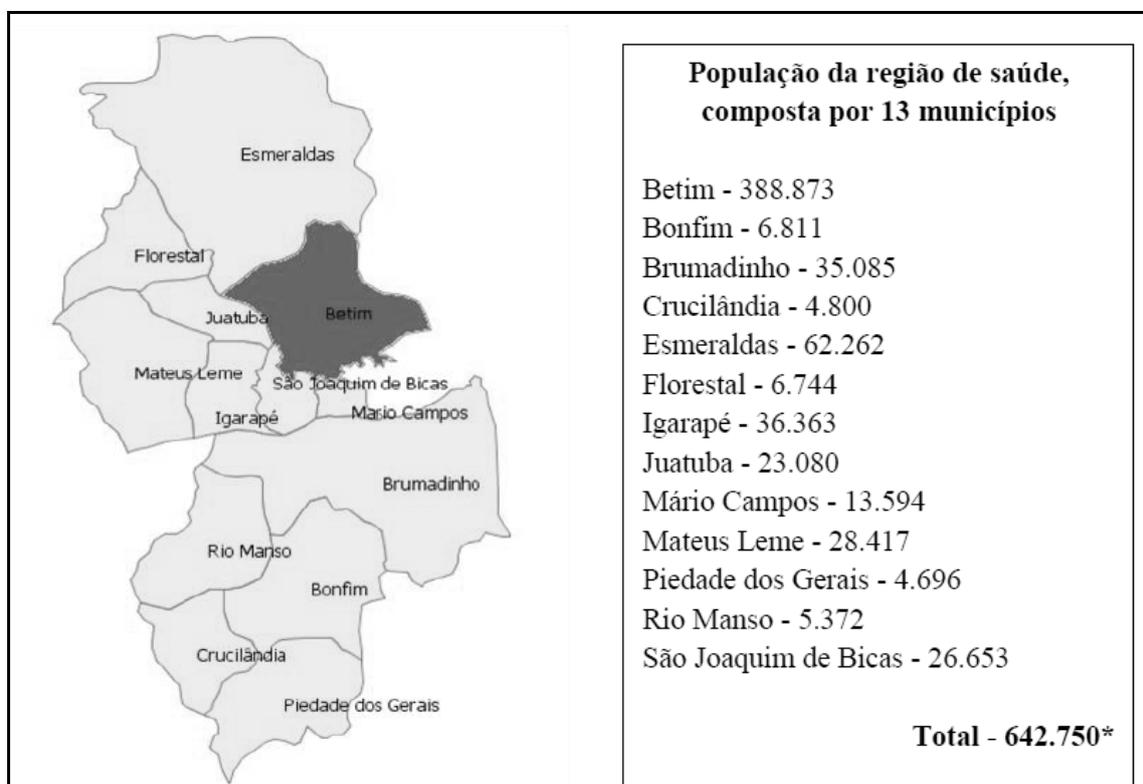
A escolha dessa cidade foi intencional e se deu pelo critério de acessibilidade geográfica para a pesquisadora, e também, pela disponibilidade e aceitação do município em participar da pesquisa.

Betim foi considerada distrito em 1801 e elevada a município em 1938 com o objetivo econômico de desenvolver a industrialização de base e a produção de alimento para o abastecimento local. Metas essas alcançadas e diversificadas se constituído hoje como polo petroquímico e automotivo, abrigando indústrias nos setores de metalúrgica, alumínio, mecânica e logística (BETIM, 2014).

O município possui extensão de 346 km², fazendo divisa com os municípios de Esmeraldas, Contagem, Juatuba, Igarapé, Ibirité, São Joaquim de Bicas, Mário Campos e Sarzedo e está a 30 km da capital mineira (BETIM, 2014). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2015) a população estimada para 2015 é de 417.307 habitantes o que proporciona o título de quinta maior cidade de Minas Gerais em população.

Betim se constitui como território de abrangência da região de assistência à Saúde em Minas Gerais, sendo composta por 13 municípios, abrangendo um total de 642.750 habitantes, como apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Mapa da Região de Saúde de Betim-MG.

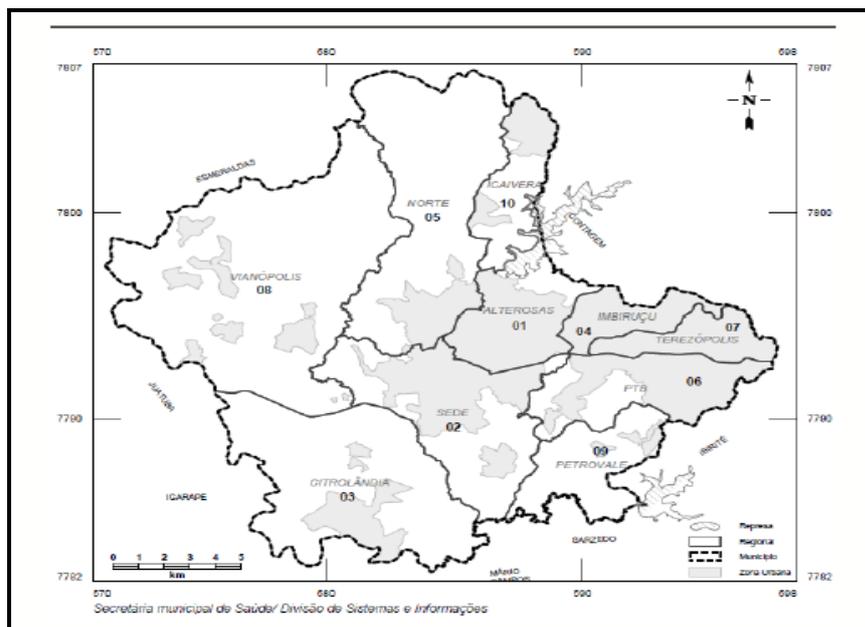


Fonte: BETIM. Secretária Municipal de Saúde. Prefeitura de Betim. Plano Municipal de Saúde de Betim 2014/2017.

Ressalta-se que Betim possui o maior número de equipamentos tecnológicos e recursos humanos, na referida área e concentra o maior contingente de pessoas.

A fim de realizar uma melhor organização administrativa e para oferecer uma atenção contínua e integral à população Betim foi dividida em dez regiões, como apresentado na Figura 3.

Figura 3 – Distribuição das gerências administrativas, Betim-MG, 2013.



Fonte: BETIM. Secretária Municipal de Saúde. Prefeitura de Betim. Plano Municipal de Saúde de Betim 2014/2017.

Essa divisão foi realizada com base nas características e nas necessidades de saúde de cada região, permitindo a vinculação das equipes de saúde a população (BRASIL, 2014). Essa organização regional dos serviços de saúde do SUS do município é pautada em redes de saúde e prioriza a integração dos diversos serviços. Dessa forma organiza-se em microáreas, passando pelas regionais até chegar ao nível central, garantindo desse modo, a missão da secretaria Municipal de Saúde de Betim a qual preconiza que a população deve ter acesso aos serviços de saúde (BETIM, 2014).

Segundo o IBGE (2015) o município conta com 74 estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS. Há de se destacar a presença de 34 unidades de saúde da atenção primária, unidades laboratoriais, serviços de imagem, centro de especialidades médicas, centros de referência em saúde mental, uma maternidade e dois hospitais, o Hospital Orestes Diniz e o Hospital Público Regional. O último é um hospital geral, constituindo como referência para os municípios que compõem a região de saúde de Betim, realizando atendimentos de média e alta complexidade, sendo a primeira escolha para atendimentos em trauma, agressões, neurocirurgias, cirurgia geral, clínica médica, pediatria e ortopedia. Complementando os estabelecimentos acima citados, Betim conta também com quatro UAI que objetivam:

prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares (BRASIL, 2014, p. 54-55).

Além disso, em consonância com a Portaria nº342 de março de 2013 do Ministério da Saúde (MS) as UAI possuem as seguintes competências adicionais: funcionar de modo ininterrupto por 24 horas em todos os dias da semana, incluindo feriados, acolher os usuários e seus familiares, articular-se com os outros pontos de atenção à saúde, construindo e ordenando os fluxos de referência e contrareferência, garantir a continuidade do cuidado, realizar atendimentos multiprofissionais e interdisciplinares, dar apoio diagnóstico e terapêutico e manter pacientes em observação por até 24 horas (BRASIL, 2013).

Na cidade de Betim, as UAI foram implantadas em locais estratégicos, localizadas em quatro regiões distintas: Alterosas, Guanabara, Sete de Setembro e Teresópolis, o que possibilita o atendimento aos usuários de toda extensão do município (BETIM, 2016). Essas unidades são regulamentadas de acordo com Política Nacional de Urgência e Emergência promulgada em 2003, que busca oferecer serviços de urgência e emergência por meio do SUS para os usuários que precisam de atendimento imediato e objetiva estruturar e organizar a atenção das urgências no país (BRASIL, 2013).

Todas as UAI realizam atendimento de média e alta complexidade a adultos e dessas, apenas a UAI Sete de Setembro e Teresópolis fazem atendimento pediátrico.

As quatro UAI foram escolhidas por serem consideradas porta de entrada, multidirecional e que realizam interlocuções com a atenção primária e terciária em saúde, já que as UAI estão inseridas no contexto da RAS e deve trabalhar interligada com todos os níveis de assistência, assim, pode-se dizer que a tomada de decisão dos gestores nessas unidades desencadeiam resultados nos diferentes pontos de atenção à saúde. Ademais, a possibilidade de estudar instituições que possuam complexidade intermediária e compreender a vivência dos gestores na tomada de decisão em unidades da Atenção Secundária em Saúde.

Para manter o anonimato das UAI elas foram nomeadas de acordo com o alfabeto Grego, sendo: Alfa, Beta, Gama e Delta.

4.3 Participantes do estudo

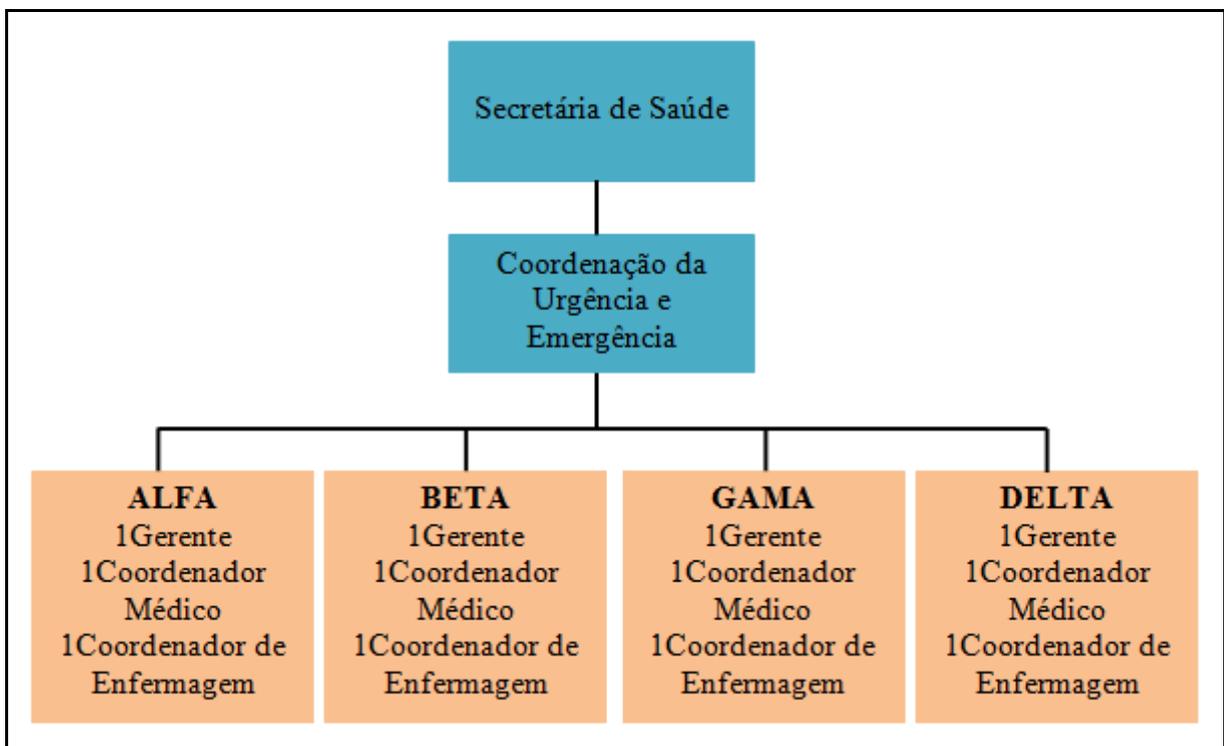
Os participantes deste estudo foram os gerentes e coordenadores das UAI, o secretário de saúde e o secretário adjunto do município de Betim. Por acreditar que os gestores são

figuras centrais na configuração da tomada de decisão, buscou inserir na pesquisa os profissionais presentes nos diversos níveis de gestão das UAI, a fim de compreender a tomada de decisão de gestores no contexto da atenção secundária.

Nesse sentido, os critérios de inclusão adotados foram: Profissionais que ocupam cargo de gerente e coordenador nas referidas UAI, cujo vínculo empregatício com a unidade estudada seja por período superior ou igual a seis meses e que aceitassem participar da pesquisa. Acredita-se que esses critérios foram necessários para captar gestores que conheçam a estrutura organizacional e estejam envolvidos com as UAI, possuindo, assim, informações diferenciadas e fidedignas. Foram excluídos da pesquisa aqueles participantes que se encontram de férias no momento da coleta de dados.

A estrutura organizacional das UAI de Betim obedece a um modelo hierárquico, no topo se encontra a Secretária de Saúde com o Secretário de Saúde e o Secretário Adjunto, seguido pelo Coordenador da Urgência e Emergência, em sequência o gerente de cada unidade com os seus coordenadores médicos e da enfermagem, como segue na Figura 4.

Figura 4 – Organograma das Unidades de Atendimento Imediato do município de Betim-MG.



Fonte: Elaborada pela autora para fins de estudo, 2016.

Pretendeu-se realizar a pesquisa com todos os 15 (quinze) gestores, conforme a estrutura organizacional das UAI explicitadas na Figura 4. Destes gestores 2 (dois) se

recusaram a participar da pesquisa, alegando sobrecarga de trabalho. Assim, foram incluídos na pesquisa 13 (treze) participantes, dentre eles: 1 Secretário de Saúde, 1 Secretário Adjunto, 3 Gerentes, 4 Coordenadores Médicos e 4 Coordenadores de Enfermagem. Dentre os participantes 5 (38%) são do sexo feminino e 8 (62%) do sexo masculino.

Para manter o anonimato dos participantes eles foram nomeados de Gerente (GR), seguido do número da entrevista.

4.4 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada em três etapas assim descritas. A primeira, com a realização de entrevistas individuais, com roteiro semiestruturado (APÊNDICE A); a segunda por meio da técnica do “Gibi” (APÊNDICE B) e a terceira pela execução da observação.

Um importante aspecto do estudo de caso é que ele permite a utilização de diferentes fontes de evidência, as quais possibilitam a abordagem aprofundada e ampla de aspectos históricos e comportamentais e, principalmente, a triangulação das linhas convergentes, tornando os resultados mais acurados e relevantes (YIN, 2010). Com isso, nesse estudo utilizaram-se diferentes fontes de evidência visando obter maior compreensão do mesmo objeto.

Para verificar se o roteiro de entrevista semiestruturado e a pergunta norteadora da técnica do “Gibi” seriam eficazes para contemplar o objetivo deste estudo foi realizado um teste piloto anterior ao início da coleta de dados com os participantes previstos no estudo. Assim, foi realizada entrevista com a coordenadora de enfermagem de uma UPA localizada na cidade de Belo Horizonte. A participante do teste piloto foi escolhida por estar inserida em um contexto semelhante ao da pesquisa e, com o intuito de não comprometer a coleta de dados. A entrevista teve duração de 1 hora e 13 minutos, foi gravada e transcrita na íntegra e, posteriormente, analisada de acordo com Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). Após a análise dos dados coletados, o roteiro de entrevista passou por adequações, sendo acrescentada a pergunta: “Relate um conflito ético/moral que ocorreu na unidade na qual você teve que tomar uma decisão”. Ressalta-se que os dados coletados no teste piloto foram descartados após a reestruturação do roteiro, não sendo inseridos nos resultados das pesquisas.

Posteriormente ao teste piloto foi feito contato prévio, por meio de ligação telefônica e e-mail, com cada participante elegível, visando apresentar e esclarecer o objetivo do projeto e convidar para participar do mesmo. Após aceitação para participar da pesquisa, foi agendado horário e dia, conforme a disponibilidade de cada gestor.

A coleta de dados durou 4 (quatro) meses, tendo sido iniciada em setembro de 2015 e finalizada em dezembro do mesmo ano. Houve algumas dificuldades durante o período de coleta em campo, tais como o relato de sobrecarga de trabalho, falta de tempo e o receio em participar da pesquisa. Outro fator complicador foi a falta de apoio explícita da coordenadoria de urgência e emergência do município e a resistência da mesma em autorizar a concessão de entrevistas por parte de profissionais sob sua coordenação.

Como mencionado anteriormente, a entrevista foi utilizada como estratégia de coleta de dados. Segundo Minayo (2013) a entrevista é uma conversa destinada a construir informações acerca de um objeto de pesquisa. Por meio dela é possível obter as narrativas de vida, ou seja, reflexões do próprio sujeito sobre as realidades vivenciadas, constituindo uma representação da realidade (POUPART et al, 2008). Assim, a matéria prima da entrevista é a fala do participante, que permite coletar informações sobre suas percepções, valores e crenças (MINAYO, 2015).

Desse modo, a realização da entrevista justificou-se pela necessidade de explorar em profundidade a perspectiva dos atores, contribuindo para a compreensão das condutas, bem como, os dilemas e questões enfrentadas pelos sujeitos perante a tomada de decisão.

A entrevista foi realizada por meio do roteiro semiestruturado que combina perguntas fechadas e abertas (MINAYO, 2015). O roteiro iniciou com perguntas fechadas que objetivaram traçar o perfil dos gestores. Em seguida foram feitas perguntas abertas que possibilitaram aos entrevistados discorrerem sobre o tema sem se prender às questões previamente escritas.

Após a entrevista, aplicou-se a Técnica do “Gibi”, a qual utiliza imagens para representar a subjetividade. A técnica do Gibi foi utilizada inicialmente em uma pesquisa na área da saúde, com abordagem qualitativa (ARREGUY-SENA; ROJAS; SOUZA, 2000). A técnica do Gibi surge como possibilidade metodológica de coleta de dados na pesquisa qualitativa, sendo uma estratégia lúdica na qual o sujeito terá a possibilidade de expressar por meio de uma figura o tema proposto (BRITO et al, 2014).

As Histórias em Quadrinhos (HQ) representam o imaginário popular e situações vivenciadas no cotidiano, estabelecendo conexões com a realidade. Além disso, expressa a subjetividade da humanidade (BRITO et al, 2014). Pessoa (2010), relata que a HQ é um meio de comunicação que possui imagem e texto, sendo a ilustração considerada essencial para a sua compreensão, gerando um meio de comunicação. São necessárias para sua compreensão ações interpretativas, visuais e verbais. Além disso, Palhares (2008) diz que HQ podem ser utilizadas para aprofundar análises e gerar discussões sobre um tema.

Desse modo, neste estudo foi utilizada a revista do tipo “Gibi” da Turma da Mônica. Optou-se por esta revista por ela apresentar imagens reconhecíveis, com representações do dia-a-dia, ou seja, são representações do cotidiano das pessoas na forma de quadrinhos (BRITO et al, 2013). Os participantes do estudo representaram por meio de uma figura “O processo de tomada de decisão que envolva um conflito moral”. Em seguida comentaram e explicaram o motivo da escolha da figura. Ressalta-se que foi analisada a descrição e não a figura propriamente dita. Assim, a figura foi utilizada como recurso para coletar informações subjetivas.

Para a realização desta etapa da pesquisa foi distribuída a cada participante a última edição da revista tipo gibi da Turma da Mônica, publicada em setembro de 2015, período do início da coleta. Decidiu-se pela escolha da última edição da revista aleatoriamente, pois acredita-se que assim não haveria indução e interferências na coleta de dados. Foi fornecida aos participantes a mesma revista, por entender que a disponibilização da mesma edição da revista a pessoas diferentes possibilita a representação do objeto de maneira igualitária.

O entrevistado pode escolher a figura que lhe convém em toda a extensão da revista, incluindo capa, contracapa e propagandas. O objetivo dessa técnica foi proporcionar uma reflexão dos gestores sobre a vivência da tomada de decisão, por meio da interpretação do desenho contido na revista.

Os relatos oriundos do roteiro de entrevista e da técnica do gibi foram gravados e transcritos na íntegra, respeitando todas as falas, expressões e pensamentos dos sujeitos. Essas duas etapas da coleta de dados totalizaram 10 horas 24 minutos e 37 segundos, sendo que a média de duração foi de 48 minutos.

Objetivando conhecer aspectos do cotidiano dos participantes e reduzir a distância entre pesquisadora e os pesquisados, sem reduzir a conhecer somente às falas, realizou-se a observação não participante, no qual o observador é inserido no campo de estudo para observar o cotidiano da organização e das pessoas que deseja pesquisar, coletando dados de natureza descritiva, além de ser um método capaz de reduzir a distância entre os discursos e as práticas dos atores sociais (POUPART et al, 2008).

Todas as informações coletadas durante a observação foram redigidas em um arquivo eletrônico denominado diário de campo. Nele foram abordadas as atitudes e situações ocorridas nas unidades durante a coleta de dados e alguns comentários feitos pelos participantes anteriormente e/ou posteriormente a gravação das entrevistas, ou seja, os eventos e os diálogos. Por outro lado, as percepções e a interpretação da pesquisadora sobre o

comportamento dos participantes durante a entrevista e sobre o cotidiano de trabalho foram registradas nas notas de campo.

4.5 Análise dos dados

A análise do material obtido mediante a realização das entrevistas, dos relatos da técnica do “Gibi” e da observação foi realizada por meio da Análise de Conteúdo. Esta abordagem propicia a realização de deduções lógicas por meio das falas do emissor e seu contexto, permitindo inferir a realidade que se transpõe além das falas propriamente ditas, por ser considerada uma técnica da comunicação (BARDIN, 2011). Segundo Minayo (2013) para analisar um material é necessário superar as incertezas, aprofundando-se nos significados das vivências presentes nas falas dos participantes.

