

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCar  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LUCELE SCHIAVETTO

**A GESTÃO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE EM UM  
MUNICÍPIO PAULISTA: CONCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE O  
TRABALHO GERENCIAL**

São Carlos

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCar  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LUCELE SCHIAVETTO

**A GESTÃO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE EM UM  
MUNICÍPIO PAULISTA: CONCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE O  
TRABALHO GERENCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Carlos Departamento de Enfermagem, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Márcia Niituma Ogata

São Carlos

2012

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

S329gu Schiavetto, Lucele.  
A gestão das unidades de atenção básica em saúde em um município paulista : concepções dos enfermeiros sobre o trabalho gerencial / Lucele Schiavetto. -- São Carlos : UFSCar, 2013.  
101 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2013.

1. Enfermagem. 2. Saúde pública - administração. 3. Atenção básica. I. Título.

CDD: 610.73 (20ª)



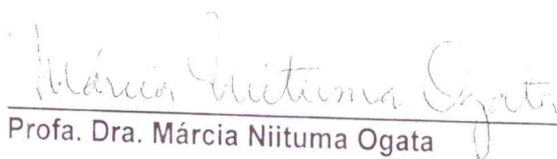
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



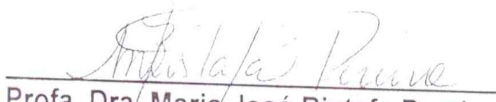
FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: LUCELE SCHIAVETTO

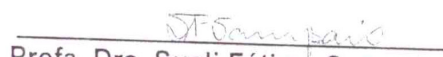
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 11/01/13  
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:



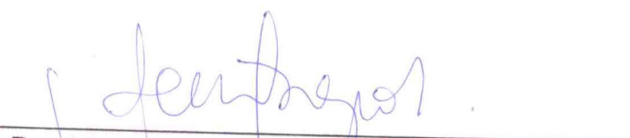
Profa. Dra. Márcia Niiituma Ogata  
(Orientadora - PPGE<sub>nf</sub>/UFSCar)



Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira  
(EERP/USP)



Profa. Dra. Sueli Fátima Sampaio  
(Denf/UFSCar)



Presidente da Coordenação de Pós-Graduação  
Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão

*“Todas as vitórias ocultam uma abdicação”.*  
*(Simone de Beauvoir)*

*Dedico esta conquista a todos que sonharam comigo este desafio,  
que acompanharam com atenção e carinho o meu caminhar,  
que souberam entender e inspirar meus momentos.  
Em especial a Deus, por ter a certeza de que Ele esteve  
presente em todos os momentos dessa jornada,  
dando-me força para continuar  
nos momentos mais difíceis.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus,  
por uma trajetória abençoada ...

Aos meus pais, Ademir Schiavetto e Ivana Maria Polegato Schiavetto, que, no decorrer da minha vida, proporcionaram-me, além de extenso carinho e amor, os conhecimentos de integridade, perseverança e sempre procurar em Deus a força maior para o meu desenvolvimento como ser humano, a vocês, minha imensa gratidão e sempre amor.

Aos meus irmãos  
Ivademir Schiavetto e André Fernando Schiavetto pelo companheirismo, lealdade e confiança....

Aos meus sobrinhos Maria Eduarda Schiavetto, Leonardo M. Schiavetto e Maria Gabriela D. Schiavetto pela alegria e compreensão em todas as horas...

Enfim, pela família, por estarem sempre presentes, mesmo quando ausentes.

Ao meu namorado Alessandro Henrique Torres,  
pelo amor, fidelidade e o imenso carinho em todos os momentos...

À amiga Tânia Mara Mancini Bambozzi,  