A análise dos dados foi organizada em três polos: pré-análise; a exploração do material; tratamento dos resultados; inferência e a interpretação (BARDIN, 2011). Na primeira fase foi feita a organização dos dados e a preparação do material. Assim, foi realizada a transcrição na íntegra das informações e leitura flutuante de todo o material. A leitura flutuante diz respeito ao primeiro contato com o material, consistindo na leitura na qual o pesquisador deve deixar os dados falarem por si só, sem realizar inferências (BARDIN, 2011).

Posteriormente foi realizada a exploração do material consistindo em transformar os dados brutos em informações significativas e compreensíveis (codificação). Para isso foram realizadas anotações prévias buscando operacionalizar e sistematizar as ideias. Em seguida realizou-se a categorização, considerada por Bardin (2011) como um grupo de elementos que possui características comuns sob um título genérico, o que impõe ao investigador a caracterização, que cada um tem em comum que permite o agrupamento. Além disso, as categorias devem ser homogêneas, ter pertinência, objetividade e produtividade.

A terceira e última etapa da Análise de Conteúdo foi à realização da interpretação dos dados e inferências à luz da literatura (BARDIN, 2011). Nessa fase buscaram-se os significados das mensagens e suas características gerando três categorias temáticas, que serão apresentadas posteriormente nos resultados.

Ressalta-se que para traçar o perfil dos participantes da pesquisa foi realizada uma análise estatística descritiva dos dados obtidos por meio do roteiro de entrevista semiestruturado.

4.6 Aspectos éticos

Para a realização desse estudo, o projeto foi submetido e aprovado pela Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da Universidade Federal de Minas Gerais (ANEXO A). Em seguida, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Betim – CEPBETIM, tendo parecer favorável (Parecer n°1.192.060), (ANEXO B). Também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP/UFMG (Parecer n° 1.174.603), (ANEXO C), conforme as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvam os seres humanos, determinada pela Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os entrevistados foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, aspectos éticos e legais e foram convidados a participar da mesma. Posteriormente preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE C), o qual continha o objetivo, riscos e benefícios da pesquisa. Ressalta-se que foi preservado o anonimato dos participantes e das UAI.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos participantes e ocorreram posteriormente ao consentimento informado, além disso, a participação dos profissionais foi voluntária, sendo preservado o direito e a liberdade de se recusarem a participar e de retirar o consentimento durante o desenvolvimento do estudo, sem prejuízo àqueles que o fizessem.



APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação e discussão dos resultados foram divididas em três partes. Na primeira parte será apresentado o perfil dos gestores que participam da estrutura organizacional das UAI do município de Betim. Posteriormente serão apresentados e discutidos os resultados das entrevistas, que por meio da análise geraram três categorias temáticas: “Atividades realizadas no cotidiano de trabalho dos gestores nas UAI”, “Processo e elementos da tomada de decisão dos gestores nas UAI”, “Facilidades e entraves na tomada de decisão de gestores das UAI”.

5.1 Perfil dos gestores que participam da estrutura organizacional das UAI do município de Betim

O perfil dos gestores foi traçado com objetivo de se conhecer as particularidades pessoais e profissionais desses atores. Para melhor visualização dos dados obtidos criou-se um banco de dados no “Microsoft Excel”, onde foram inseridas as seguintes variáveis: sexo, estado civil, número de filhos, formação profissional, tempo de formação, instituição de graduação, nível de qualificação, qualificação específica na área gerencial, tempo de serviço na UAI, tempo de serviço como gerente, incentivo da secretária para assumir o cargo de gestor, jornada de trabalho diária formal e informal, flexibilidade de horário, outros cargos assumidos na instituição e número de empregos atualmente.

Observou-se que, entre os participantes, o sexo masculino encontra-se em maior quantidade que o feminino. Segundo o IBGE (2003), a maioria da população economicamente ativa é do sexo masculino apresentando 53,3%, mantendo uma progressão contínua com relação aos anos anteriores. Já a população feminina apresenta-se em proporção menor com 46,7%. Contudo, verifica-se um crescimento constante, pois no ano de 2003 esse percentual era de 44,4%, apresentando um acréscimo de 2,3% no ano de 2015.

Segundo Pastore, Rosa e Homem (2008) há predomínio de homens em cargos que exigem maior força física e/ou procedimentos mais agressivos, em setores tais como bloco cirúrgico e emergência, uma vez que a figura masculina estabelecerá maior respeito. Ademais, os cargos de chefia são ocupados em sua maioria por homens. Já as mulheres quando ocupam esse espaço, algumas vezes são submetidas a instâncias superiores que impõe metas, procedimentos e tarefas, tendo pouco poder de decisão.

A presença da mulher no topo da hierarquia organizacional é um fenômeno raro. Pesquisa de Neto, Tanure e Andrade (2010) realizada com 965 participantes que ocupam cargos de gestão em grandes empresas revelou que 222 são mulheres e, dessas, somente duas ocuparam cargo de presidentes, refletindo que o universo da alta gestão continua sendo predominantemente masculino.

Outra pesquisa realizada por Teixeira e Góis (2015) apontaram que em uma determinada empresa 50% dos funcionários eram do sexo feminino, mas apenas 30% dos cargos no níveis hierárquicos mais elevados são ocupados por mulheres.

Em congruência com esse estudo, Candaten, Zanatta e Trevisan (2016) relatam que as corporações tradicionais, influenciadas por uma cultura machista, dificilmente colocam mulheres em cargos-chaves, por elas não conseguirem se dedicar integralmente a carreira, já que possuem outras obrigações, como cuidar de filhos, família e casa, sendo essas as desvantagens com relação ao homem. Neto, Tanure e Andrade (2010) enfatizam que o equilíbrio entre o cuidar da família, trabalho e a competência são caminhos para que as mulheres se sobreponha a cultura machista presente nas organizações. Embora haja uma expansão de mulheres em cargos gerenciais ainda não foi possível garantir a equidade entre os gêneros (BIASOLI, 2016).

Quando o público feminino consegue adentrar o espaço organizacional ocupa majoritariamente trabalhos com execução fragmentada, com princípios Tayloristas. Além disso, a prática do “cuidar” é entendida como um processo naturalizado, devido ao pensamento engessado da associação da mulher à figura mulher-mãe (CAPPELLE et al, 2004). Nota-se que a força de trabalho em saúde está passando pelo fenômeno de feminização, pois o contingente feminino vem crescendo desde os anos 70 e se tornando cada vez maior, principalmente entre profissões do nível técnico e auxiliar (WERMELINGER et al, 2010). Apesar do trabalho em saúde ser majoritariamente feminino, historicamente vivemos em uma sociedade patriarcal com predomínio da supremacia masculina (BIASOLI, 2016).

O equilíbrio entre o masculino e o feminino vem aumentando expressivamente, principalmente no campo do setor público, isso se deve ao fato do Estado oferecer serviços que se apresentam culturalmente femininos como a educação, saúde e assistência social e por realizar contratações menos discriminatórias por meio de concurso público (FRANÇA, 2015).

Mesmo por meio do mérito alcançado para ocupar cargo gerencial, as mulheres passam por dilemas constantes, como ter que lidar com a discriminação, com menores salários e com a assimilação de um universo masculino (SAMPAIO et al, 2013). Mediante esses

obstáculos a mulher tem dificuldades em ser reconhecida pela sua equipe, a despeito de apresentar níveis educacionais elevados e melhor qualificação profissional quando comparada ao homem. As mulheres precisam apresentar resultados satisfatórios e superiores aos dos seus colegas do sexo masculino para manter-se na organização (MOURÃO; GALINKIN, 2008).

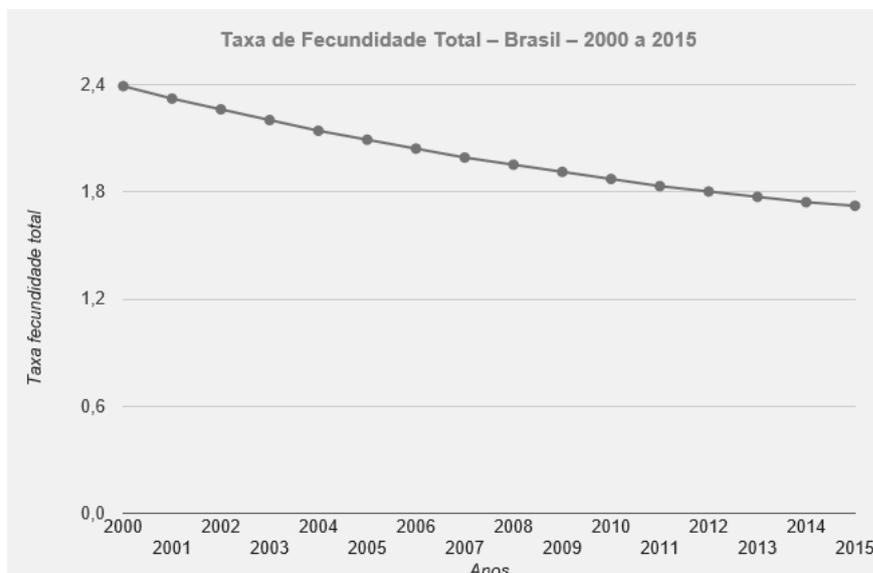
O poder para as mulheres é utilizado para conduzir a busca pela melhor execução de suas atividades que resulte na satisfação de todos envolvidos (empregados, clientes, família e comunidade), tendo a tendência a tomar decisões compartilhadas e descentralizadas mais do que o homem, motivando e valorizando a participação de todos para o trabalho. Assim, ela partilha o poder, além de mostrar respeito pelas diferenças e preferir a eficácia em detrimento da eficiência (MACHADO, 1999). Mourão e Galinkin (2008) acrescentam que o estilo feminino de gerenciar é caracterizado, também, pela organização, compreensão, flexibilidade, detalhismo e competência, sendo essas características o núcleo central do gerenciamento feminino.

As mulheres tendem a enfatizar a qualidade dos serviços, o que aliado a evidente dedicação ao trabalho fazem com que as organizações administradas por mulheres possuam maior sobrevivência no mercado empresarial (MACHADO, 1999).

Nesse contexto, observa-se um avanço significativo e contínuo da presença de mulheres na força de trabalho. No entanto, ainda persistem situações a serem superadas como as mulheres ocuparem cargos considerados socialmente como “funções femininas”.

Quanto ao estado civil, os participantes, em sua maioria, eram casados 9 (69%), seguido por 3 (23%) solteiro e 1 (8%) divorciado. A média do número de filhos dos gestores foi de 1,23 filhos. Esse resultado está em consonância com a média de fecundidade apresentada pelo IBGE (2013), Gráfico 1:

Gráfico 1 – Taxa de Fecundidade Total no Brasil, anos de 2000 a 2015.



Fonte: IBGE, Projeção da População do Brasil, 2013.

Conforme observado no gráfico, a taxa de fecundidade total no Brasil vem diminuindo ao longo dos últimos 15 anos. Atualmente o brasileiro apresenta média inferior a 1,8 filhos. Barros e Junior (2013) relatam que o número de filhos dos brasileiros vem sofrendo uma queda desde o início do ano de 1970.

Um dos fatores que impactaram na queda da fecundidade das mulheres brasileiras foi a sua inserção, cada vez maior, no mercado de trabalho formal e informal resultando na redução da disponibilidade para cuidar dos filhos. Aspectos como o número de filhos e relacionamento conjugal são influenciadores no processo de ingresso e/ou permanência no mercado de trabalho.

Além dos fatores anteriormente citados, o declínio no número de filhos foi acompanhado pela difusão dos métodos contraceptivos orais no Brasil, no início da década de 70. Assim, as pessoas passaram a ter mais acesso a programas de planejamento familiar. Além disso, as condições de moradia e trabalho, bem como a sobrevivência e a competitividade no mercado de trabalho foram outros eventos que contribuíram para a redução do número de pessoas na família (BARROS; JUNIOR, 2013).

A formação profissional, tempo de formação, instituição de graduação e nível de qualificação dos participantes foram outros dados obtidos, com o objetivo de identificar o perfil profissional dos participantes. Esses dados foram consolidados na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos gestores por tempo de formação e nível de qualificação das Unidades de Atendimento Imediato, do município de Betim-MG.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL	TEMPO DE FORMAÇÃO	INSTITUIÇÃO DE GRADUAÇÃO	NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO	QUALIFICAÇÃO ESPECÍFICA PARA ÁREA GERENCIAL
Relação Internacional	10 anos	Escola de Saúde Pública	Especialista	Gestão Hospitalar
Medico	6 anos	UNIG	Especialista	
Medico	13 anos	UFMG	Especialista	Gestão executiva em saúde (MBA)
Enfermeiro	8 anos	PUC	Especialista	Gestão em saúde
Medico	4,5 anos	CUBA-ELAN	Superior completo	
Enfermeiro	23 anos	UFMG	Especialista	Administração Hospitalar
Enfermeiro	8 anos	Estácio de Sá	Superior completo	
Enfermeiro	20 anos	PUC	Superior completo	
Medico	23 anos	UFMG	Especialista e Residência	
Ciências Contábeis	11 anos	Newton Paiva	Especialista	Planejamento e Gestão em saúde coletiva
Enfermeiro	6 anos	UNICOR	Especialista e Mestre	
Medico	37 anos	Ciências Médicas	Especialista e Residência	
Enfermeiro	28 anos	UFMG	Superior Completo	

Fonte: Elaborada pela autora para fins de estudo, 2016.

Observa-se que 6 (46%) são enfermeiros, 5 (38%) são médicos e 1 gestor possui formação em Relações Internacionais e 1 em Ciências Contábeis, representando, cada (8%).

A enfermagem tem se mostrado com potencial para implantar, manter e desenvolver o gerenciamento das políticas de saúde, em razão de ser uma profissão com perfil gerencial delineado na formação acadêmica (SOARES et al, 2016). Sade e Peres (2015) relatam que a construção da competência durante a formação acadêmica deve ser vinculada ao aperfeiçoamento constante de acordo com as exigências do trabalho, por meio da aquisição de conhecimentos permanentes, o qual deve ser um compromisso do enfermeiro e das organizações.

Faz-se também relevante que o enfermeiro conheça e incorpore à sua prática profissional as competências necessárias como saber comunicar, liderar, motivar e estabelecer um bom relacionamento entre a equipe de trabalho. Ou seja, para que o enfermeiro esteja à frente do serviço é necessário que o mesmo conheça a organização em que atua, bem como seu modelo de gestão, compreendendo, assim, o que significa uma boa gestão, colocando-a em prática, visto que os reflexos de suas ações terá impactos na assistência prestada (RODRIGUES et al, 2015).

Quanto ao tempo de formação profissional dos gestores, foi encontrada a média de 15,19 anos. Por meio desse achado pode-se inferir que os profissionais que ocupam cargo de

gestão nas UAI apresentam significativa experiência profissional na área de formação. Oito participantes 8 (62%) se formaram em uma instituição de ensino superior privada e 5 (38%) em instituição de ensino pública.

A maioria dos gestores participantes da pesquisa possuem nível de especialização 9 (56%), 2 participantes (13%) possuem especialização na modalidade residência e 1 participante (6%) mestrado. Nota-se que 4 (25%) dos gestores não possui nenhuma qualificação *Stricto sensu* ou *Lato sensu*, como apresentado na Tabela 2. Ressalta-se que 1 participante possui mais de uma especialização, que 2 profissionais têm uma especialização e uma residência e que 1 gestor possui uma especialização e um mestrado.

Também relacionado a formação, 8 (62%) disseram não ter nenhuma qualificação para atuar na área gerencial e 5 gestores (38%) relataram ter qualificação específica na área gerencial. Dentre as áreas citadas estão: gestão hospitalar, gestão executiva em saúde, gestão em saúde, administração hospitalar e planejamento e gestão em saúde coletiva.

A falta de profissionais preparados para atuar como gestores no SUS é um dos fatores encontrados por Lorenzetti e seus colaboradores (2014) como uma das fragilidade da gestão em saúde no Brasil. Os autores relatam que a origem desse problema é a frágil formação técnica dos profissionais de saúde para a gestão, o despreparo para lidar com os processos de gestão e a organização do trabalho, sendo uma consequência da descontinuidade de ações permanentes nessa área. É encontrada a lacuna entre as necessidades e complexidades do setor saúde e a capacidade gerencial encontrada.

Os autores supracitados relatam que o Brasil possui a cultura de acreditar que qualquer profissional sabe gerir e que a administração é aprendida no cotidiano. Nesse contexto, na área da saúde, a enfermagem se sobressai por ser uma profissão que contém em seu currículo uma disciplina de administração (LORENZETTI et al, 2014).

Os profissionais do SUS devem ser qualificados de forma a trazer resultados positivos para o trabalho e isso se dá por meio de planejamento, um bom desenvolvimento, de forma ascendente e transdisciplinar, visando as necessidades e a realidade da população para produzir um cuidado de qualidade. A qualificação deve ser permanente e entrelaçada entre o contexto de trabalho e o espaço de ação dos profissionais (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Com relação a tempo de serviço nas UAI 4 (31%) dos gestores relataram possuir tempo de serviço menor a 1 ano, 3 (23%) possuíam entre 1 a 5 anos e 4 (31%) tempo maior ou igual a 14 anos de trabalho.

A maioria 10 (77%) dos gestores possuíam tempo menor que um ano no cargo de gestor da UAI, 2 (15%) relataram estar atuando a dois anos nessa função e 1 (8%) apresentou

tempo de trabalho de quatro anos e meio.

Devido ao expressivo contingente de gestores apresentarem tempo de atuação como gerente menor que um ano, atrelada às entrevistas coletadas e as observações realizadas, pode-se dizer que há uma rotatividade dos gestores, pois como se refere a cargos de confiança seus mandatos está ligado a eleições.

A alta rotatividade dos gestores no setor público é constatado por (LORENZETTI et al, 2014). Segundo Sakamae e colaboradores (2014), a troca frequente de funcionários é improdutiva, pois geram custos trabalhistas, gasto de tempo, despesas com recurso investido na integração e um tempo para adaptação do novo empregador. Os principais fatores associados a altos índices de rotatividade devem-se a políticas internas da organização e ao estilo de supervisão da administração.

Outro fator que gera a rotatividade é o apadrinhamento ou comissionamento de cargos nas repartições públicas, recorrentes no Brasil. Esse é um recurso utilizado por alguns dirigentes eleitos para conferir poder a pessoas que irão compor as estruturas de comando, permitindo imprimir uma marca a gestão e um controle vertical no governo (BRANCO; RIBEIRO, 2016). Para a alta administração essa é uma solução para a qualidade do serviço e melhor estabelecimento de metas, visto que a responsabilização e a entrega dos resultados são avaliadas por meio do desempenho individual de um funcionário, o que acarreta no seu maior comprometimento (BARBOSA, 2014).

Para Almeida (2010), os cargos comissionados podem gerar a descontinuidade administrativa e impactos nas políticas e práticas públicas, bem como no planejamento e mudanças nas decisões. Além disso, observou nessa pesquisa a presença da visão de propriedade dos cargos como se ele fosse propriedade de quem dele dispõe.

Alguns participantes 7 (54%) relataram ter recebido incentivo da Secretária de Saúde de Betim para ocupar o cargo de gerente como o apoio técnico e gerencial, gratificação salarial, hora extra, extensão da jornada de trabalho, gratificação de função, financeiro e flexibilidade de horário. Outros 6 (46%) disseram não ter recebido nenhum incentivo para trabalhar como gestor na UAI.

Atrelado ao cargo comissionado observa-se a inclusão de alguns benefícios que são entendidos como uma forma de reconhecimento e dedicação à organização (BARBOSA, 2014). Esses fatores juntamente a denúncias em casos de corrupção geram uma imagem de coleguismo, loteamento de cargos e baixa profissionalização dos dirigentes.

Almeja-se uma gestão eficiente, produtiva e competitiva, mas ao mesmo tempo há sobreposição da gestão paternalista, hierárquica, com o uso de princípios meritocráticos para

ocupar cargos de diretoria (BARBOSA, 2014). A vinculação dos cargos gestores deve ser provida por mérito individual dos servidores que precisam possuir capacidade técnica e administrativa para realizar a função. Para assegurar a organização e continuidade dos planejamentos é necessário a implementação de carreiras que estejam vinculadas a cargos de direção assegurando a organização das tomadas de decisões públicas (SANTOS, 2009).

Em relação à jornada de trabalho formal 11 (85%) informaram trabalhar 40 horas por semana, 2 (15%) 24 horas por semana. Nota-se uma discrepância em relação à jornada de trabalho formal e informal, pois os participantes realizam uma carga horária de trabalho superior o presente no contrato de trabalho, apresentando uma média de 16,61 horas/semanais a mais de trabalho. Os dados da jornada de trabalho formal e informal foram consolidados na Tabela 2.

Tabela 2 – Jornada de trabalho formal e informal dos gestores das Unidades de Atendimento Imediato, do município de Betim-MG.

PARTICIPANTE	JORNADA DE TRABALHO FORMAL	JORNADA DE TRABALHO INFORMAL	QUANTIDADE DE HORAS A MAIS
1	40 h/sem	60 h/sem	20 h/sem
2	40 h/sem	52 h/sem	12 h/sem
3	40 h/sem	60 h/sem	20 h/sem
4	40 h/sem	60 h/sem	20 h/sem
5	40 h/sem	64 h/sem	24 h/sem
6	40 h/sem	60 h/sem	20 h/sem
7	40 h/sem	50 h/sem	10 h/sem
8	24 h/sem	40 h/sem	16 h/sem
9	40 h/sem	50 h/sem	10 h/sem
10	40 h/sem	50 h/sem	10 h/sem
11	40 h/sem	50 h/sem	10 h/sem
12	40 h/sem	60 h/sem	20 h/sem
13	24 h/sem	48 h/sem	24 h/sem

Fonte: Elaborada pela autora para fins de estudo, 2016.

Seis participantes (46%) disseram trabalhar entre 45 a 50 horas/semanais, 5 (38%) cumprem a carga horária de 51 a 60 horas/semanais, 1 (8%) disse ter uma carga horária maior que 61 horas/semanais e 1 (8%) disse exercer 40 horas/semanais, ressalta-se que esse último possui contrato de 24horas/semanais.

As exigências de ações geradoras do trabalho de qualidade podem potencializar a sobrecarga de trabalho do gestor. Nesse sentido, as cobranças e exigências feitas pelos usuários, funcionários sobre o seu comando e por gestores municipais geram uma sobrecarga de trabalho, além da rotina marcada por uma fragmentação e intensa resolução de problemas.

Embora a carga horária seja alta, 12 participantes (98%) disseram que apresentam flexibilidade de horário e 1 (8%) disse não ter maleabilidade no horário. Seis (6) coordenadores relataram assumir outros cargos como plantonista, visita domiciliar e trabalhar na horizontalidade do cuidado, além de realizar as funções como coordenadores.

Além disso, notou-se que alguns gestores exercem outras atividades, além das já executadas na UAI. Assim, 7 (54%) gestores possuem outro vínculo empregatício dentre os quais 4 (57%) possuem jornada de trabalho na outra instituição superior a 20 horas/semanais.

Com o delineamento do perfil dos gestores foi possível identificar que existem lacunas que devem ser preenchidas e superadas, como a supremacia do sexo masculino no cargo gestor, a escassez na qualificação específica na área gerencial, a expressiva rotatividade devido ao comissionamento de cargos de gestão e a ampla jornada extra de trabalho.

5.2 Atividades realizadas no cotidiano de trabalho dos gestores nas UAI

A presente categoria permitiu identificar algumas atividades realizadas no cotidiano de trabalho dos gestores, sintetizadas na Tabela 3. As tarefas têm como principal objetivo planejar, implementar e avaliar ações com vistas a promover uma melhor rotina no trabalho.

Tabela 3 – Atividades dos gestores nas Unidades de Atendimento Imediato, no município de Betim-MG.

Atividades de trabalho dos gestores nas UAI

Implementar e melhorar o processo de trabalho na unidade (fluxos e rotinas)

Promover a qualidade do serviço

Alterar estratégias

Criar e definir protocolos e ferramentas

Gerir e providenciar os recursos físicos e instrumentais

Fornecer informações

Despachar e elaborar documentos

Gerir Recursos Humanos

Averiguar e realizar escala

Resolver problemas/pendências

Atender às demandas da equipe

Gerir problemas e conflitos

Realizar treinamentos e capacitações

Indicar cursos para o corpo clínico

Fonte: Elaborada pela autora para fins de estudo, 2016.

Segundo Signor e colaboradores (2015), o gestor da saúde deve estabelecer caminhos para colocar em prática os princípios e diretrizes do SUS, buscando conduzir as ações, implementar e manipular ferramentas de modo a enfrentar os obstáculos e as diversas realidades encontradas para produzir e garantir a atenção universal, equitativa e integral aos usuários.

Nesse sentido, os gestores realizam atividades que visam a organizar e implementar o processo de trabalho na unidade com foco na melhoria dos fluxos e rotinas, como evidenciado nos trechos a seguir

“[...] pensar toda a estrutura necessária, pensar no processo de trabalho que precisa ser melhor organizado, qualificado, é pensando no suporte técnico que vai ser necessário também [...]” (GR4)

“A gente fica sempre tentando cumprir essa meta de atendimento para organizar o serviço e atendendo também os pacientes, tentando organizar tudo, é isso!” (GR5)

Os gestores mencionam seu empenho para realizar mudanças que propiciem melhorias no processo de trabalho, esse tema é definido por Faria e seus colaboradores como:

Dito de outra forma pode-se dizer que o trabalho, em geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade (2009, p.21).

O processo de trabalho é constituído por um objetivo ou finalidade, agentes, meios e objetos. No contexto do trabalho em saúde, a finalidade ou objetivos são os resultados que se almeja alcançar, um atendimento que seja capaz de suprir as demandas e que irá promover a satisfação da expectativa dos profissionais, bem como dos pacientes. Para isso é preciso ter pessoas/agentes condutores das ações, que realizarão o trabalho para atingir os objetivos previamente estabelecidos. Já os meios são os insumos, materiais, conhecimentos e habilidades utilizadas pelos profissionais para colocar em prática uma ação sobre o objeto, o qual pode ser um paciente, portanto sobre o objeto se exerce uma ação transformadora (FARIA et al, 2009).

Para melhorar o trabalho na organização é preciso identificar, propiciar, assegurar e monitorar os principais processos para garantir a aplicabilidade das ações. É imprescindível

também determinar as sequências, interações e os meios que irão ser utilizados para sua implementação. Finalmente, é preciso que seja feita a definição dos processos a serem mobilizados para alcançar os objetivos traçados, visando maior produtividade com menores custos e menor desperdício, ou seja, produzindo mais e melhor seguindo uma filosofia gerencial baseada na qualidade (FIGUEIREDO; D'INNOCENZO, 2011).

Assim, para organizar melhor o processo de trabalho pode ser necessária a fusão, eliminação, mudanças ou até mesmo a criação de novas ferramentas e protocolos. Nesse sentido, GR6 e GR7 relatam que para facilitar a gestão na unidade foi imprescindível a criação de protocolos e ferramentas.

“[...] pra gente tentar melhorar o fluxo que não está bom no momento e a gente está tentando montar alguns protocolos que não existem ainda na unidade.” (GR6)

“[...] quando você se sente impotente você começa, eu começo a criar algumas ferramentas minhas mesmo, por exemplo quando eu vou abrir férias, a prefeitura não tem um critério né? Eu já abri o critério, ah você quer férias? Beleza! [...] Quais são os critérios? Primeiro taxa de absenteísmo [...] se ele falta. Se ele chega atrasado, se ele apresenta atestado, vai perder a concorrência dele, se ele tá disputando um mês e tem um outro concorrente pelo mesmo mês e se essa pessoa é muito mais assídua do que ele, ele vai perder para a pessoa. Então a ferramenta que eu desenvolvi aqui de certa forma ajuda, mas não resolve todos os problemas.” (GR7)

Segundo o relato supracitado, percebe-se que quando não há meios pré-estabelecidos pela gestão local, algumas estratégias são utilizadas pelos gestores nas unidades para facilitar a execução do trabalho como, por exemplo, a criação de ferramentas com o intuito de facilitar o fluxo e a rotina da instituição. Ou seja, ocorrem tomadas de decisões locais sem uma diretriz geral, ocasionando um dinamismo e inconsistências nos processos.

Para ter sustentação dos projetos e ferramentas inseridas o gestor deve ter suporte das pessoas e do sistema para dar prosseguimento às ações, uma vez que a cultura das organizações influencia diretamente na implementação e manutenção dos processos, sendo necessário que o gestor tenha competência para mobilizar a participação dos profissionais, conduzindo a uma reflexão sobre as necessidades de mudança e aperfeiçoamento (SILVA et al, 2016; FIGUEIREDO; D'INNOCENZO, 2011). O sucesso depende diretamente da execução e do cumprimento das responsabilidades pelos agentes que se encontram na base da organização (BORGES; MENDES, 2014).

Os gestores possuem atribuições políticas, técnicas e administrativas. Ademais, são responsáveis pelo gerenciamento do abastecimento de materiais, insumos e medicamentos (SANTOS; LAIMER C; LAIMER V, 2016). Nesse contexto, os gestores das unidades realizam a gestão de recursos físicos para manter a continuidade dos processos, bem como a funcionalidade da unidade conforme exemplificado

“[...] mudança de salas, mudança de amarela e laranja também no momento é o que está me ocupando porque tem que estar sempre orientando e modificando a sala, refazendo de forma que ela fica mais ágil e mais fácil do funcionário trabalhar né? Porque teve mudança física e mudança também de normas, porque antes era tudo junto, tanto a amarela, laranja e verde eram concentradas num setor só. Então com a mudança das salas [...] pra gente tentar melhorar o fluxo que não está bom no momento e a gente está tentando montar alguns protocolos que não têm ainda na unidade.” (GR6)

Por meio do depoimento de GR6 é possível identificar que os gestores realizam mudanças físicas e instrumentais em prol do cumprimento de um atendimento ágil e eficaz.

O processo de trabalho é realizado pelas condições que o meio oferece para desenvolvê-lo (FARIA et al, 2009). Pois, a transformação do objeto é efetivada por meio do uso de meios/instrumentos de trabalho utilizado pelo trabalhador.

Quando há ausência de equipamentos, materiais e insuficiência de área física configuram-se como condições que dificultam o planejamento do trabalho (MOTTA; SILVA; LIMA, 2015). Essa situação gera ameaças à saúde dos pacientes devido à dificuldade de alocação de recursos que interfere na atuação dos profissionais.

Na atual conjuntura política e financeira vivenciada pelo Brasil, pode-se dizer que grande parte dos gastos públicos com a saúde foram cortados devido ajustes econômicos, implicando em impactos tanto na macrogestão, quanto na microgestão da saúde. Mesmo antes desse cenário, alocar recursos financeiros e/ou físicos na saúde sempre foi um desafio para o gestor. Assim, ele deve priorizar os interesses da população quando se trata de recursos públicos. Para isso é necessário eleger prioridades, possuir uma dimensão ética e honestidade e principalmente, mensurar a real situação econômica do município. Atualmente a sociedade tem se deparado com gestores que tratam os recursos públicos destinados a saúde com descaso (MOTTA; SILVA; LIMA, 2015; CAMPOS et al, 2016).

“Eu acho que a gente tem que ser um país enxuto com a máquina enxuta e resolutiva e que dê condições para a sociedade. Agora não é justo que a sociedade pague um rombo que não é dela, então eu acho que o gestor tanto eu, tanto a mim quanto os demais gestores, a gente tem que seguir uma linha de dar agilidade no serviço com a qualidade certo e o custo certo e o atendimento no tempo certo e cumprir a nossa missão. Porque a gente

foi contratado para isso. Não deu certo por parte do gestor geral do SUS, ou por parte do próprio gestor que está na base, você tem que procurar novos rumo. Então enquanto a gente fica naquela de querer agradar os outros nada vai sair do lugar, você entendeu, nada!” (G1)

Um estudo apontou que a deficiência de recursos humanos e materiais são encontrados na maioria das unidades de urgência e emergência do Brasil. Essas dificuldades podem ser visualizadas por meio da estrutura física e tecnológica inadequadas, insuficiência de equipamentos, número reduzido de unidades, capacitação inadequada para o trabalho, recursos humanos limitados e baixa cobertura de atendimento (GARLET et al, 2009). Amestoy e colaboradores (2016) relatam que os profissionais recém formados irão se deparar com a falta de materiais e escassez de recursos e além disso, com a falta de experiência dos profissionais nas unidades de urgência e emergência.

Além da estrutura física e material, os gestores elucidaram em suas falas que os documentos são uma ferramenta muito utilizada para responder a questionamentos da Secretária Municipal de Saúde (SMS), ouvidoria do SUS, Ministério Público, dentre outros. Nota-se que esses documentos são utilizados para transmitir informações específicas sobre a situação da unidade perante um problema ou há alguma questão peculiar.

“[...] existem diversas demandas de documentos, de despachar documentos ou de elaborar documentos para a secretária de saúde, ou para obras específicas como, por exemplo, a ouvidoria do SUS, a ouvidoria SUS Betim que exige essa demanda frequente. Também de manifestações de respostas ao ministério público, né? Existe uma recorrência de solicitações e esclarecimentos ao ministério público. Então isso é uma questão que o gerente também tem que fazer.” (GR4)

Durante a observação no campo de estudo percebeu-se que o gestor não dispõe de sistemas informatizados, o que dificulta a disponibilidade e acesso aos dados e indisponibilidade de informação a tempo e a hora para tomar decisões. As informações são disseminadas internamente e externamente a unidade, conforme a solicitação de informação. Se caracterizando como um procedimento assistemático. Esse fato dificulta a tomada de decisão do gestor, pois ele não possui um banco de dados que possa ser consultado para decidir, assim, infere-se que as decisões são em maioria tomadas no achismo e intuição, devido a baixa apropriação da informação.

Os dados são a base para gerar informações. Na saúde as informações são capazes de refletir o processo saúde/doença, a realidade vivenciada pela população, embasa o planejamento, execução e avaliação das ações, reduz o grau de incertezas e apoia a busca por

soluções, sendo uma importante mediadora de conhecimento que apoia a tomada de decisão (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2011; PINHEIRO et al, 2016). Para que os gerentes e coordenadores possam tomar decisões eficazes e efetivas é indispensável que eles tenham informações que permitam caracterizar a situação e, principalmente, o problema.

Nas UAI a informação é utilizada para exibir a funcionalidade das ações produzidas pelos gestores e conseqüentemente exposto a maneira como a instituição está sendo conduzida. Segundo Franco e Merhy (2012) a informação está sendo utilizada de forma equivocada, pois não deveria ser empregada como um medidor de funcionalidade e sim como forma de analisar permanentemente as fragilidades e potencialidades presentes na organização, bem como os processos de trabalho e conseqüentemente a gestão praticada. Além disso, aferir o desempenho norteando a gestão e as políticas públicas (SANTOS et al, 2014).

Por meio dos dados e informações provenientes da instituição o gestor é capaz de reconhecer, quantificar e definir problemas existentes que afetam os indivíduos, proporcionando um modelo gerencial eficiente para os serviços de saúde (DALL'ALBA et al, 2014). As informações se constituem como alicerces no processo decisório, ao planejamento e estratégias de ação, além de estabelecer diferenciais competitivos e mudanças na cultura organizacional (VALENTIM, 2008).

Nesse sentido, para compreender a organização e sua complexidade é necessário usufruir da informação, pois por meio dela será originado o conhecimento que irá guiar os decisores para determinada ação. Assim, o processo de produção e tradução da informação é denominado de gestão do conhecimento que atrelada a gestão da informação são essenciais para um melhor aproveitamento dos dados gerados no ambiente interno e externo, auxiliando os processos de tomada de decisão (JORGE; VALENTIM, 2016).

Para a realização de um processo de trabalho é necessário que existam agentes (profissionais de saúde) que pratiquem ações sobre os objetos (usuário) (UNA-SUS/UFMA, 2016). Assim, para o funcionamento da unidade é essencial a presença de profissionais para a realização do trabalho, sendo essa uma das preocupações dos gestores, manter o número constante de profissionais para exercer o trabalho.

“É fazer a gestão junto com o RH da unidade, do RH, dos recursos humanos, relação a escalas, relação às férias, a fechamento mensal de frequência.” (GR4)

“Na verdade eu coordeno mais a parte médica, questões de escalas médicas, de organização do trabalho, qual médico que vai ficar na

urgência, qual que vai atender na porta, organização das fichas de atendimento.” (GR5)

“A responsabilidade principal minha é manter a unidade com os médicos é suficiente para o atendimento da população né? Manter a equipe completa que nem sempre a gente consegue; mas esse é o fim principal da minha função.” (GR9)

Os participantes relatam que muitas vezes a escala mensal dos profissionais se torna a tarefa principal do dia, demandando uma boa parte do tempo, outras tarefas como escala de férias, fechamento de frequência e escala do final de semana. Essas são tarefas árduas do cotidiano de trabalho, que requerem o diálogo constante com os profissionais. A dificuldade relacionada à escala dos agentes prestadores de serviço também foi um aspecto identificado pela pesquisadora.

A gestão é vista como um alicerce da organização, pois é dela a função de zelar pela eficácia e eficiência do colaborador e gerir os impactos e responsabilidades sociais que podem ser produzidos (BORGES; MENDES, 2014).

Outro ponto que merece destaque é a falta de definição do processo de trabalho dos gestores nas unidades. Assim, os gestores estão sobrecarregando e são acionados constantemente para resolver pendências do dia a dia. Além dos depoimentos dos participantes esse fato foi identificado por meio da observação não participante, tendo sido notado que em todas as unidades a figura gerente é acionada constantemente pelos profissionais e pacientes para resolver diversas demandas, desde situações simples do cotidiano, como o desaparecimento de uma chave, até questões mais complexas, como a atuação antiética de um servidor.

“Na coordenação eu fico a cargo de toda parte de enfermagem tanto de escalas, não tenho alguém, uma secretária ou alguém definido pra fazer essa parte para mim burocrática não né, eu tenho que coordenar tudo mesmo, fazer a escala, olhar as normas, rotinas, práticas diárias né, fica tudo na minha responsabilidade” (GR6)

“Você sabe como é que é né enfermeiro ele é enfermeiro, mas ele tem que tomar conta da água, da luz, do material que tá estragado, do material que tá faltando, é o material que a prefeitura compra e a equipe vem reclamar que o jelco é ruim para puncionar a veia de adulto, a veia de criança, então é tudo! (risos) Não é fácil não! (risos).” (GR7).

“Às vezes a enfermeira sai chega o paciente eu atendo entendeu, a gente não para aqui um minuto entendeu, você fica rodando, vejo o paciente, vou atrás de medico, é difícil, pra vê se ele libera paciente para vê se dá alta

que a gente tem paciente internado para gente colocar na cama ajudando a organizar, vejo coisa de limpeza [...]” (GR8)

O trabalho pode ser exercido por um único sujeito ou em coletividade, estabelecendo objetivos e as relações adequadas para a transformação do objeto. Franco e Merhy (2011) relatam que raramente o processo de trabalho em saúde é realizado por apenas um indivíduo. A gestão é vista como uma tarefa coletiva e não apenas como uma atribuição de um único ser dotado de poder (UNA-SUS/UFMA, 2016). Nesse contexto, a meta organizacional deve ser envolver todos os profissionais inerentes ao processo de trabalho.

A falta de autonomia dos coordenadores para atuarem é outro ponto que favorece a existência de atividades centradas no gerente. Nota-se que há uma dependência do gerente para resolver determinadas ações ou problemas gerados pela equipe e/ou pelo paciente.

“Outra função que eu tenho é de atender a equipe, né? Que constantemente vem me procurar para poder resolver uma demanda que ele tem, ah é férias, é uma troca de plantão, ah eu não posso vir isso é uma troca com a casa, então às vezes é às vezes não isso aí que é o dia-a-dia né, e às vezes tem conflito também, né?” (GR7)

Os gerentes das unidades apresentam sobrecarga de trabalho e executam as atividades conforme a demanda diária, o que dificulta a tomada de decisão planejada em longo prazo. Nota-se uma gerência tradicional na qual as decisões estão centralizadas na figura do gerente, resultando em dificuldade para o desempenho dos outros profissionais, representadas pelos coordenadores, presentes na unidade, o que poderia ser resolvido por meio da delegação de tarefas.

O gerente precisa estimular e incentivar a atividade individual para que, por meio das ideias os profissionais, possam dar origem a novas práticas (LIMA et al, 2016), bem como a função de direcionar a equipe de trabalho para os valores e objetivos institucionais (BORGES; MENDES, 2014). Mediante ao exposto, afirma-se que o líder eficaz é aquele capaz de mobilizar e oferecer autonomia aos profissionais para assumirem o compromisso com as tarefas organizacionais.

A gestão em saúde ainda está ancorada em teorias tradicionais da administração, sendo necessário um movimento em prol de novas formas de gestão, com a participação efetiva e a cooperação dos trabalhadores e usuários (LORENZETTI et al, 2014). É necessário indicar e assegurar a direção das decisões por meio de programas, recursos, processos e serviço.

Além disso, a tomada de decisão pode ser influenciada por motivos e objetivos particulares, podendo ser induzida por decisões com interesses divergentes ao interesse da

instituição. Nesse sentido faz-se importante a participação de outros autores para minimizar esses fatores, impedindo que a necessidade individual se sobressaia (KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015).

Observa-se a necessidade de o gerente refletir sobre o seu processo de trabalho, reorganizando-o dentro de sua unidade, promovendo adequações em suas práticas e minimizando dificuldades e otimizando o tempo.

Além da autonomia dos profissionais faz-se necessário que os gestores promovam capacitações e educação em serviço. Amestoy e colaboradores (2016) ressaltam que os agentes da ação devem utilizar a capacidade, saberes e conhecimento para promover um bom trabalho e alcançar a finalidade determinada pela instituição.

Com o intuito de capacitar os profissionais da unidade os gestores realizam treinamentos e indicam cursos pontuais para o corpo clínico.

“O coordenador medico é isso aí, você tem que promover também palestras, você tem que indicar cursos, especialização né e isso aí faz parte também da minha função, toda vez que surge um curso, por exemplo, na nossa área aqui que é a comunidade de urgência [...]” (GR12)

“Eu faço treinamentos, por exemplo, sempre que tem algum, por exemplo, estamos com o implante do eletro com todos os plantões eu sento, eu ensino, faço junto, faço treinamentos periódicos com a equipe também, né treinamento de urgência, emergência.” (GR13)

O saber permite mobilizar os processos de trabalho, a construção e obtenção de novos conhecimentos, sendo considerado como elemento que promove o desenvolvimento, a produtividade, a satisfação e realização pessoal dos profissionais (SEIXAS et al, 2016)

Franco e Merhy (2012) relatam que o trabalho possui uma tecnologia do tipo leve (relações, acolhimento, vínculo), tecnologia dura (normas e protocolos) e uma tecnologia leve-dura, que são os saberes, a clínica, que devemos colocar em constante interrogação para produzir novos conhecimentos. A educação permanente realizada deve produzir mudanças positivas no desempenho dos profissionais e ser alinhada com estrutura e objetivos da instituição, com vistas a melhoria da qualidade da assistência (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Os trabalhos são avaliados pela adequação dos resultados apresentados. Por esse motivo, há uma necessidade de implementar estratégias que auxiliem o fortalecimento das práticas de gestão como a presença de um contingente de profissionais que possua

conhecimentos e habilidades técnicas para a concepção das atividades propostas pela instituição (SEIXAS et al, 2016).

Consta-se, também, que por meio da capacitação e estratégias de treinamentos os profissionais tendem a preencher o vazio existente entre a formação profissional e o contexto de trabalho, conduzindo a resultados como a criatividade, resolutividade dos problemas, trabalho em equipe e humanização no atendimento (BATISTA; GONÇALVES, 2011). Outros aspectos são a melhoria da segurança, o senso crítico e a criatividade, o que ocasiona impactos nos resultados, no aumento do compromisso, incentivo da produtividade e produz um maior nível de satisfação nos pacientes (FIGUEIREDO; D'INNOCENZO, 2011).

Estudo realizado com gestores de instituições de saúde brasileiras detectou que incentivos na carreira e valorização na formação e educação permanente dos profissionais contribuem significativamente para a qualidade dos serviços prestados (LORENZETTI et al, 2014). Almeja-se que os profissionais de saúde realizem continuamente processos de aperfeiçoamento que possibilitem o desenvolvimento integral, ou seja, teórico, prático e social, solidificando suas ações no processo de trabalho em saúde (SIGNOR et al, 2015).

Por meio dessa categoria pode-se identificar que o gestor deve ser um profissional qualificado capaz de articular a relação entre pessoas, estruturas, tecnologias, metas, meio ambiente e usuários do serviço, aplicando ferramentas que proporcionem o planejamento diário embasando as ações dos seus colaboradores. Os gestores são agentes capazes de movimentar instrumentos e promover mudanças no processo de trabalho com a finalidade de mobilizar a equipe para prestar atendimento de qualidade. Nas unidades em estudo é necessário que os gestores se indaguem com relação sobre como, e o que está sendo produzido com o trabalho, só assim conduzirão para um novo rumo e melhor.

5.3 Processo e elementos da tomada de decisão dos gestores nas Unidades de Atendimento Imediato

A presente categoria permitiu a caracterização dos atores, estratégias, ações, características e os tipos de decisões tomadas pelos gestores das UAI do município de Betim. Além disso, nesta categoria emergiu a descrição das especificidades de cada elemento do processo de decisão, visto a sua importância e ênfase pregada pelos participantes do estudo.

5.3.1 Atores envolvidos na tomada de decisão

O indivíduo que toma decisão é aquele que opta por um caminho, dentre as oportunidades possíveis, buscando criar e desenvolver os cursos de ação que melhor irão suprir as demandas do problema (SIMON, 1972). Neste estudo, foram evidenciados que os principais atores na tomada de decisão são os gerentes, coordenadores de enfermagem e coordenador médico, como indicado nas falas:

“Geralmente esse grupo aqui que define está aqui o coordenador de enfermagem, o coordenador médico e aqui a gerência e ouvindo as pessoas, agora se é uma coisa que ultrapassa essas fronteiras a secretária de saúde, entendeu? A coordenação de urgência, o secretário de saúde, a auditora de saúde, então vai depender do contexto e do tipo de infração né.” (GR1)

“Seria o gerente e a coordenadora de enfermagem, que envolve toda a parte técnica, os enfermeiros, os coordenadores, os técnicos de enfermagem. Então são os dois, a gente toma decisão juntos, os três né? Eu e eles dois.” (GR5)

“Junto com a gerente, nunca separado, junto com ela! A gerente é enfermeira também, ela está como gerente, mas ela é enfermeira. Então a gente sempre toma decisões juntas.” (GR8)

As decisões são fruto do consenso entre gerentes, coordenadores médico e de enfermagem. Eles são as figuras centrais desse processo e a maioria das deliberações são tomadas em conjunto por esse grupo de gestores ou somente pelo gerente, de maneira individual.

No contexto em que a tomada de decisão ocorre individualmente merece ênfase o discurso de GR12. Ressalta-se que o raciocínio do referido participante ocorreu proveniente da Técnica do Gibi. O gestor relatou se sentir sozinho em meio às tomadas de decisão.

Figura 5 – Figura originada da técnica do Gibi, 2016



Descrição do quadrinho: Vários personagens participam da cena, eles possuem olhares de espanto para um fio que foi arrancado do chão. Um personagem encontra-se no centro da cena, com as mãos a cabeça.

“[...] e você fica sozinho pra tomar as decisões, então isso é o que acontece muitas vezes [...] está cada um para um lado e todo mundo lava as mãos [...] Sou eu! (personagem de roupa amarela no centro da figura) Porque eu não sei o que eu faço, eu fico sem saber o que eu faço, porque eu não tenho quem me ajuda todo mundo correu e eu fiquei sozinho, fiquei só!” (G12)

Fonte: Técnica do Gibi.

Diante da fala de GR12, nota-se que a decisão foi tomada de forma isolada não por opção e sim porque a equipe não é estimulada e envolvida a participar deste processo.

As decisões podem ser tomadas individualmente ou em grupo. A tomada de decisão individual por ser realizada individualmente exhibe uma agilidade, responsabilização clara e valores consistentes, sendo mais utilizada quando é necessária uma decisão rápida. Por outro lado, a tomada de decisão em grupo gera informação e conhecimento mais completos e diversidade de opiniões, melhor aceitação da solução, disseminação e incentivo pelos membros (ROBBIS, 2000). As decisões nas unidades estudadas tendem a ser preferencialmente individuais, devido à necessidade de agilidade nas decisões e também pela falta de incentivo a participação dos demais profissionais, ficando as deliberações concentradas nos gestores.

Em termos de eficácia, a tomada de decisão em grupo é superior à tomada de decisão individual, produzindo decisões de melhor qualidade, pois considera e valoriza os diversos saberes. A implementação da tomada de decisão grupal nas unidades em estudo demanda por um líder que promova a motivação e participação dos profissionais na resolução dos

problemas encontrados no dia-a-dia, bem como promova um rompimento das barreiras disciplinares. Segundo Carpes e colaboradores (2012), esse é um quesito almejado nas instituições de saúde, por permitir a interação das áreas e do conhecimento, assim como promover a resolução de problemas e, conseqüentemente, o alcance dos objetivos.

A responsabilidade primária da tomada de decisão é das pessoas que ocupam cargos administrativos, mas isso não significa que esses devem tomar decisão sozinhos, podendo, assim, haver a participação de outras pessoas nesse processo (MAXIMIANO, 2011).

Na perspectiva de Simon (1972), o trabalho do gestor não é apenas tomar decisões, mas também mobilizar toda a organização para fazer parte dela, já que a maioria das decisões não são tomadas pelo gestor e sim pelos subordinados.

No presente estudo, outros profissionais tais como técnicos, médicos, referência do laboratório, bioquímico, farmacêutico, analistas de recursos humanos e enfermeiro assistencial são atores que estão envolvidos na deliberação. No entanto, este envolvimento ocorre apenas quando se necessita de informações provenientes das pessoas que estavam inseridas ou presentes no momento do problema. Por exemplo, quando ocorre um problema na unidade durante um plantão de um enfermeiro específico, o profissional é chamado na coordenação para relatar o caso e esclarecer os fatos que geraram o conflito. Após o relato, o coordenador juntamente com o gerente avaliam a situação e posteriormente tomam uma decisão.

Assim, estes profissionais apresentam papel coadjuvante no processo decisório da unidade de trabalho.

“No momento sou eu, o gerente, a coordenação médica e os enfermeiros se for alguma coisa do dia deles, né? Que realmente somos nos quatro que tomamos a decisão.” (GR6)

“Normalmente o coordenador do plantão [...] a pessoa envolvida ali sempre para a gente não cometer injustiça. Fica aqui dentro mesmo. Nunca extrapolei para coordenador, para secretário, nunca foi a esse nível não [...]” (GR11)

Alguns problemas os gestores conseguem resolver dentro da própria unidade, a nível local. Por outro lado, quando há problemas de maior magnitude recorre-se a um nível hierárquico superior. Assim, entidades como a secretária de saúde, o corpo diretor, a mesa gestora e o comitê gestor das unidades são acionados para participarem na tomada de decisão. Seguindo o organograma organizacional, após o problema passar pelo crivo das decisões dos colaboradores das unidades é acionada a coordenação da urgência e emergência, que pode

contribuir na tomada de decisão. Não tendo sido alcançada a resolução do problema aciona-se outras instâncias hierarquicamente superior.

“Oh eu tenho aqui a estrutura nossa é o secretário, o secretário adjunto, nos temos um corpo de diretores, nos temos a nossa mesa gestora que reúne esses diretores é nos temos o conselho municipal de saúde, nos temos os conselhos locais, nos temos os comitês gestores das unidades onde ajuda na tomada de decisão a nível mais local e a gente está criando o comitê gestor regional pra ser a governança do sistema em rede.” (GR3)

“É eu, a gerente da unidade né, é a chefe da urgência a chefe da urgência e emergência, o diretor clínico do município, normalmente são essas quatro pessoas, começa comigo, gerencia é são esses quatro.” (GR9)

A situação percorre todo o organograma das UAI, de forma hierárquica, até que seja alcançada sua resolução. Algumas decisões são tomadas no nível micro, na qual o coordenador médico se responsabiliza pelos médicos. Problemas relacionados a estes profissionais são de sua responsabilidade, assim como o coordenador de enfermagem responde pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, bem como pelos enfermeiros. Cada profissional defende o seu espaço do saber, não interferindo nas decisões dos demais.

A superação da fragmentação dos saberes e o reconhecimento das potencialidades de cada um no setor da saúde produzem benefícios para profissionais da mesma equipe, bem como da instituição e principalmente para os pacientes. Para obter a assistência humanizada e integral é preciso que haja a interação entre os saberes, de maneira colaborativa e uniforme. Assim, os profissionais conseguirão promover um bom atendimento ao paciente (FRANCO; MERHY, 2012)

A integração entre os saberes promove o reconhecimento da equipe, das especialidades e a valorização do conhecimento (CARPES et al, 2012). Além disso, Cruz e Ferreira (2015) relatam que a exposição do conhecimento dos colaboradores pode orientar e propiciar melhor implementação das políticas, ações e decisões dos gestores.

A maioria das decisões são realizada pelo corpo gestor das unidades, de modo que os demais colaboradores participam de forma incipiente nesse processo. É imprescindível que os gestores se mobilizem em prol de incentivar os demais colaboradores a participarem da deliberação, assim as propostas terão interlocução das diferentes áreas de conhecimento, podendo resultada em ações mais assertiva.

5.3.2 Estratégias e ações dos gestores nas UAI

Os gestores lançam mão de algumas estratégias e ações para guiar a tomada de decisão, dentre elas observou-se a utilização da comunicação.

“[...] essa conversa olho no olho, seja com o profissional da limpeza até o médico mesmo, né? O enfermeiro e o técnico, então a gente se preocupa em fazer essa linha de frente, de chão de fábrica. Acho que isso a gente consegue dá mais resultado do que administrar sentando aqui sem ouvir as pessoas, né? E também traçar o planejamento da unidade.” (GR1)

“[...] venho para diretoria sento com o meu gerente e começo a conversar sobre a unidade, como que está sendo o dia-a-dia e tudo. Se teve alguma pendência da noite que passaram para ele e não me passaram né? E se teve ou não, a gente começa a pontuar.” (GR2)

A comunicação é tratada como importante ferramenta que auxiliar no processo de tomada de decisão. Os participantes relatam que é interessante manter um canal de comunicação com os profissionais da instituição, perpassando por todas as categorias, desde o faxineiro ao médico. Os objetivos, direcionamentos e finalidades institucionais ficam mais claras e fáceis de serem compreendidas. Além disso, a conversa promove um conhecimento das situações, dificuldades e facilidades presentes no cotidiano da instituição.

A comunicação norteia a democratização e possibilita repensar as direções que serão traçadas no ambiente de trabalho, bem como produz informações, compreensão dos dados e estabelecer condutas, sendo considerada uma ferramenta que promove a eficiência e a eficácia na tomada de decisão quando bem empregada (HAYASHIDA et al, 2014).

Os participantes do estudo relatam utilizar a comunicação para obter todos os dados pertinentes que conduzirão a tomada de decisão para posteriormente ser efetivada uma análise gerando informações que propiciarão a melhor seleção das ações.

“[...] o primeiro passo é levantar os relatórios, ouvir as pessoas do entorno e a partir daí tomar a decisão certa.” (GR1)

“Eu sempre sento com a nossa equipe que sou eu, o gerente e o coordenador de enfermagem. Então a gente pontua: esse profissional XX está acontecendo isso e aquilo. O que vocês acham? Minha posição é essa; vocês estão de acordo ou não? Ah, eu acho que pode segurar e tudo, é como se fosse uma votação interna entre nos três; não é nada tomada sozinha no impulso não.” (GR2)

A comunicação permite identificar a veracidade do acontecido, entender o problema e discutir as propostas. Nesse contexto, a linguagem é vista como um determinante no processo de tomada de decisão.

A comunicação efetiva é o ponto-chave para uma organização e requer hábito e vivências compartilhadas pelos gestores e profissionais. Uma organização embasada na comunicação efetiva produzirá processos assistenciais de qualidade e segurança (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). Ademais, a comunicação permite que o indivíduo expresse seus sentimentos, emoções, sentidos e verbalize seus argumentos perante uma situação, explicitando a participação das pessoas e delimitando o espaço de ação (SACHURK; MACHADO, 2011).

Outra estratégia utilizada pelo gestor é a informação. Segundo Pinheiro (2014) o levantamento dos dados, a produção da informação, estabelecimento de propostas e solução devem ser inerentes à tomada de decisão. Pode-se afirmar que a informação direciona o olhar do agente decisor, sendo a informação um recurso primordial e quanto mais estruturada, melhor será a tomada de decisão.

Os discursos de GR3 e GR6 que emergiram da Técnica do Gibi retratam que os gestores buscam levantar todas as informações necessárias para tomar decisões eficazes e assertivas.

Figura 6 – Figura originada da técnica do Gibi, 2016



Descrição do quadrinho: Um personagem encontra-se no centro do quadrinho, com uma roupa branca, remetendo à ideia de que o mesmo é um paciente psiquiátrico. Ele possui em sua mão dois controles e tem a sua volta algumas peças de uma máquina. Dois profissionais de saúde estão indo em sua direção. O Cebolinha e a Mônica aparentam contentamento e alegria com o que estão presenciando.

“[...] tem as peças todas do quebra-cabeça envolvido. A gente tem que pegar e juntar as

peças e ver onde que está o problema para ajudar na tomada de decisão. Porque às vezes é tudo muito assim: Toma a decisão! Espera aí, calma lá, vamos entender o problema, o que é que aconteceu, o que estava envolvido. Você procurou entender o lado de lá, o que que a pessoa falou, como que estava a vida dela naquele dia, o que que aconteceu no dia dela, procurou saber, se aproximar um pouco mais.” (GR3)

Fonte: Técnica do Gibi

Figura 7 – Figura originada da técnica do Gibi, 2016



Descrição do quadrinho: A Mônica está sentada em um banco com um diário nas mãos relatando os acontecimentos do dia.

“Porque aqui ela está pensando em todas as situações que podem estar acontecendo para tomar a melhor decisão. Então para mim, quando ela está lendo aqui alguma coisa ela está pensando, o quê que aconteceu, o quê que pode está acontecendo para depois ela tomar uma decisão.” (GR6)

Fonte: Técnica do Gibi.

Para os gestores é necessário ter conhecimento da situação e do contexto envolvidos, a fim de tomar uma decisão ótima. Para isso, é necessário que as pessoas compreendam a importância de levar ideias e informações aos seus superiores para se realizar um diagnóstico da situação.

Ressalta-se que a decisão compreende três fases, sendo elas a coleta de informação, descoberta dos cursos de ação e, por fim, selecionar uma linha de ação (SIMON, 1972). Se alguma destas fases for negligenciada pode haver o comprometimento de todo o processo. O autor enfatiza, ainda, que a fase de estruturação do processo decisório exige coleta de dados, aspecto que delimitará uma linha de execução.

Durante a pesquisa no campo foi observado na unidade Alfa uma situação contrária ao relatado nas falas supracitadas. Em determinado contexto, o coordenador de enfermagem

relatou para o gerente um problema ético que ocorreu entre uma técnica de enfermagem e uma médica. O gerente foi autoritário ao dizer que não era necessário ouvir a técnica de enfermagem para tomar uma decisão, uma vez que já havia ouvido a versão da médica. Assim, ele obteve conhecimento do ocorrido e considerou que a atitude da técnica foi extrema e inapropriada para o ambiente de trabalho. A técnica de enfermagem recebeu uma advertência sem antes ser ouvida.

Apesar de dizerem ser necessário ouvir todas as pessoas envolvidas observou-se que em algumas ocasiões a estratégia não é utilizada. Salienta-se que a informação e o conhecimento devem circular internamente e externamente à instituição para promover uma melhor deliberação.

A realização de reuniões é outra estratégia utilizada pelos gestores, permitindo a exposição de dados, de informações e de opiniões. A reunião é entendida como um recurso que direciona as atividades e os saberes para interesses específicos, além de promover uma decisão participativa (SULTI et al, 2015).

Além das reuniões, as informações provenientes de relatórios e documentos permitem obter um maior grau de conhecimento e interpretação da informação (LORENZETTI et al, 2012; PINHEIRO et al, 2016). Os gestores relatam utilizar relatórios, registros e até e-mail para terem acesso a maior quantidade de informações para entender o contexto do problema.

“Bom, aqui a gente faz as assinaturas de documentos, de RH, de contratos, aberturas constantes de E-mail. A Secretaria de Saúde busca informações. A gente tem que munir-los constantemente para tomadas de decisões, participa de reuniões, conversa com a equipe, anda na unidade, toda né? Principalmente a parte estrutural, fico constantemente sob vigília.” (GR1)

A democratização da informação fornece subsídios para o planejamento e a avaliação dos reflexos da decisão (PINHEIRO et al, 2015). Em alguns momentos é evidenciada a falta de informação para tomar decisão. Em contrapartida, em outros momentos, mesmo com informações suficientes, as decisões não são tomadas, o que ocorre geralmente quando há conflitos de interesses entre gestores.

“[...] e você tentar contemporizar; existe essa tendência de tentar a contemporização, porque nos caminhamos numa incerteza muito grande de trabalho, trabalha num lugar, trabalha num outro, então você acaba depois encontrando com a pessoa em outro lugar em uma posição melhor do que a sua e você corre, tem que correr esse risco, [...] ainda que sua consciência diz que você fez certo perante a pessoa nunca vai ser, sempre vai chegar a você como algoz dele ou alguma coisa assim né? Uma pessoa

que poderia ter passado por cima e não passou, de certa forma dificulta muito a tomada de atitude nesse sentido” (GR12)

A falta de uma atitude mais enérgica é gerada, nesse caso, pela incerteza que está presente no trabalho e pelo contexto da competitividade no mundo atual. Outros motivos pela falta de atitude são o coleguismo e a troca de favores. Em algumas situações os participantes se veem incapazes de tomar uma decisão, mesmo a despeito de possuírem informações fidedignas que proporcionariam a decisão coesa e precisa.

Esse comportamento está ligado a cultura brasileira, dentre as quais se inclui o “jeitinho brasileiro” de lidar com as situações. Segundo Souza (2009), o “jeitinho” garante a compreensibilidade das ações e das relações sociais, permitindo que a permeação da “política da boa vizinhança”. Assim, é mais comum que os diretores finjam não ver determinada situação ou encobri-las, remodelando as normas e as leis (VARGAS; JUNQUILHO, 2012).

Segundo Souza e Ferreira (2016) o “jeitinho brasileiro” possui características positivas quando se mostra flexível, rápido, capaz de improvisar e negativas quando se utiliza de recursos de poder para imposição de ideias e/ou ações e quando caracterizasse corrupção para ganhos de proveito próprio. Além disso, os autores relatam que “o jeitinho” se caracteriza como a terceira via nas situações em que as regras falham, assim, deveria ser evitado no âmbito da administração, visto que funcionaria somente como um processo paliativo. Prado (2016) relata que o jeitinho não é apenas um mecanismo ou prática e sim é inerente aos brasileiros e que se configura como ferramenta de resistência, de transgressão, quebra de leis e normas e ruído informacional.

A mentira e a fofoca também são elementos presentes na organização, representando formas distorcidas da realidade, e impedindo, pois, o conhecimento real da situação (SACHURK; MACHADO, 2011). São utilizadas por indivíduos ou grupos como recurso de poder nas organizações e como alicerce para a obtenção de favorecimento ou de mudanças favoráveis ao sujeito.

Robbis (2000) afirma que o sucesso de uma decisão está na liderança, na comunicação e no apoio político. Esse último é utilizado para minimizar as táticas existentes no processo de decisão. Quando as pessoas entendem os motivos e a forma como serão afetadas, reduzem a forma de resistência e se aumenta o apoio. Contudo, quando não há conhecimento sobre determinada solução ela pode ser contrariada devido à falta de apoio político.

Nota-se a falta de política fortalecida entre os gestores da unidade, o que favorece a descontinuidade de uma decisão ou a implementação de novas estratégias.

Alguns recursos utilizados pelos gestores, como o apoio na legislação ajudam na execução das estratégias de ação

“[...] exemplo uma greve, se todo mundo aqui parar por uma greve eles estão pondo o COREN deles em risco, pelo sindicato ele chega aqui e fala assim: todo mundo para, todo mundo! Você entendeu? o discurso do sindicato é um para eles e o meu para eles é embasado na lei. Isso vocês ferem isso, estão infringindo a lei, vocês podem fazer isso, pode fazer aquilo e graças a Deus vem dando certo né? [...] mas tem regras, tem leis, portarias e as opções. Seguem elas que você vai ser atendida, se você não seguir não vai, entendeu? Então eu acho que o conhecimento nos possibilita tomadas de decisões muito rápidas (estalou um dedo no outro), muito rápidas e seguras e é isso o que eu espero dessa unidade.” (GR1)

As regras e leis são utilizadas como meios condutores da tomada de decisão. Pages e colaboradores relatam que *“O poder da regra e a limitação das prerrogativas, ao mesmo tempo, provoca o afastamento de certos dirigentes que almejam apenas sua proteção e fenômenos de resistência, tentativas de manter sua autoridade.”* (2006, p.66). Com a determinação de regras o sujeito possui mais dificuldade em convergir suas ações para seus próprios interesses. Percebeu-se nesse estudo que as regras são delimitadoras do espaço da tomada de decisão e seguem como um guia, impedindo que os caminhos traçados pela organização sejam realizados de forma imoral ou imprópria.

Além disso, os gestores expressam um conhecimento, competência e experiência. Simon diz que quando um homem é bem dotado de aprendizado e experiência seus dons naturais são aperfeiçoados, cria-se “um bom atleta”: *“Cria-se o bom executivo quando o homem, possuidor de certos talentos naturais (inteligência e certa capacidade de exercer influência sobre seus semelhantes), à força de trabalho, estudo e amadurecimento, transforma essas qualidades em habilidades perfeitas.”* (1972, p.18).

Assim a experiência na coleta de informação, estruturação e escolha são essenciais para o sucesso do gestor, quanto mais essa atividade for exercida, mais qualidade e sucesso serão obtidos.

5.3.3 Competências mobilizadas pelos gestores.

No contexto organizacional, se alcança sucesso quando se tem uma “inteligência emocional”, com controle dos afetos e das emoções (BRANT; DIAS, 2012). Para tanto, alguns elementos são mobilizados para a tomada de decisão, como por exemplo, a ética/moral, caráter e princípios o que pode ser observado nos relatos de GR1 e GR2.

“O lado ético para mim é primordial, o caráter é primordial, né?” (GR1)

“A gente olha a ética do profissional ele tem que respeitar o quadro tanto ético do profissional médico, quanto do enfermeiro, técnico desde o faxineiro também [...] a gente procura sempre trabalhar o mais eticamente possível nesse setor.” (GR2)

Nota-se que a ética é elemento importante nas escolhas dos cursos de ação. Os gestores prezam por procedimentos éticos na tomada de decisão, independente da categoria profissional.

Os sujeitos, por serem inerentes a uma ação, não podem alegar neutralidade ou desconhecimento sobre uma ação, visto que estão presentes em todo o processo (SROUR, 1998). Desse modo, os gestores acabam por selecionar o caminho que retrate suas crenças e seus valores.

Foucault (2010) define ética como o conjunto de valores e de regras que são propostas aos indivíduos e aos grupos, definidas por códigos morais determinadas pela família, escolas, igrejas e outros. Ele acrescenta que ética é a conduta adotada pelo indivíduo perante as regras e valores que lhe são propostos os quais qual ele pode concordar ou divergir.

Aristóteles na *Ética a Nicômaco* (2015) relatam que a moral é um produto do hábito, não se constituindo por natureza em nós, mas sendo modelada e aperfeiçoada com o hábito. Para se atingir a excelência moral devemos efetivamente praticá-la dentro de nossas relações com as outras pessoas, pois aprendemo-las fazendo-as.

Embora não haja preceitos pré-estabelecidos para se evitar erros nos julgamentos éticos, Robbis (2000) afirma que podem ser realizadas perguntas como: como este problema aconteceu? Você tomaria outra atitude se estivesse em outra posição? Na sua tomada de decisão alguém está sendo beneficiado em detrimento à organização? Assim, utilizando essas premissas o gestor irá evitar desvios éticos.

Nesse contexto, uma tomada de decisão ética é um elemento resultante de uma conduta conforme valores e regras características de um sujeito moral.

“[...] se Deus me deu a oportunidade de entrar na saúde eu tenho que fazer a coisa certa, eu tenho que estudar a coisa que é certa [...]” (GR1)

Os valores que de um indivíduo influencia na tomada de decisão por imprimir a sua percepção perante o objeto, mesmo que esse valor não seja considerado conscientemente. Assim, o percurso da decisão pode ser definido pelas crenças e valores individuais (MARQUIS; HUSTON, 2010)

Nesse contexto, o gestor pode entender que determinada decisão trará maior risco, optando por alternativas mais seguras. Contudo, se ele tiver consciência dos valores que embasam as suas decisões será mais honesto e justo (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Os participantes relatam que justiça é um fator primordial, visto que o profissional se sente mais seguro e motivado quando a percebe na instituição.

“Serviço público infelizmente a gente é não tem essa questão de você dar um aumento para o funcionário, mas pelo menos que você seja justo, né? Acho que você tem que ser justo comigo que estou sempre vindo, que você seja justo com a pessoa que sempre está faltando, então é isso que eu fiz [...]” (GR7)

Apesar de os gestores alegarem que a justiça é um fator almejado, eles relatam que em alguns momentos não é possível exercê-la em sua magnitude, devido à hierarquia institucional presente no município e até mesmo pelo desconhecimento de algumas leis e normas, gerando descontentamento em alguns colaboradores. Entretanto os gestores afirmam fazer o possível para manter a ordem e a justiça na unidade.

O equilíbrio, a tranquilidade e a humanização também são abordados como peças essenciais para uma tomada de decisão eficaz.

“[...] é preciso manter o equilíbrio [...] a gente tem que ter muito equilíbrio, tem que estar sempre cuidado do corpo, da mente, para que possa ter tranquilidade para tomar a decisão mais sábia, né?” (GR3)

“A gente vem buscando ações de humanização para melhorar e equilibrar essa vulnerabilidade psicológica que o profissional da saúde tem e com isso aí a gente vem conseguindo reduzir o absenteísmo melhorar.” (GR1)

Além dessas características outras como gentileza, respeito e coragem também são citadas, pelos gestores. Eles verbalizam que sem essas premissas fica difícil mobilizar as pessoas para o alcance das metas institucionais.

5.3.4 Tipos de decisões de gestores das UAI

A liderança é um aspecto essencial na organização. Por meio dela é possível exercer influência sobre os membros da organização. Existem diferentes tipos de líderes dentre eles o democrático, autoritário e liberal (MOTTA; VASCONCELOS, 2013).

O líder democrático promove a participação e a colaboração dos profissionais na tomada de decisão, contribuindo para bons resultados visto que o problema e/ou situação é observada por diferentes ângulos, permitindo assim uma melhor visibilidade (MOTTA; VASCONCELOS, 2013). Nesse estilo os colaboradores são capazes de chegar a resultados satisfatórios mesmo na ausência do líder e o gestor promove bom relacionamento com os seus liderados (BORGES; MENDES, 2014).

“Então eu acho que é nessa parte que é a grande vantagem em se fazer uma gestão compartilhada, porque se enxerga a necessidade quando você não faz uma gestão compartilhada você não enxerga, você não conversa, você não ouve as pessoas, você vai tomar decisão errada não tem jeito, quando você não ouve você toma a decisão errada.” (GR1)

“[...] então é importante que as decisões [...] sejam participativas para que a decisão seja realmente comprada pelas pessoas, ou seja, é levada de uma forma adequada 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.” (GR3)

Os gestores relatam realizar a gestão compartilhada e democrática, a qual propicia a decisão mais eficaz e assertiva. Apesar de alguns participantes relatarem isso, observou-se que há uma falsa democracia, pois no quesito participação dos atores, foi apresentado que na maioria das vezes as decisões são exercidas pela cúpula administrativa, composta pelos coordenadores e gerentes das unidades.

Maximiano (2011) relata que quando as decisões são democráticas ou compartilhadas, elas são realizadas pelos gerentes junto com a equipe, não sendo impostas e sim discutidas e definidas com todas as pessoas que serão afetadas por ela. Segundo Hayashida e colaboradores (2014), na gestão participativa os profissionais são apoiados a expressar suas preferências e opiniões, promovendo o potencial criativo e inovador dos trabalhadores, colocando todos no mesmo nível. Em uma estrutura organizacional horizontal, é de extrema importância o envolvimento de todos os membros para promover a corresponsabilidade nas decisões.

Alguns participantes relatam tomar decisões autocráticas e mais enérgicas para defender os interesses dos pacientes.

“[...] mas quando for para impor também eu me imponho. Quando for para reconhecer o erro eu reconheço. Mas quando eu vejo que estou certo eu passo em cima da montanha, porque até que me provem o contrário eu

estou certo, entendeu? Então, na urgência, muitas vezes você tem que tomar uma decisão forte e firme porque é fatos ligados a vida, né?” (GR1)

“Mas a tomada de decisão ela é necessária que seja de forma imediata em vários casos por ser um serviço de urgência e de uma forma enfática mesmo para que a gente não protele e não deixe esse problema tomar proporções maiores. Então, isso eu tento fazer de uma forma mais democrática, mas tem momentos que a gente precisa ter tomadas imediatas e mais enérgicas.” (GR4)

“Até eu acho que eu tomo decisão demais, passo por cima até do próprio colega, mas eu como diretora técnica eu tenho que fazer o bem para o paciente, né? Às vezes ficam com raiva por isso, ficam chateados, acho que eu passei por cima, mas eu passo sempre, não me importo, porque é pelo paciente.” (GR5)

“[...] a gente tenta coordenar democraticamente, mas tem hora que o serviço não dá para ser democrático. Você tem que ser ditador, né? São poucas vezes, mas você tem. Não pode e acabou! Mas por quê? Porque eu quero! Aí o porquê eu quero, não é eu quero, eu coordenadora quero, eu o serviço quer, né? Aí esse “eu querer” começa a pegar forte (risos).” (GR6)

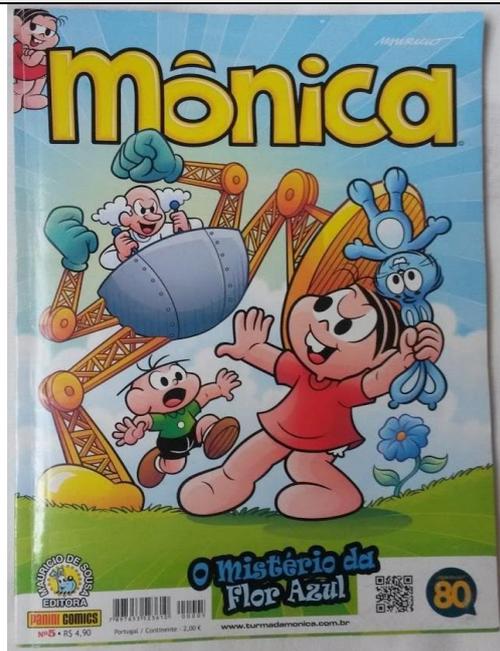
As decisões autocráticas não requerem de discussão ou acordo grupal, pois são definidas na individualidade do tomador de decisão. Esse tipo de liderança pode gerar dependência, já que os colaboradores não se sentem com autonomia para tomar decisões e atuar conforme suas iniciativas e criatividade (BORGES; MENDES, 2014).

O líder autoritário é aquele que segue uma trajetória sem que os outros profissionais consigam interferir, ou seja, “dita as regras” que serão exercidas bem como as técnicas que serão utilizadas em cada uma (BORGES; MENDES, 2014). Muitas vezes as pessoas obedecem por se sentirem obrigadas a seguir seus superiores. Além disso, se sentem subordinadas por não terem o controle dos recursos fundamentais para a organização, além de não possuírem poder para se impor.

Quando os gestores centralizam o poder e as atividades, a instituição de saúde se caracteriza por um estilo tradicional, no qual se prioriza a supervisão e o controle em detrimento da valorização dos trabalhadores, já que na maior parte das vezes os mesmos são excluídos da tomada de decisão (SULTI et al, 2015).

Identificou-se por meio dos discursos de GR4 e GR10, provenientes da técnica do Gibi, que os gestores possuem poder de decisão pelo cargo ocupado, mas que são vistos como elemento desagregadores. Os dois gestores escolheram a mesma figura e tiveram discursos parecidos.

Figura 8 – Figura originada da técnica do Gibi, 2016



Descrição do quadrinho: A figura apresenta o personagem dentro de uma máquina grande. Ele possui o controle dessa máquina. O Cebolinha está correndo da máquina, já a Mônica está posicionada à frente da máquina com o coelho na mão pronta para lançá-lo contra a máquina.

“[...] essa imagem aqui é o poder, que a gente pode ver nessa máquina aqui, né? Nesse robô. Tem um comandante aí operando e que várias pessoas entendem isso às vezes como um conflito mesmo. Que essa pessoa tem um poder em determinados momentos, ela existe só para gerar prejuízo para dificultar o cotidiano das pessoas, porque está ali pra colocar normas para manter o funcionamento ideal do serviço. Então aqui eu entendo que essa máquina que esse robô, podem ser entendidos às vezes como as pessoas veem o gestor, percebem o profissional que está hierarquicamente acima e que ele entende que ele tem, ele pode gerar um prejuízo no seu dia-a-dia. Esse outro que entende aquele gestor aquela pessoa que esta acima de forma hierárquica como um prejuízo mesmo como um complicador das suas atividades diárias do seu processo diário [...] acho que essa imagem aqui mostra a sua capacidade de fazer a gestão ou de ordenar ou de colocar ordem de fazer um processo [...]” (GR4)

“Porque essa máquina aqui, ela representa o poder. E o poder é tão grande que se ele quiser ele esmaga; as pessoas aqui que não estão exercendo nenhum poder. Aqui dentro, este homem aqui, em termos de tamanho ele pode ser pouco maior que os meninos aqui ou até do mesmo tamanho, mas pelo fato dele estar aqui com os controle da máquina na mão ele está exercendo um poder muito grande. Se ele não for ético, não for moral, se ele não tiver um roteiro para seguir, ele pode fazer um estrago muito grande, ele pode utilizar essa máquina aqui única e exclusivamente para atender um interesse egoísta ou singular dele, e prejudicar a muitos. Como a sua pergunta é sobre tomada de decisão e aqui a gente exerce um poder e ai eu fiz uma ligação. Eu tenho aqui uns volantes em minhas mãos, eu tenho uma caneta aqui que pode demorar a ser usada, pode alguém morrer por negligência lá dentro do hospital, por falta de uma decisão minha aqui, ou o exagero da minha caneta aqui também. Ela pode prejudicar as pessoas. Se eu quiser direcionar a caneta para um aspecto egoístico vai prejudicar o coletivo, e as pessoas que estão necessitando da decisão dessa máquina pública, a qual a gente está com ela aqui na mão, elas podem ficar frágeis e vulneráveis como o Cebolinha e a Mônica” (GR10)

Fonte: Técnica do Gibi.

Para que o gestor tenha controle institucional é necessário que ele possua algum poder. Marquis e Huston (2010) apontam a existência de diferentes tipos de poder sendo eles: o poder de recompensa, que assegura favores a indivíduos que trabalham em prol do alcance das metas institucionais; o poder punitivo, baseado no medo da punição que resulta na obtenção da obediência dos colaboradores; poder legítimo, que é proveniente do cargo oficial ocupado por uma pessoa na organização; poder do especialista, gerado por meio do conhecimento e da habilidade técnicas; poder de referência, o qual uma pessoa transmite aprovação e aceitação e por fim, o poder da informação, no qual uma pessoa possui a informação que outros necessitam.

Destes poderes supracitados, pode-se dizer que todos eles são exercidos pelos gestores na instituição sendo com mais intensidade como o poder de recompensa, punitivo e legítimo. Ressalta-se que o poder é uma relação estabelecida entre os sujeitos e não uma atribuição dos atores. As relações fazem parte da construção do processo de trabalho e por meio delas é possível compreender como estão as relações de poder na instituição, se encaminhando para uma gestão participativa, democrática ou autoritária e centralizada.

Além dos gestores exercerem o controle eles também são vigiados e seguem uma linha de comando imposta pelo organograma do município, sendo esse conjunto de fatores um dos obstáculos para a tomada de decisão.

Nesse contexto Simon (1972) afirma que:

“O homem, em geral, não trabalha bem em relações saturadas de autoridade e dependência, controle e subordinação, ainda que estas tenham sido as relações humanas predominantes no passado. Trabalha muito melhor quando opera em equipe, na luta contra um ambiente externo, objetivo e compreensível. Esta será, cada vez mais, sua situação, à medida que as novas técnicas de tomada de decisões se disseminarem.” (1972, p.76).

Assim, um líder fortalece seus subordinados quando oferece a oportunidade de participação compartilhada, delegando tarefas e promovendo aprendizagens no sentido de fortalecer sua equipe de trabalho (MARQUIS; HUSTON, 2010).

O gestor deve utilizar a autoridade e o poder estrategicamente para ser mais eficiente no alcance de metas na organização, caso contrário ele se tornará opressor, punitivo e até rígido na tomada de decisão.

Por haver uma valorização da participação dos gestores na tomada de decisão, eles se configuram como o centro da execução, sendo a única figura com capacidade para definir os caminhos da instituição. Já os colaboradores são considerados como mais um recurso utilizado para executar as ações. Assim, para que haja mudanças significativas nas unidades

em prol de uma tomada de decisão compartilhada é necessária uma redistribuição do poder e reorientação da forma de gestão.

Tabela 4 – Processo e elementos da tomada de decisão dos gestores nas Unidades de Atendimento Imediato, no município de Betim-MG.

Processo e elementos da tomada de decisão					
Atores envolvidos	Estratégias de ações	Recursos utilizados	Características mobilizadas	Objetivos da decisão	Tipos de decisões
Gerente	Comunicação	Reuniões	Ética/ Moral	Melhorar e organizar os processos de trabalho Satisfação do usuário	Democráticas
Coordenador de Enfermagem	Entendimento do problema ou situação	Relatórios	Caráter		Compartilhadas
Coordenador médico	Verificação e análise da informação	Registros	Princípios		Autocráticas
Coordenador da urgência e emergência	Discussão de propostas	Leis	Crenças		Hierárquicas
Enfermeiro de plantão	Planejamento	Conhecimento	Valores		
Secretários de saúde		Experiência	Justiça		
Corpo de diretores da mesa gestora			Equilíbrio		
			Tranquilidade		
			Humanização		
			Gentileza		
			Respeito		
			Coragem		

Fonte: Elaborada pela autora para fins de estudo, 2016.

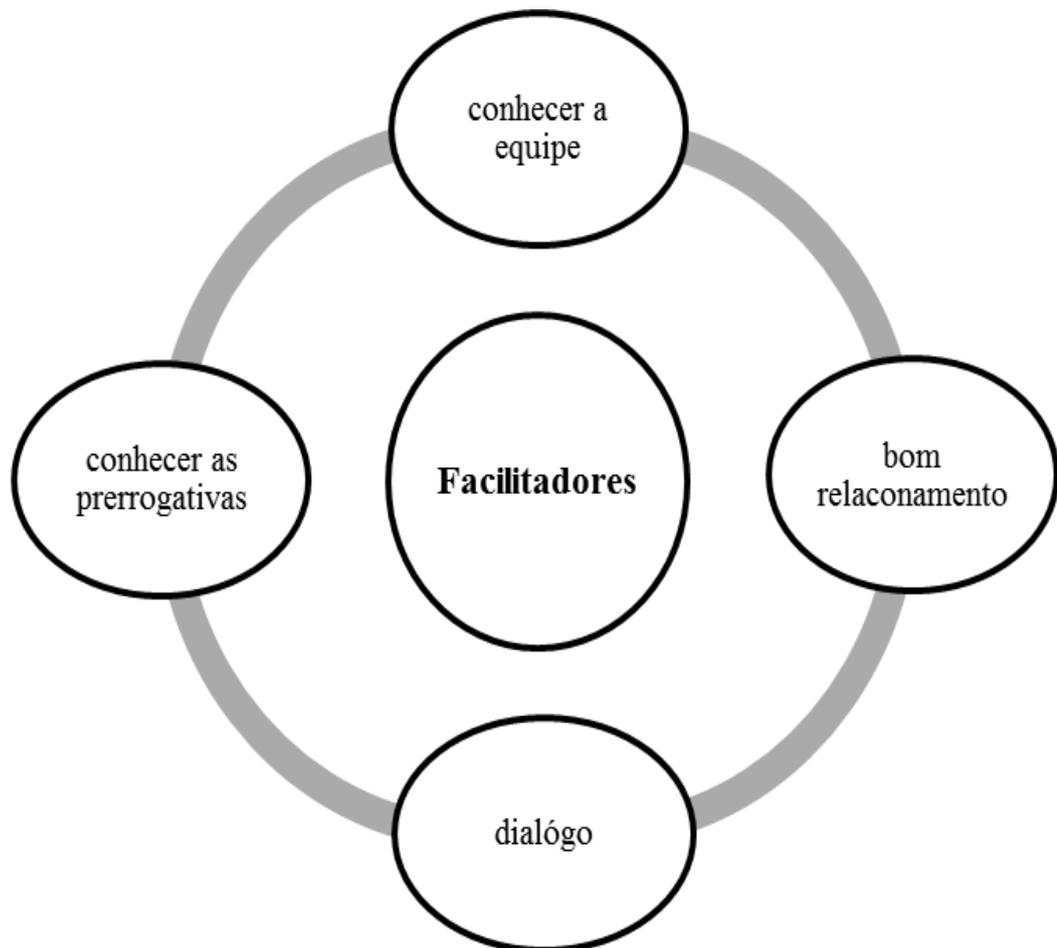
5.4 Facilidades e entraves na tomada de decisão de gestores das UAI

A presente categoria revelou as facilidades e entraves encontradas pelos gestores da UAI para a tomada de decisões, aspectos que influenciam diretamente em todo o processo decisório e no resultado final das decisões efetivadas.

5.4.1 Fatores facilitadores na tomada de decisão

Os participantes destacaram como fatores facilitadores a manutenção do bom relacionamento com a equipe, o conhecimento das pessoas, o estabelecimento do diálogo e o conhecimento das leis e das normas pelos profissionais, conforme esquematizado na Figura 9.

Figura 9 – Fatores facilitadores da tomada de decisão dos gestores nas UAI, município de Betim, MG



Fonte: Elaborada pela autora para fins de estudo, 2016.

Os coordenadores e gerentes relataram que conhecer as pessoas e ter um bom relacionamento é o primeiro passo para o sucesso na tomada de decisão, conforme exemplificado nos depoimentos de GR1, GR6, GR7 e GR9.

“[...] conhecer as pessoas. Quando você conhece as pessoas você sabe quem diz a verdade, quem não diz; você sabe quem trabalha e quem não trabalha quem considera aqui seu ganha-pão e quem considera um bico, entendeu? então isso facilita muito na hora de tomar uma decisão.” (GR1)

“Acho que o que mais me facilita é a interação que eu tenho com os funcionários. A gente tem uma boa relação de doze anos, de trabalhar na mesma unidade, conhecer pessoalmente e profissionalmente o funcionário. Isso cria uma certa relação de amizade, de elo, de respeito, que me facilita contornar as situações que aparecem né?, acho que a maior (facilidade) é essa.” (GR6)

“[...] eu sou uma pessoa muito presente na unidade. Então eu sei muito das histórias dos funcionários aqui na unidade, apesar de que tem pouco tempo que eu estou aqui; tem quatro anos para cinco anos. Então eu conheço muito dos funcionários e estou sempre presente [...]” (G7)

“Eu acho que o que facilita é eu ter um bom relacionamento com todos os colegas; não tenho atrito aqui dentro.” (G9)

A compreensão da equipe de trabalho, de suas características, do entendimento das necessidades individuais e coletivas permitem a criação de vínculo entre a gestão e os colaboradores, facilitando a tomada de decisão, o processo de trabalho e definição dos campos que merecem mais esforços advindos da equipe.

O gestor deve criar condições práticas para a implementação das decisões. Para isso, deve promover um ambiente favorável e de confiança no ambiente de trabalho, garantindo a estabilidade da equipe, promovendo estratégias para o desenvolvimento individual de cada profissional, o que irá contribuir para o trabalho em equipe.

Martins e colaboradores (2015) relatam que as necessidades físicas e psicológicas dos profissionais devem ser valorizadas, o que requer a criação de espaço favorável à humanização das relações. Os gestores relatam ser essencial a interação e o bom relacionamento entre os participantes na realização do cuidado.

Além do bom relacionamento, os gestores relatam que o diálogo e o conhecimento das prerrogativas institucionais por parte dos colaboradores, são fatores que favorecem a tomada de decisão.

“[...] os pontos facilitadores eu acho que esse reconhecimento então das prerrogativas que existem, é uma questão que é a relação que eu tenho com a maior parte dos profissionais, de uma abertura de um diálogo, de uma de estar disponível na maior parte do tempo quando é necessário, quando é possível para ter essa conversa e a gente pensar de uma forma mais viável para ambas as partes ou instituição e todos os profissionais.” (GR4)

“O estatuto facilita, o processo de trabalho que eu consegui implantar aqui. Facilita porque cada um sabe a sua responsabilidade. Então se o outro está indo almoçar e ficou lá uma hora e era só 20 minutos, o outro já está cobrando. Então eles entenderam o processo de trabalho ali [...] cada um entendeu isso e cada um está fazendo o seu [...]” (GR11)

“Que a gente tem uma relação boa [...] entre enfermeiros e gerentes. A gente tem um acesso bom, entendeu? porque eu acho que isso é fundamental. Qualquer problema que eu tenho com qualquer enfermeiro a gente senta, conversa, discute, vê o que que acha melhor. Muitas vezes eu tomo uma decisão e levo para elas; ah! não vou mudar, a gente muda, entendeu? assim há flexibilidade e dialogo sempre.” (GR13)

Os gestores devem disseminar e compartilhar os conhecimentos táticos, regras e leis, ou seja, as prerrogativas que regem o trabalho com os integrantes da organização para que os profissionais possuam maior capacidade e autonomia de decisão.

Assim, *“O trabalho do executivo consiste não apenas em tomar decisões próprias, mas também providenciar para que toda a organização que dirige, ou parte dela, tome-as também de maneira efetiva.” (SIMON, 1972, p. 18).*

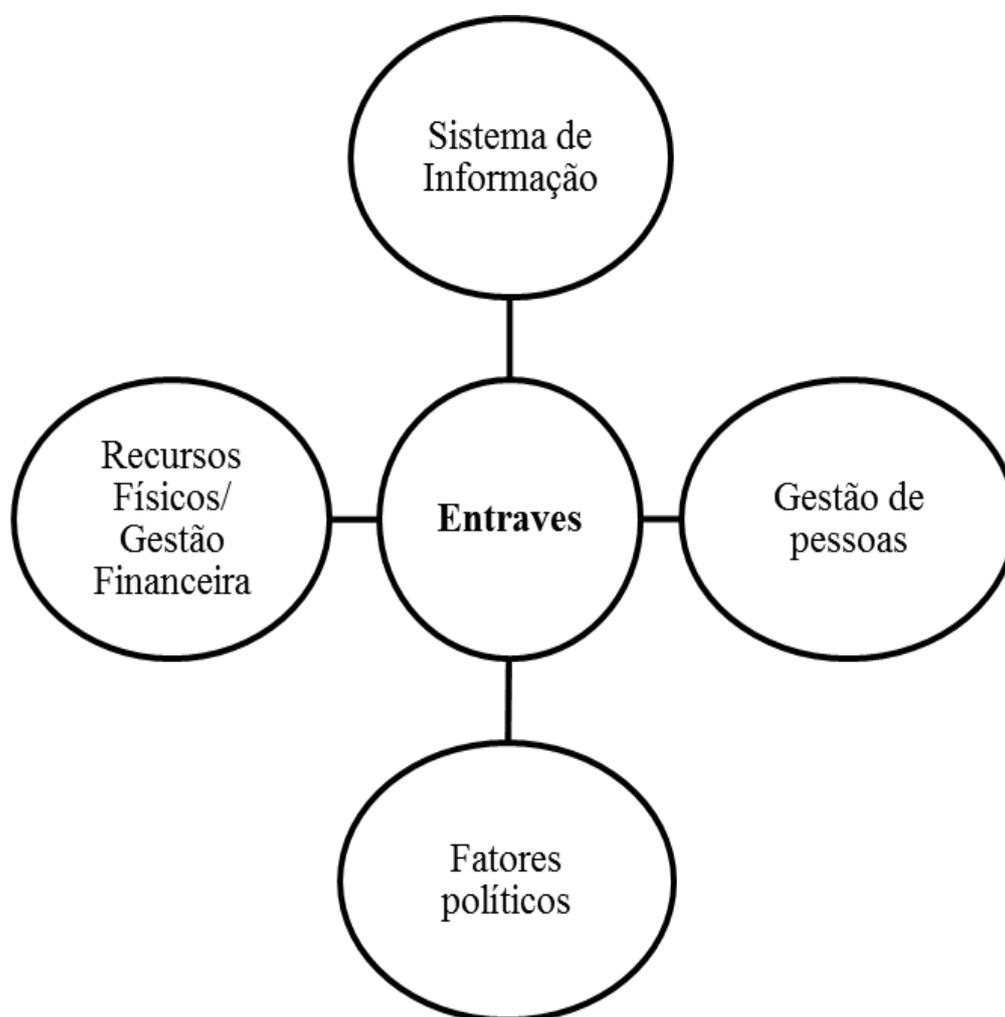
Os valores da organização são repassados por meio da comunicação. A empresa atinge suas metas e supera os desafios quando favorece o diálogo, permitindo a interação dos colaboradores, como também do público alvo, permitindo que as ações, estratégias, procedimentos sejam alcançados (PROENÇA et al, 2015). A transmissão da comunicação pode ter consequências a médio e longo prazo e, para tal, precisam ser eficientes e claras.

Concomitantemente à comunicação é importante realizar a escuta, pois a identificação dos problemas presentes na organização ocorre quando os funcionários e clientes são ouvidos (PROENÇA et al, 2015). Quando se ouve e se fala estimula-se o diálogo franco. A transparência na comunicação é essencial para o entendimento e para a tomada de decisão (LIMA; PEREIRA, 2015). Apesar dos fatores facilitadores serem realizados no contexto das UAI, eles devem ser intensificado e mobilizados constantemente.

5.4.2 Entraves presentes na tomada de decisão por gestores de UAI

Os entraves encontrados na tomada de decisão dos gestores nas UAI foram a falta de um Sistema de Informação (SI), recursos físicos, gestão financeira, fatores políticos e gestão de pessoas, tendo sido a gestão de pessoas destacada entre os fatores mencionados, como apresentado na Figura 10.

Figura 10 – Entraves presentes na tomada de decisão dos gestores nas UAI, município de Betim, MG



Fonte: Elaborada pela autora para fins de estudo, 2016.

Os coordenadores relataram que a falta de um SI para tomar decisão é um fato que dá origem a decisões intuitivas, sem embasamento em informações concretas.

“Faltam ferramentas para o gestor tomar decisão e para ele estratificar o risco. Então nós estamos agora informatizando o sistema, de modo que eu passe a ter dados e informações para embasar a minha tomada de decisão, porque uma grande parte das decisões que a gente tem que tomar são decisões absolutamente intuitivas; ah eu acho que deve ser assim e tomo a decisão. Então gera um sofrimento muito grande na gente também, que quando a gente acerta e dá certo, ótimo! Mas quando a gente, às vezes, não tem um resultado a gente tem dúvida se não ia ter resultado mesmo ou se a decisão foi errada.” (GR3)

“Aqui nossos sistemas de informação ainda (ênfatisou a entonação da palavra ainda) são fragmentados. A gente vem trabalhando nos últimos dois anos para implantar um sistema unificado em Betim, ele está com a meta de terminar na primeira fase da implantação dia 30 de novembro desse ano. Então nós vamos ter muito mais informações (estalou os dedos, para mim no sentido de evolução e longevidade) Então é lógico que vai ser muito mais fácil ser gestor com a ferramenta aqui ao alcance dos meus dedos, na tela, porque hoje para tomar decisões a gente tem que ter um pouco de feeling, de faro, porque eu fico, eu tenho que pedir para o chefe da farmácia geral me trazer um relatório de Excel, ele traz aqui um relatório do Excel e me entrega. Aí eu peço para referência técnica da farmácia, ela vem e me traz o relatório para eu poder juntar, para ver. A nossa diretora operacional de saúde traz outro relatório mostrando como que está o comportamento de determinadas doenças ou endemias em determinados lugares. Então a gente vai tomando as decisões com relatórios que não se colam, que não se emendam entendeu? E tem hora que não dá tempo de esperar o relatório. Tomamos a decisão com aquilo que a gente tem na mão. Não pode errar, entendeu? E muitas vezes quem toma decisão tem direito a errar ou a acertar. Mas você tem a tendência de errar mais quando você tem relatórios menos ordenados a sua disposição.” (GR10)

O embasamento em dados e informações permite ao gestor tomar decisões mais embasadas e assertivas. Essa situação não é vivenciada nas unidades, ficando, o gestor sem a clareza sobre o alcance, ou não, dos objetivos almejados e se os objetivos não foram atingidos em decorrência de equívocos ou por que a decisão não alcançou o ciclo de maturidade que permitisse o início dos resultados. A clareza na disponibilização de informações tem como finalidade auxiliar na execução das tarefas de forma simples e efetiva e permite ao gestor repensar e intervir de forma mais sólida nas práticas cotidianas (PINHEIRO, 2014).

Ademais, a fim de se garantir a permanência das empresas no cenário atual o decisor deve pensar constantemente no ambiente e estar pronto para alterar uma decisão frente a mudanças, assim, para agilizar esse processo torna-se essencial informações alinhadas aos objetivos estratégicos da organização que permitem conseguir rapidez nas negociações e que indiquem previamente o melhor caminho. Nesse sentido, o sistema de apoio à decisão e *Business Intelligence* permite uma análise e um diagnóstico do ambiente organizacional

proporcionando ao gestor antecipar os riscos e incertezas e conseqüentemente promover a vantagem competitiva, agregando valor ao negócio e as negociações (SILVA; SILVA; GOMES, 2016).

A despeito da escassez de SI nas unidades, em algumas delas existem sistemas informatizados que disponibilizam a informação. Os gestores relatam encontrar dificuldades com a implantação e com o monitoramento desses sistemas.

“Aconteceram vários problemas de dificuldades dos profissionais, ou de resistência à informatização ou da não adaptação ao sistema. A gente tem esse sistema informatizado e várias pessoas têm limitações e estavam acostumadas com a parte manual; então tem esse acompanhamento este monitoramento” (GR4)

Dentre os fatores apresentados na implementação do SI, verificou-se a resistência dos profissionais, dificuldade na manipulação do sistema e fragmentação. Para melhorar a usabilidade é importante realizar treinamentos com vistas a propiciar melhorias no envolvimento do usuário, promovendo interação e entendimento do sistema (CINTHO; MACHADO; MORO, 2016). Lazarte (2000) diz que o aumento excessivo de informações, o acúmulo de conhecimentos e a fragmentação das áreas tornam o uso da informação seletiva pelo usuário, assim, a informação só se faz necessária se ajudar na tomada de decisão.

No cenário em estudo, a decisão é tomada sem informação, podendo apresentar resultados positivos ou negativos, o que irá depender do *feeling*, conhecimento e experiência do tomador de decisão para que ela seja mais assertiva.

Figura 11 – Figura originada da técnica do Gibi, 2016



Descrição do quadrinho: A Mônica está fazendo força para puxar uma flor do chão. Ela apresenta semblante carregado.

“Eu estou vendo aqui que talvez as coisas que você mexe você dê sua opinião, você não sabe quais são os impactos lá na frente [...] porque se você pegar passa por um tanto de pessoas, vai te trazer um resultado aqui na frente que pode ser ruim, pode ser bom, mas você não sabe. Você só vai saber aqui no final, entendeu? Então aqui é claramente esse barbante, ele é o condutor dos diversos terrores que passa a informação e passa a pessoa então é nítido qualquer decisão que você tome por mínima que seja, por máxima que seja, ela vai refletir algo lá na frente [...] a decisão é isso né? Ela envolve muita gente, então dependendo como for o estrago pode ser pequeno ou como pode ser um mega estrago (risos).” (GR1)

Fonte: Técnica do Gibi.

A informação é um condutor da decisão e, sem ela o gestor não consegue projetar com solidez os resultados da sua decisão. Assim, o SI é necessário nas instituições, pois permite melhorar a qualidade dos processos e dos serviços, construindo e disseminando conhecimentos que serão utilizados no processo de tomada de decisão. Além disso, a informação é reconhecida com um redutor de incertezas que pode levar a planejamentos responsáveis, capazes de coordenar diferentes atores e interesses (PINHEIRO, 2014).

Nesse sentido, enfatiza-se que é necessária a valorização do sistema para a melhor efetividade das tarefas do gestor e de seus colaboradores, potencializando e contribuindo para a consolidação da deliberação.

Outro problema enfrentado pelos gestores são a falta de recursos e a deficiências na gestão financeira do município como apresentado nos depoimentos de fala de GR3 e GR7.

“Eu tive que cortar o pão e o leite das unidades básicas de saúde, por que eu não tinha recurso; eu estava resistindo desde dezembro, para não tomar essa decisão, mas chegou a um ponto que eu não estava conseguindo, não estava conseguindo pagar os medicamentos e eu precisei cortar o pão e o leite da atenção primária, mesmo resistindo o tempo todo, porque vai me

dar uma economia importante para eu pagar os medicamentos e garantir materiais, insumos para garantir o essencial, né? [...] estamos enxugando o hospital, estamos enxugando nas urgências e foi uma medida que precisou ser tomada mesmo pela queda da receita enorme que a gente teve nesses últimos meses principalmente e que levou a gente a ter que fazer uma medida impopular [...]” (GR3)

“Tem as pessoas que continuam firmes ali com todas as dificuldades são pessoas assíduas, comprometidas e tudo, mas as pessoas vão se deparando, chega para trabalhar falta material, chega para trabalhar não tem o colega para poder ajudar. Às vezes você (pensativo) perde uma coisa que você tinha na prefeitura, por exemplo, você tinha um abono, vamos supor, a prefeitura vai lá e corta aquilo. Outro dia mesmo a gente vivenciou isso aqui. A prefeitura tem funcionário que tem adequação de jornada e a prefeitura fez uma organização para poder reduzir gasto e acabou cortando, reduzindo um valor X que o funcionário ganhava quando ele fazia uma adequação de jornada, então assim cria uma insatisfação, né?” (GR7)

A falta de recursos físicos foi apontada como elemento dificultador do trabalho dos profissionais, abalando-os psicologicamente e reduzindo sua motivação. Os participantes relatam que a falta de autonomia na gestão financeira provoca interferências no planejamento de todo o serviço, pois não depende somente deles a resolução dos problemas e sim de toda a gestão em saúde do município, provocando demora na resolutividade dos problemas e medidas impopulares que geram insatisfação.

Para Mendes e Bittar (2014), os recursos destinados à saúde no Brasil são insuficientes e existem falhas de gestão na alocação, integração e otimização destes recursos. Carvalho (2013) acrescenta dizendo que no Brasil, acusações ao Estado e municípios pelo mau uso dos recursos são feitas constantemente.

A população reconhece uma boa gestão pelo que ela oferece face aos problemas, com medidas corretivas ou antecipando as soluções (CARVALHO, 2013). No presente estudo, percebeu-se insatisfação do usuário perante a falta de recurso, bem como a insatisfação e desmotivação dos profissionais, por não conseguirem trabalhar conforme seus preceitos éticos, mudando constantemente as decisões e rumo das ações devido à falta de recurso, na tentativa de minimizar as consequências na assistência.

“Então assim, o estresse maior para mim é esse de trabalhar com uma condição que eu tenho que exigir deles e não posso dar o que eles exigem da gente. Então é bem lateral, todos os aspectos: pagamento, redução, atraso, insatisfação, a rede não está bem. Então, com isso, a gente fica

assim bem constrangido de cobrar de exigir coisas que depois a gente não dará a contrapartida para eles.” (GR9)

A falta de recurso, atraso e redução no salário e redução de bônus salarial, gera insatisfação nos funcionários e os gestores se sentem constrangidos em cobrar dos seus colaboradores maior empenho e dedicação, por entender que já passam por um processo de sofrimento no trabalho. Além disso, os fatores supracitados geram resistência nas mudanças no processo de trabalho de alguns profissionais, como relatado por GR5.

“A própria resistência dos profissionais, às vezes é difícil tomar uma decisão pela própria resistência deles, que não querem mudar, mas aí vamos tentando.” (GR5)

Outro entrave encontrado são os fatores políticos que permeiam constantemente no cotidiano dos gestores, interferindo em toda gestão.

“Isso aí é realmente como a gente mexe no serviço público e que tem a questão política forte associada né? Muitas vezes tem uma solicitação política que é mais forte do que a solicitação do que é a necessidade técnica. Então é isso aí, é uma coisa que dificulta a gente! Às vezes tem que fazer uma troca, tem que fazer alguma mudança de quadro e tudo. Não pela questão técnica, mas pela questão política! E isso é o que mais incomoda a gente, saber que às vezes você está tirando uma pessoa que você acha que estava indo bem, que estava bem qualificada, porque vem uma ordem que a gente sabe que é um político que interviu (diminui o tom de voz,) que solicitou. E isso acontece eventualmente, né.” (GR9)

“Às vezes nós temos gerentes que não são escolhidos, eles não passam aqui pelo padrão, pessoas que não têm condições de estar exercendo aquele papel, porque ela está ali por um atravessamento político. E aí a pessoa, você vai falar com ela sobre monitores, indicadores de saúde, sobre ficha A que ela tem que preencher. Ai parece que você está falando uma língua estrangeira com ela. Então não está habilitada para desenvolver aquele papel. Aí a pessoa começa a usar do o poder do cargo para muitas vezes prejudicar outras pessoas, fazer covardia com o outro, porque ela está com a caneta na mão ali. Usa de ameaças, e tudo isso porque ela tem uma proteção política. Então, a política quando não é bem usada, ela é um fator negativo que atrapalha a gestão.” (GR10)

Nas unidades cenários do estudo, observou-se interferência política no quadro de pessoas, por meio do apadrinhamento. Assim, a despeito de apresentar bom desempenho e atender às demandas do serviço, o trabalhador pode, a qualquer momento, ser retirado de

uma função ou remanejado para outro cargo, devido a uma solicitação política. Outro aspecto apontado foi a indicação para cargo de gestor nas unidades.

A indicação política de cargo gestor proporciona, em algumas situações, a atuação de profissionais que não possuem formação para tal. A esse respeito, Coelho (2015) afirma que a nomeação de pessoas incapacitadas para a administração pode comprometer toda a instituição e as gestões subsequentes. Essas pessoas são escolhidas para ocuparem cargo de gestão por que geralmente ajudaram a construir o plano de gestão no período eleitoral e assim, elas irão compartilhar das mesmas ideias e dos mesmos objetivos, presumindo a concretização daquilo que foi prometido.

Deve-se refletir sobre o compromisso com a comunidade que o elegeu, sendo de suma importância que esses gestores possuam conhecimento e experiência para buscar executar a gestão de qualidade, pois sabe-se que a indicação pode prejudicar o desenvolvimento do trabalho.

Além disso, observa-se que o planejamento das unidades é realizado conforme alternâncias políticas. Alguns gerentes relatam ter que fazer um planejamento para a unidade até o término das eleições por não ter conhecimento sobre sua permanência na unidade após a mudança política, sendo caracterizada como uma gestão momentânea, não havendo continuidade e dificultando o planejamento da unidade.

Alguns políticos não respeitam a fila, por entenderem que possuem privilégios em decorrência dos cargos ocupados. Desse modo, solicitam que os gestores deem preferência a parentes e conhecidos em detrimento dos outros pacientes.

“É igual quando você tem um pedido político: oh dá isso aqui para mim, tem como você furar a fila? Falei assim: não dá para eu atender; vai ser classificado, nós vamos ver a gravidade dele (risos); enquadrou na gravidade vai ser atendido rapidinho, agora se não está grave ele vai ter que esperar o atendimento, entendeu? É isso e não acho que tem que facilitar né? O brasileiro tem esse jeitinho brasileiro de herdar dos portugueses de que quer levar vantagem em tudo.” (GR1)

Devido às interferências políticas, os gestores se sentem desvalorizados e sem autonomia para atuar.

“Aspectos políticos, porque como eu trabalho em uma instituição, que ela é uma instituição pública, ela é atravessada pela política o tempo inteiro, então isso dificulta a nossa tomada de decisão.” (GR10)

“A Política de Betim é suja! Eles não deixam ninguém, então você vai cansando, os vereadores vieram aqui para ver como é que está funcionando. Porque a gerente corta ponto de funcionário, entendeu? [...] Que eu quero aposentar! É não tem jeito! Eu falei que a saúde não tem mais jeito não! Eu quero aposentar! Não tem jeito! Tudo que você mexe para melhorar não tem jeito! Eu falei: eu quero aposentar! Que está difícil!” (GR8)

Os fatores políticos somados à falta de recursos físicos, ferramentas de trabalho e problemas na alocação dos recursos desmotivam os profissionais, gerando entraves na gestão de pessoas.

“Atestados, as faltas justificadas e as injustificadas, acompanhar esse processo e responder imediatamente e pensar estratégias para minimizar. Porque como é uma característica do serviço de urgência, principalmente de UPA, o absenteísmo existe e nós temos que pensar rapidamente como resolver esse absenteísmo e as ausências que existem na unidade.” (GR4)

“Eu acho que o número de atestado excessivo da unidade, de pessoas que estão atestadas aqui e estão trabalhando em outro lugar, isso aí sobrecarrega outro, e outro que é um bom funcionário fica saturado de nunca vê uma punição.” (GR11)

Os funcionários passam a faltar ao serviço e a adoecerem. Além disso, outros fatores como a sobrecarga de trabalho, aumento do estresse, sensibilidade emocional e desinteresse são apresentados.

Face a esses desafios, o gestor se sente impotente para resolver alguns problemas da gestão, visto que a maioria dos cargos são ocupados por profissionais concursados. Assim, para haver uma punição é necessário abrir um processo administrativo, que segundo os participantes demora um tempo para ser concluído. A contratação de profissionais permite a flexibilidade na gestão do trabalho. Porém, segundo Machado e colaboradores (2016), a terceirização não resolve os problemas de recrutamento e de fixação dos profissionais nas unidades de urgência e emergência e gera o predomínio de profissionais jovens, com limitada experiência na área, além da alta rotatividade.

Os participantes alegam que quando se trata de profissionais contratados, os problemas referentes à gestão de pessoa são tratados com maior agilidade, já que eles podem resolver no momento em que ocorrem, sem excesso de burocracia. Repor a escala devido às faltas consecutivas de profissionais é uma das principais dificuldades mencionadas pelos gestores.

“A maior de todos os dias é conseguir repor a minha escala, que é está com déficit de funcionários muito grande na unidade. Então sempre eu tenho que tentar remanejar, tentar repor. Isso já me ocupa uma boa parte do dia. Falta de funcionários... a nossa grade está só com 18 funcionários! Então realmente os que estão trabalhando para mais, não tem ninguém trabalhando para menos. Então aí eu estou cansado, não estou conseguindo... aí eu fico limitada, porque eu não tenho nem como falar que eu não vou mandar alguém para te substituir.” (GR6)

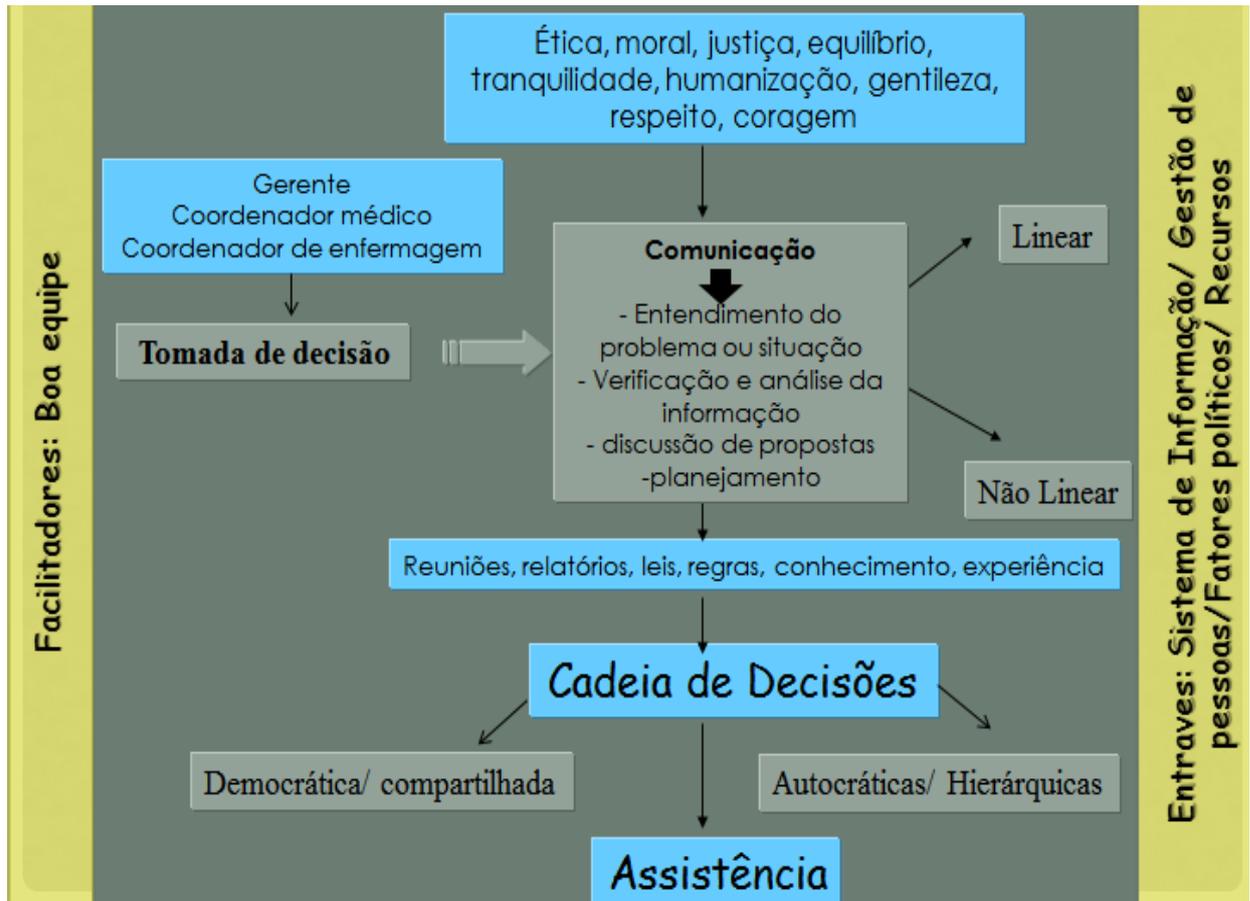
A não fixação dos profissionais implica diretamente na qualidade do cuidado prestado ao paciente, bem como gera um desafio para a continuidade das ações gerenciais.

Nota-se a necessidade em investir no capital humano das instituições em estudo. A gestão é realizada com a ajuda dos profissionais presentes na instituição, assim, investir e manter os colaboradores implicará profissionais qualificados que contribuirão para garantir o desenvolvimento da organização. Acredita-se que quanto maior for o investimento da instituição nos colaboradores, mais eficientes serão os processos, visto que são os profissionais que colocam em prática as ações de seus dirigentes (MACHADO et al, 2016).

As dificuldades observadas no estudo refletem a necessidade de controle e de monitoramento dos entraves presentes, buscando o fortalecimento da gestão local, incentivo e apoio profissional, buscando o desenvolvimento da unidade. São necessárias também, transformações contínuas nas práticas, processos e estratégias para que as unidades obtenham diferencial competitivo diante das mudanças e transformações no setor saúde.

Baseado nos achados do estudo foi possível elaborar este esquema que orienta a tomada de decisão dos gestores participantes do estudo, Figura 12.

Figura 12 – Percurso da tomada de decisão nas UAI, no município de Betim – MG.



Fonte: Elaborada pela autora para fins de estudo, 2016.

“Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri no caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir.”

(Cora Coralina)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa permitiu identificar que o cotidiano de trabalho dos gestores é permeado por fatores que interferem diretamente nas rotinas diárias do trabalho. Notou-se que os gerentes e coordenadores médicos e de enfermagem são reconhecidos como atores centrais nas tomadas de decisão administrativas, havendo necessidade do envolvimento ativo dos outros profissionais visando a tomada de decisão mais participativa, compartilhada e homogênea entre os atores.

Os gestores mobilizam alguns elementos para embasar a tomada de decisão como a ética, a moral, a justiça, o equilíbrio, a tranquilidade, a humanização e a coragem, pois eles acreditam que por meio desses elementos o gestor realizará de forma igualitária a tomada de decisão, não priorizando ou favorecendo um grupo.

A comunicação ativa foi ponto central enfatizado pelos participantes, pois por meio dela eles obtêm entendimento do problema ou situação, verificam e analisam a informação de forma assistemática. A comunicação direta com os colaboradores é a preferencial para obter informações que darão origem a uma decisão. Recursos como reuniões, relatórios, leis, regras, conhecimento e experiência delimitam o percurso da tomada de decisão, sendo acionadas frequentemente para respaldar e configurar esse processo.

A cadeia de decisão das unidades cenários do presente estudo, em alguns momentos é democrática, mas na maioria das vezes autocráticas e hierárquicas. A maioria das decisões democráticas não é compartilhada entre os diversos atores presentes na unidade. A decisão compartilhada é incipiente, alguns gestores tem o conhecimento sobre a sua importância e os benefícios, mas não a colocam em prática. Assim, verificam-se alguns desafios, tais como a necessidade do envolvimento dos outros profissionais visando a tomada de decisão mais participativa e homogênea o que permitirá realizar decisões mais lineares e regulares, bem como mostrar a importância da participação para o processo de trabalho.

Por mais que os gestores tenham conhecimento de como deve ser o processo ideal para se tomar uma decisão eles carecem de empregar um melhor processo e superar as barreiras, dentre as quais destaca-se a falta de recurso, influências políticas e gestão de pessoas. Esses entraves interferem diretamente no processo de tomada de decisão.

Ressalta-se que as influências políticas e a gestão de pessoas são visualizadas pelos gestores como problemas de maior amplitude. No processo de gestão de pessoas, os decisores relatam não possuir autonomia suficiente para gerir e realizar mudanças, visto que os

profissionais, em sua maioria, são concursados. Assim, eles dependem da atuação de outros níveis de gestão para conseguir realizar mudanças.

O gestor se vê diante do desafio de manter a escala de profissionais completa, meta que é avaliada, elaborada e planejada cotidianamente e se mobilizam para proporcionar um atendimento mais ágil e de qualidade aos pacientes. Também almeja vivenciar um sistema menos burocrático, com leis rígidas, que possua gestores sérios que não compartilham com interferências políticas e gestores que saibam lidar com os profissionais e com os pacientes, que tenham decisões bem pensadas e compartilhadas, promovendo um serviço melhor a cada dia.

Conclui-se que os gestores possuem objetivos comuns na tomada de decisão. Tais objetivos consistem em melhorar, simplificar e organizar processos que resultem em melhorias no trabalho e, principalmente, a busca pela satisfação do usuário.

Esse estudo permitiu compreender a vivência da tomada de decisão de gestores no contexto de UAI, contemplando assim o objetivo proposto. Pode-se dizer assim, que o método utilizado foi adequado. A limitação do estudo foi a falta de apoio da coordenação de urgência e emergência e a resistência em autorizar as entrevistas dos profissionais sob sua coordenação. O presente estudo foi realizado em um único município, especificamente, não cabendo assim a generalização dos resultados. Recomenda-se que se avaliem mais profundamente os fatores políticos que interferem na tomada de decisão, bem como na gestão de pessoas.



REFERÊNCIAS

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**, v. 20, n.esp., p.131-137, 2011.

ANDRADE, A.M.; BRITO, M.J.M.; SILVA, K.L.; MONTENEGRO, L.C.; CAÇADOR, B.S.; FREITAS, L.F.C. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.34, n.1, p.111-117, 2013.

ALMEIDA, V. L. D. S. D. **Descontinuidade administrativa e efeitos na implementação do planejamento estratégico em instituições públicas**. Curso de Pos-Graduação em Administração Pública – WDireito, Brasília, 2010

AMESTOY, S.C.; LOPES, R.F.; SANTOS, B.P.; DORNELLES, C.; JUNIOR, P.R.B.F.; SANTOS, E.A. Exercício da liderança do enfermeiro em um serviço de urgência e emergência. **Rev. Eletrônica Gestão Saúde**, v. 7, n. 1, p.38-51, 2016. Disponível em: < <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1524/pdf>>. Acessado em: 13 de mar. 2016.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômano**. São Paulo: Martin Claret, 2015.

ARREGUY-SENA, C.; ROJAS, A.V.; SOUZA, A.C.S. Representação social de enfermeiros e acadêmicos de enfermagem sobre a percepção dos riscos laborais a que estão expostos em unidades de atenção à saúde. **Rev Elet Enf**, Goiânia, v.2, n.1, jan./jun. 2000. Disponível em: < <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/672/754>>. Acessado em: 2 de jun. 2016.

ARRUDA, C.; LOPES, S.G.R.; KOERICH, M.H.A.L.; WINCK, D.R.; MEIRELLES, B.H.S.; MELLO, A.L.S.F. Health care networks under the light of the complexity theory. **Esc Anna Nery**, v.19, n.1, p. 169-173, 2015.

BARBOSA, L. Meritocracia e sociedade brasileira. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 54, n.1, p. 80-85 jan./fev. 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.

BARROS, R.H.; JUNIOR, E.P.G. Por uma história do velho ou do envelhecimento no Brasil. **CES Rev. Juiz de Fora**, v. 27, n. 1, p. 75-92, jan./dez. 2013.

BATISTA, K.B.C.; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BETIM. Prefeitura de Betim. Portal.betim. Urgência e Emergência. 2016. Disponível em: < http://www.betim.mg.gov.br/prefeitura_de_betim/secretarias/saude/gabinete_operacional/em_casos_de_urgencia/39123%3B53388%3B0724340202%3B0%3B0.asp>. Acessado em 21 de jan. 2016.

BETIM. Secretária Municipal de Saúde. Prefeitura de Betim. Plano Municipal de Saúde de Betim 2014/2017. Betim, 2014. Disponível em: <http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/Plano_Municipal_de_Saude;20150213.pdf>. Acessado em: 21 de jan. 2016

BIASOLI, P.K. Mulheres em cargos de gestão: dificuldades vinculadas ao gênero. **Indic. Econ. FEE**, Porto Alegre, v. 43, n. 3, p. 125-140, 2016.

BORGES, F.; MENDES, J.S. Competências do gestor e do líder, estudo de caso. **Lusíada. Economia Empresa**, Lisboa, n.18, p. 89-120, 2014.

BRANCO, R.A.; RIBEIRO, P.E. A meritocracia e os cargos comissionados no serviço público. **Rev. Caribeña de Ciencias Sociales**, p. 1-14, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.eumed.net/rev/caribe/2016/03/meritocracia.html>> Acessado em: 23 de abr. 2016.

BRANT, L.C.; DIAS, C.E. Trabalho e construção do sujeito: o sofrimento no âmbito da gestão. In: VIEIRA, A. (Org.); ALVES, M. (Org.); GARCIA, F.C. (Org.). Trabalho e gestão, saúde e inclusão social. Belo Horizonte: Coopmed, 2012. 340 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 18 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 342, de 4 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Diário oficial da União, seção 1, nº 43, 5 de março, 2013. Disponível em: <<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Mar/5/portaria-no-342-de-4-de-marco-de-2013-redefine-as>>. Acessado em: 21 de jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias das SAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acessado em: 6 de jun. 2016.

BRESSAN, F.; TOLEDO, G.L. A influência das características pessoais do empreendedor nas escolhas estratégicas e no processo de tomada de decisão. **Rev. Psicol. Organ. Trab**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 309-324, set./dez. 2013.

BRITO, M.J.M.; CAÇADOR, B.S.; CARAM, C.S.; MOREIRA, D.A. A técnica do Gibi como estratégia de coleta de dados na pesquisa qualitativa em saúde. In: 17º seminário nacional de pesquisa em enfermagem: O clássico e o emergente, desafios da Pesquisa em Enfermagem, 2013, Natal. **Anais**. Natal: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 2013, p. 02434-02436. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1560co.pdf>. Acessado em: 05 dez. 2014.

BRITO, M.J.M.; 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: SPAGNOL, C.A.; VELLOSO, I.S.C. Administração em Enfermagem: Estratégias de ensino. Belo Horizonte: Coopmed, 2014.

BUCHANAN, L.; O'CONNELL, L. Uma breve história da tomada de decisão. **Harvard Business Review**, v.84, n.1, p. 20-29, 2006. Disponível em: <http://tupi.fisica.ufmg.br/michel/docs/Artigos_e_textos/MPE_e_empresa_familiar/ISO_Pequenas_empresas.pdf> Acessado em 10 de mar. 2016.

CAMPOS, G.W.S.; BEDRIKOW, R.; SANTOS, J.A.; TERRA, L.S.V.; FERNANDES, J.A.; BORGES, F.T. Direito à saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco? **Interface. Comunicação saúde educação**, v. 20, n. 56, p. 261-266, 2016.

CANDATEN, D.M.; ZANATTA, J.M.; TREVISAN, J.K.D.V. **Mulheres empreendedoras: os desafios para equilibrar a vida pessoal e profissional.** IX EGEPE. Encontro de Estudos sobre Empreendedorismo e Gestão de Pequenas Empresas. Passo Fundo, mar. 2016.

CAPPELLE, M.C.A.; MELO, M.C.O.L.; BRITO, M.J.M.; BRITO, M.J. Uma análise da dinâmica do poder e das relações de gênero no espaço organizacional. **RAE eletrônica**, v. 3, n. 2, jul./dez. 2004.

CARPES, A.D.; SANTOS, B.Z.; MORAIS, C.B.; BACKES, D.S.; MARTINS, J.S.; KRAUSE, L.M.F. A construção do conhecimento interdisciplinar em saúde. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 145-151, 2012.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**. v. 27, n. 78, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>> Acessado em: 23 de abr. 2016.

CAVALCANTE, R.B.; PINHEIRO, M.M.K. Política nacional de informação e informática em saúde: avanços e limites atuais. **Perspectivas em Gestão Conhecimento**, João Pessoa, v.1, n.2, p.91-104, jul./dez. 2011.

CINTHO, L.M.M.; MACHADO, R.R.; MORO, C.M.C. Métodos para avaliação de Sistema de Informação em Saúde. **J.Health Inform**, v. 8, n. 2, p. 41-48, abr./jun. 2016.

COELHO, E.C.S. **Meritocracia, burocracia e cultura brasileira: indicações aos cargos e funções de confiança no IFTO.** 2015. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Tocantins, Palmas, 2015.

COSTA, C.F.S.; VAGHETTI, H.H.; SANTOS, S.S.C.; FRANCIONI, F.F.; KERBER, N.P.C. The complexity of the health care network. **Cienc Cuid Saude**, v.14, n.4, p. 1609-1615, 2015.

CRUZ, S.G.; FERREIRA, M.M.F. Percepção de cultura organizacional e de gestão do conhecimento em hospitais com diferentes modelos de gestão. **Rev. de Enfermagem Referência**. Série IV, n.5, p.75-83, abr./jun. 2015.

DALL'ALBA, R.; MORO, R.D.; RECKZIEGEL, M.; LEITE, A.L.; FERLA, A.A.; FAGUNDES, S.M.S. **Cultura da Informação e Tecnologia Vivas: Gestão da Informação, apoio e Atenção Básica orientando as Redes de Atenção à Saúde.** In: Atenção Básica em Produção: Tessituras do apoio na gestão Estadual no SUS. Rede UNIDA, Porto Alegre, p.273

– 285, 2014.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Rev. Adm. Púb.**, Rio de Janeiro, v. 26, n.2, p. 8-19, abr./jun. 1992.

EDUARDO, E.A.; PERES, A.M.; ALMEIDA, M.L.; ROGLIO, K.D. BERNARDINO, E. Analysis of the decision-making process of nurse managers: a collective reflection. *Rev Bras Enferm*, v.68, n.4, p.582-588, jul./ago. 2015.

FARIA, H.P.; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, P.F. **Processo de trabalho em saúde**. 2ªed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2009.

FERREIRA, A.B.H. **Miniaurélio: o minidicionário da língua portuguesa dicionário**. 7 ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2008.

FIGUEIREDO, M.L.; D'INNOCENZO, M. Dificuldades encontradas pelos gestores de instituição de saúde na utilização da metodologia gestão por processos. **RAS**, v. 13, n. 50, p.45-52, jan/mar. 2011.

FRANÇA, L.G. Políticas públicas no Brasil desde o enfoque dos direitos humanos: breve estudo sobre a perspectiva da igualdade de gênero. **Rev. Diálogos Possíveis**, ano 14, n.2, p.43-52, 2015.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus Acta de Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p. 151-163, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Reg/Downloads/1120-2451-1-PB%20(1).pdf> Acessado em: 23 de abr.2016

FRANCO, T.B.; MERHY, E.L. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. **Salud colectiva**, Buenos Aires, v.7, n.11, p.9-20, 2011.

FREITAS, L.F.C. Continuidade do cuidado ao portador de doença crônica em uma unidade de atendimento imediato. 2013. 140 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

FOUCAULT, M. **Ética, sexualidade, política. Organização e seleção de textos**. Manuel Barros da Motta. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

GARLET, E.R.; LIMA, M.A.D.S.; SANTOS, J.L.G.; MARQUES, G.Q. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-272, abr./jun. 2009.

HAYASHIDA, K.Y.; BERNARDES, A.; MAZIERO, V.G.; GABRIEL, C.S. A tomada de decisão da equipe de enfermagem após revitalização do modelo compartilhado de gestão. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p.286-293, abr./jun. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores IBGE: principais destaques da evolução do mercado de trabalho nas regiões metropolitanas abrangidas pela pesquisa. 2003-2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/retrospectiva2003_2015.pdf>. Acessado em: 23 de mar. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Cidades, Minas Gerais, Betim. População estimada 2015. Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310670&search=minas-gerais|betim|infograficos:-informacoes-completas>>. Acessado em: 21 de jan. 2016

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População: taxas de fecundidade total. 2013. Disponível em: < <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>> Acessado em: 24 de mar. 2016.

JORGE, C.F.B.; VALENTIM, M.L.P. A importância do mapeamento das redes de conhecimento para a gestão da informação e do conhecimento em ambientes esportivos: um estudo de caso no Marília Atlético Clube. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v.21, n.1, p.152-172, 2016.

KILIMNIK, Z.M.; BICALHO, R.F.S.; OLIVEIRA, L.C.V.; MUCCI, C.B.M.R. Análise do estresse, fatores de pressão do trabalho e comprometimento com a carreira: um estudo com médicos de uma unidade de pronto atendimento de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 12, n. 3, p. 668-693, set./dez. 2012.

KLEBA, M.E.; ZAMPIROM, 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.

LAZARTE, L. Ecologia cognitiva na sociedade da informação. *Ci. Inf.*, v.29, n.2, p. 43-51, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v29n2/a06v29n2.pdf>>. Acessado em: 25 de mai. 2016.

LIMA, D.P.; LEITE, M.T.S.; CALDEIRA, A.P. Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.104, p. 65-75, jan./mar. 2015.

LIMA, F.S.; AMESTOY, S.C.; JACONDINO, M.B.; TRINDADE, L.L.; SILVA, C.N.; JUNIOR, P.R.B.F. The exercise of leadership of nurses in the Family health strategy. **Fundam care**, v.8, n.1, p. 3893-3906, 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/Simone%20Graziele/Downloads/3905-26773-1-PB.pdf>>. Acessado em: 25 de mai. 2016.

LIMA, M.A.; PEREIRA, J.R. O perfil do gestor social no Brasil. **Rev. NAU Social**, v.6, n.10, p. 119-132, mai./out. 2015.

LORENZETTI, J.; LANZONI, G.M.M.; ASSUITI, L.F.C.; PIRES, D.E.P.; RAMOS, F.R.S. Gestão em saúde no Brasil: diálogos com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.23, n.2, p. 417-425, abr./jun. 2014.

LORENZETTI, J.; TRINDADE, L.L.; PIRES, D.E.P.; RAMOS, F.R.S. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto Contexto Enferm**, v.21, n.2, p. 432-439, 2012.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; O'DWYER, G.; ANDRADE, C.L.T.; BAPTISTA, T.W.F.; PITTHAN, R.G.V.; IBÁÑEZ, N. Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n.2, fev. 2016.

MACHADO, H.V. Tendências do comportamento gerencial da mulher empreendedora. In: Encontro Nacional da XXIII ENANPAD, **Anais**, Foz do Iguaçu, PR, set. 1999. Disponível em: < http://www.spm.gov.br/assuntos/poder-e-participacao-politica/referencias/genero-e-mercado-de-trabalho-pr/tendencias_do_com> Acessado em: 24 de mar. 2016.

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 671 p.

MAXIMIANO, A.C.A. **Introdução à administração**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MELO, T.A.P. Cargas de trabalho de gestores de unidades básicas de saúde. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, J.D.V.; BITTAR, O.J.N.V. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. **Rev. Fac. Ciênc. Méd**, Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 35-39, 2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407 p.

MOTTA, F.C.P.; VASCONCELOS, I.F.G. **Teoria geral da administração**. 3. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

MOTTA, J.H.; SILVA, M.C.; LIMA, S.M. Descentralização do Sistema Único de Saúde: as dificuldades de o município programar. **Rev. Jurídica**, v.2, n.39, p. 393-409, 2015.

MOTTA, P.R. **Gestão Contemporânea: A ciência e a arte de ser dirigente**. 7. ed. Rio de Janeiro: Record, 1996.

MOURÃO, T.M.F.; GALINKIN, A.L. Equipes Gerenciadas por Mulheres – representações sociais sobre gerenciamento feminino. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.21, n.1, p. 91-99, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n1/a12v21n1.pdf>> Acessado em: 24 de mar. 2016.

NETO, A.M.C.; TANURE, B.; ANDRADE, J. Executivas: carreira, maternidade, amores e preconceitos. **RAE-eletrônica**, v. 9, n. 1, art. 3, jan./jun. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v9n1/v9n1a4.pdf>> Acessado em: 24 de mar. 2016.

OHIRA, R.H.F.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E.F.P.A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva** [online], v.19, n.2, p. 393-400, 2014. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00393.pdf>> Acessado em: 1 de jun. 2016.

PAGES, M.; BONETTI, M.; GAULEJAC, V.; DESCENDRE, D. **O poder das organizações**. 10ª reimpressão da 1ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2006.

PALHARES, M.C. Histórias em quadrinhos: uma ferramenta pedagógica para o ensino de história. In: **Anais da XIV Semana de História: 1808-2008: 200 Anos da Nação Brasileira**, 2008, Maringá: UEM/ PPH/ DHI, 2008, p.170. Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2262-8.pdf>>. Acessado em 19 de fev. 2015.

PASTORE, E.; ROSA, L.D.; HOMEM, I.D. Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde. **Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder**, Florianópolis, ago. 2008.

PESSOA, A.R. **Histórias em Quadrinhos: um meio intermediário**. Trabalho apresentado em disciplina na Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.bocc.ubit.pt/pag/pessoa-alberto-historias-em-quadrinhos.pdf>>. Acessado em: 05 de dez. 2014.

PINHEIRO, A. L. S. O uso dos sistemas de informação como ferramenta para a tomada de decisão pela gestão da saúde em municípios do sul da Bahia. 2014. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2014.

PINHEIRO, A.L.S.; ANDRADE, K.T.S.; SILVA, D.O.; ZACHARIAS, F.C.M.; GOMIDE, M.F.S.; PINTO, I.C. Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto Contexto Enferm**, v.25, n.3, e3440015, 2016.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POUPART, J.; DESLAURIERS, J.P.; GROUL, L.H.; LAPERRIÉRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A.P. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 1. ed. São Paulo: Vozes, 2008.

PRADO, A.M. O Jeitinho Brasileiro: uma revisão bibliográfica. **Horizonte Científico**, v.10, n.1, p.1-22, 2016.

PROENÇA, A.M.K; MARQUES, C.L.; SILVA, J.R.; ALVES, M.V.; SILVA, T.C.M.; NUNES, T.M.V.; PERNICE, M.A. **O papel dos gestores de recursos humanos, perante as ações de colaboradores da organização**. In: VI Caderno de resumos de práticas administrativas: PADI FVR, p. 167-172, dez. 2015.

ROCHA, E.S.B.; NAGLIATE, P.; FURLAN, C.E.B.; JUNIOR, K.R.; TREVIZAN, M.A.; MENDES, I.A.C. Gestão do conhecimento na saúde: revisão sistemática de literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 2, 9 telas, mar./abr. 2012

RODRIGUES, A.P.; SANOTS, F.R.; ABREU, M.O.; SILVA, Q.R.E.; PINTO, D.R.M. Boa gestão de enfermagem na percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, Bahia, v.2, n.2, p. 12-22, set. 2015.

ROBBIS, S.P. **Administração: mudanças e perspectivas**. São Paulo: Saraiva, 2000.

SACHUK, M.I.; MACHADO, H.P.V. Reflexões sobre o processo de comunicação nas organizações. **Rev. Ciências Empresariais**, Maringá, v. 8, n. 1, p.7-15, jan./jun. 2011.

SADE, P.M.C.; PERES, A.M. Development of nursing management competencies: guidelines for continuous education services. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 49, n. 6, p. 991-998, 2015.

SAKAMAE, J.; GASPARETTI, T.; BIAZON, V.V. **A rotatividade de pessoal da prefeitura municipal de Amapora**. Semana acadêmica: inovação e sustentabilidade. Faculdade de Tecnologia e Ciências do Norte do Paraná. 2014. Disponível em: <<http://fatecie.edu.br/documentos/graduacao/revistacientifica/2014/03.pdf>> Acessado em: 28 de mar. 2016.

SAMPAIO, D.O.; FAGUNDES, A.F.A.; SOUSA, C.V.; FONSECA, J.A.; LARA, J.E. Mulheres executivas no Brasil: Cotidiano e desafios. **Qualitas. Rev. Eletrônica**, v.14, n.1, 2013. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/viewFile/1504/913>> Acessado em: 24 de mar. 2016.

SANTOS, A.N.; LAIMER, C.G.; LAIMER, V.R. Competências gerenciais e desempenho do gestor público. **Rev. Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v.14, n.1, p.132-144, jan./jul. 2016.

SANTOS, J.L.G; LIMA, M.A.D.S; PESTANA, A.L.; GARLET, E.R.; ERDMANN, A.L. Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 136-143, mar. 2013.

SANTOS, L.A. Burocracia profissional e a livre nomeação para cargos de confiança no Brasil e nos EUA. **Rev. do Serviço Público**, Brasília, v.60, n.1, p.05-28, jan./ mar. 2009.

SEIXAS, C.T.; MERHY, E.E.; BADUY, R.S.; JUNIOR, H.S. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. **Salud colectiva**, v.12, n.1, p. 113-123, 2016.

SIGNOR, E.; SILVA, L.A.A.; GOMES, I.E.M.; RIBEIRO, R.V.; KESSLER, M.; WEILLER, T.H.; PESERICO, A. Educação permanente em saúde: desafios para a gestão em saúde pública. **Rev. Enferm. UFSM**, v.5, n.1, p -01-11, jan./mar. 2015.

SILVA, N.D.M.; BARBOSA, A.P.; PADILHA, K.G.; MALIK, A.M. Patient safety in organizational culture as perceived by leaderships of hospital institutions with different types of administration. **Rev Esc Enferm USP**, v.50, n.3, p. 487-494, 2016.

SILVA, R.A.D.; SILVA, C.A.; GOMES, C.F.S. O uso Business Intelligence (BI) em sistemas de apoio à Tomada de decisão estratégica. **Rev. GEINTEC**, v.6, n.1, p.2780-2798, 2016.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Rev. Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p. 2753-2762. 2011.

SILVA, Y.C.; ROQUETE, F.F. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. **RAS**, v.15, n.58, p.2-12, jan./mar. 2013.

SIMON, H.A. **A capacidade de decisão e de liderança**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1972. 78 p.

SOARES, M.I.; CAMELO, S.H.H.; RESCK, Z.M.R.; TERRA, F.S. Nurses' managerial knowledge in the hospital setting. **Rev. Bras Enferm**, v.69, n.4, p. 631-637, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/en_0034-7167-reben-69-04-0676.pdf>. Acessado em: 24 de mar. 2016

SOUZA, B.M.B.; VASCONCELOS, C.C.; TENÓRIO, D.M.; LUCENA, M.G.A.; HOLANDA, R.L.T. Potencialidades e fragilidades da rede de atenção às urgências e emergências na V regional de saúde, Garanhuns-PE. **J. Manag Prim Health Care**, v.2, n.2, p. 41-45. 2011.

SOUZA, J. **A Ralé Brasileira: Quem é e como vive**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

SOUZA, M.C.F.; FERREIRA, G.N. Análise do conceito de “Jeitinho Brasileiro” como mecanismo de proveito e suas desvantagens sociais. **Rev. Saberes Universitários**, Campinas, v.1, n.2, p. 47-64, 2016.

SROUR, R.H. **Poder, cultura e ética nas organizações**. Editora: Campus, 1998, p.337.

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: desafios para o sistema único de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.104, p. 172-182, jan./mar. 2015.

STEINGRABER, R.; FERNANDEZ, R.G. A racionalidade limitada de Herbet Simon na Microeconomia. **Rev. Soc. Bras. Economia Política**, São Paulo, n.34, p. 123-162, fev. 2013.

TANAKATA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Online, v. 17, n. 4, p. 821-828. 2012. Disponível em: <https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=712568248812620&id=126470790755705>. Acessado em: 05 de dez. 2014.

TEIXEIRA, K.C.S.; GÓIS, J.B.H. Diversidade e equidade de gênero em empresas. **Gênero**, Niterói, v.15, n.2, p. 155-162, 1. Sem. 2015.

UMA-SUS/UFMA. Universidade Federal do Maranhão. **O processo de trabalho na gestão do SUS**. São Luís, 2016.

VALENTIM, M.L.P. Gestão da informação e gestão do conhecimento em ambientes organizacionais: conceitos e compreensões. **Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**, v.1, n.1, 2008.

VARGAS, R.A.A.; JUNQUILHO, G.S. Funções administrativas ou práticas? As “artes do fazer” gestão na escola mirante. **Rev. Ciência da Administração**, v.15, n.35, p.180-195, abr. 2013

VIEGAS, S.F.; PENNA, C.M.M. Implicações da integralidade na gestão municipal em saúde. **Rev APS**, v.16, n.2, p. 136-145, abr./jun. 2013.

WERMELINGER, M.; MACHADO, M.H.; TAVARES, M.F.L.; OLIVEIRA, E.S.; MOYSÉS, N.M.N. A força de trabalho do setor de saúde no brasil: focalizando a feminização. **Rev. Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.45, p. 54-70, mai. 2010.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248 p.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Roteiro de Entrevista Semiestruturada		
Dados da entrevista		
Código de Identificação da UAI:		
Número da entrevista:		
Data:	Horário de início:	Horário de término:
Duração da Entrevista:		
Perfil dos participantes		
Código do participante:		
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 semanal: Formal: Informal:		
Flexibilidade de Horário: () sim () não		
Cargo(s) ocupado na UAI:		
Tempo de serviço na UAI:		
Tempo de serviço no cargo de gestor:		
Recebeu incentivo da secretária para assumir o cargo de gerente? () não () sim Qual?		
Número de empregos atualmente:		
Jornada de trabalho na outra instituição:		
Cargos ocupados em outras instituições:		
Roteiro de Entrevista		
1 Fale sobre o seu cotidiano de trabalho como gerente.		
2 Quais são as atividades que você realiza no seu cotidiano de trabalho?		
3 Como você toma as decisões no seu cotidiano de trabalho?		
4 Quais os aspectos éticos que você leva em consideração para tomar decisões?		
5 Quais são as estratégias que você utiliza para tomar decisões que envolvam aspectos morais?		
6 Quais são os recursos que você utiliza para tomar decisões que envolvam aspectos morais?		
7 Quais atores estão envolvidos no processo decisório?		
8 Quais são os fatores facilitadores na tomada de decisão que envolvam aspectos morais no seu dia-a-dia?		
9 Quais são os fatores dificultadores na tomada de decisão que envolvam aspectos morais no seu dia-a-dia?		
10 Relate um conflito ético/moral que ocorreu na unidade na qual você teve que tomar uma decisão.		
11 Relate uma situação na qual você optou por uma decisão contrária ao seu desejo/julgamento moral.		
12 Como você se sentiu ao vivenciar essa situação?		
13 O que te motiva a continuar trabalhando como (categoria profissional)?		
14 O que você mudaria no seu trabalho?		
15 Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?		

APÊNDICE B – ROTEIRO DA TÉCNICA DO “GIBI”

Técnica do Gibi
Dados da entrevista
Código de Identificação da UAI:
Número da entrevista:
“Represente por meio de uma figura o processo de tomada de decisão que envolva um conflito moral”.
Utilizando a revista do tipo gibi.
Comente a figura escolhida.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar do projeto integrado de pesquisa, cujas informações são descritas abaixo. O projeto integrado de pesquisa intitulado: “Ética e sofrimento moral: vivências de profissionais e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde”, desenvolvido pela pesquisadora **Prof. Dra. Maria José Menezes Brito** (CPF nº: 54848750644), em colaboração equipe de pesquisadores desta instituição. Trata-se de pesquisa desenvolvida com o apoio/financiamento do CNPq.

O projeto de pesquisa tem como **Objetivo Geral**: Analisar as questões éticas e o sofrimento moral vivenciados por profissionais de saúde e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde. Trata-se estudo multi métodos, incluindo etapas qualitativas e etapa quantitativa. A pesquisa trará benefícios indiretos aos profissionais de saúde e gestores, uma vez que seus resultados poderão ser utilizados para a promoção da saúde, qualidade de vida e condições de trabalho.

O estudo será realizado por meio de um macro projeto e cinco subprojetos, em diferentes contextos da Rede de Atenção à Saúde, considerando o trabalho dos profissionais da saúde ou gestores. Você está sendo convidado a participar do subprojeto 1 que tem como **Objetivo**: Compreender o processo de deliberação moral de gestores no contexto de Unidades de Pronto Atendimento. Este subprojeto tem como pesquisador responsável a mestranda Simone Grazielle Silva Cunha sob a orientação do Prof. Dr.ª. Mari a José Menezes Brito. Você será convidado a responder uma entrevista individual com roteiro semiestruturado com perguntas sobre o seu cotidiano de trabalho como gerente; as vivências dos processos de deliberação moral, considerando aspectos facilitadores e dificultadores e; as estratégias e recursos utilizados para deliberar. Posteriormente a entrevista será realizada a técnica do “Gibi”, assim, você será convidado a escolher uma figura na revista do tipo “gibi” da Turma da Mônica para representar o processo de deliberação moral como gerente e deverá discorrer sobre. As respostas dadas por meio da entrevista e técnica do “Gibi” serão gravadas e transcritas caso haja seu consentimento.

A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos sujeitos e as Instituições participantes, em todo processo investigativo. Sua participação não envolve riscos físicos, pois não se trata de estudo que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. No entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto, de modo que você poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento, que por qualquer motivo não lhe seja conveniente. Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e o nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento, que a imagem individual e institucional serão protegidas, assim como serão respeitados os valores individuais ou institucionais manifestos.

Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo pessoalmente (formas de contato abaixo informadas). Os registros e documentos coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora acima citados, em seu setor de trabalho na Universidade envolvida. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores participantes. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou em divulgações em eventos científicos. Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa. No caso de aceitar tal convite, peço que preencha o campo abaixo:

Eu....., fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, 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 e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora responsável

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Antônio Carlos, nº 6627/ Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005/ Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP: 31270-901 Fone: (31) 3409-4592 / E-mail: coop@prpq.ufmg.br.

Comitê de Ética e Pesquisa Betim (CEPBetim): Rua Pará de Minas, 60, Brasília, Betim, MG – Brasil/ CEP:32.600-412 Fone: (31) 3512-3313 / E-mail: cepsmsbetim@yahoo.com.br.

Contato do Pesquisador: Maria José Menezes Brito – Fone: (31) 3409-8046 / E-mail: brito@enf.ufmg.br. Simone Grazielle Silva Cunha – Fone: (31) 9130-2857/ Email: simonegscunha@gmail.com. Av. Alfredo Balena, 190/ Escola de Enfermagem da UFMG. 5º andar - Sala 514/ Campus Saúde Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP 30130-100

ANEXO A – Aprovação da Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da
Universidade Federal de Minas Gerais.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 47259115.1.0000.5149

Interessado(a): **Profa. Maria José Menezes Brito**
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 05 de agosto de 2015, o projeto de pesquisa intitulado "**Ética e sofrimento moral: vivências de profissionais e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Betim



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 Cláudia 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

Rasível dos Reis Santos Júnior
Secretário Municipal de Saúde
Gestor do SUS/Betim

ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos 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 locus 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

Continuação do Parecer: 1.174.603

insuficiência de respaldo para efetivá-las nas práticas cotidianas, emergindo a violência institucional, dada a não funcionalidade dos serviços. Serão considerados como critérios de inclusão na etapa quantitativa: ser profissional da saúde ou gestor e atuar nos níveis de atenção primário, secundário ou terciário e ter disponibilidade e interesse em responder ao questionário. O critério de inclusão dos sujeitos na etapa qualitativa será o período mínimo de um ano de atuação no serviço, por entender que os profissionais com um tempo maior de atuação poderão contribuir com informações mais claras e precisas deste serviço. Serão excluídos da pesquisa profissionais que se encontram de férias e licença médica no período da coleta de dados. Estima-se a participação de 200 profissionais. A coleta de dados será feita em duas etapas: a primeira, correspondente à parte quantitativa, e será realizada por meio da aplicação de survey e questionário a uma amostra significativa dos sujeitos que compõe a população do estudo. A segunda etapa, correspondente à parte qualitativa, será realizada por meio de entrevistas com roteiro semi-estruturado realizadas com um número de sujeitos definidos mediante o critério de saturação das informações. O estudo é financiado pelo edital CNPq/2013.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo o projeto:

"Objetivo Primário:

Analisar as questões éticas e o sofrimento moral vivenciados por profissionais de saúde e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde.

Objetivo Secundário:

- Compreender os desafios éticos vivenciados por profissionais de saúde e gestores no cotidiano de trabalho;
- Analisar situações de sofrimento moral vivenciadas por profissionais de saúde e gestores, bem como o processo de deliberação moral desenvolvido por estes trabalhadores;
- Compreender o trabalho gerencial no contexto da Rede de Atenção à saúde;
- Analisar as estratégias de resistência e enfrentamento adotadas por profissionais de saúde e gestores em seu cotidiano de trabalho."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o projeto:

"Riscos:

Considera-se riscos mínimos relacionados a possíveis constrangimentos advindos das entrevistas. Porém assegura-se que os mesmos serão minimizados garantindo o anonimato, sigilo das

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.174.603

informações e confidencialidade das informações atendendo a todos os aspectos ético em pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). Ademais, assegura-se que qualquer um dos participantes poderá se recusar a responder questões ou se retirar a qualquer momento da pesquisa sem prejuízos ou danos à sua pessoa.

Benefícios:

As pessoas envolvidas na pesquisa não serão diretamente beneficiadas. Contudo, pretende-se alcançar melhorias na gestão de pessoas, considerando a captação de aspectos referentes ao cotidiano do serviço e do trabalho realizado por profissionais da saúde e gestores. Há também que se considerar a possibilidade de reflexão sobre questões éticas que permeiam as relações interpessoais no trabalho com possíveis repercussões na qualidade do cuidado."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa é relevante e está bem apresentado. Não foram observados desvios éticos e parece viável dentro do cronograma apresentado. Os resultados dessa pesquisa poderão trazer contribuições científicas e retorno ao serviço porque poderão definir padrões de sofrimento moral e ético do trabalho no âmbito da saúde pública, permitindo novas abordagens que possam melhorar a qualidade das condições de trabalho e, conseqüentemente, a assistência prestada aos pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados: projeto de pesquisa formatado pela Plataforma Brasil; projeto detalhado em PDF, contendo o roteiro de pesquisa; folha de rosto devidamente preenchida e assinada pela Diretora da Escola de Enfermagem da UFMG (ENF-UFMG); parecer consubstanciado favorável, com aprovação, emitido pelo Departamento de Enfermagem Aplicada da ENF-UFMG; parecer consubstanciado emitido pelo Hospital Risoleta Tolentino Neves; carta de anuência assinada pelos gerentes médico e de enfermagem do Hospital São João de Deus em Divinópolis; carta de anuência da Santa Casa de Belo Horizonte; carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Betim; seis versões do TCLE, a saber: TCLE direcionado ao macroprojeto da etapa quantitativa que propõe a realização da entrevista individual; etapa qualitativa que envolve gravação e transcrição de entrevistas; TCLE do subprojeto 1 voltado para os gestoras das Unidades de Pronto Atendimento (UPA); TCLE do subprojeto 2 voltado para os gestores dos serviços de Atenção Primária; TCLE do subprojeto 3 voltado para os enfermeiros do Programa de Saúde da Família; TCLE do subprojeto 4 voltado para os profissionais de saúde dos hospitais; TCLE do subprojeto 5 voltado para os enfermeiros de UPA. Nas diferentes versões, o texto foi padronizado

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

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**

Continuação do Parecer: 1.174.603

na forma de carta convite com linguagem acessível ao público-alvo. Foram explicitados os objetivos e justificativa para realização do estudo. Os riscos/desconfortos da pesquisa foram adequadamente caracterizados, bem como as medidas a serem tomadas para minimizá-los. Foi mencionado direito à participação voluntária, à desistência, à confidencialidade dos dados e contato com o pesquisador ou o COEP.

Recomendações:**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sou, s.m.j., pela aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Substituir a palavra cópia por via nas seis versões do TCLE e atualizar a data de assinatura do mesmo para o ano de 2015.

BELO HORIZONTE, 06 de Agosto de 2015

Assinado por:
Telma Campos Medeiros Lorentz
(Coordenador)

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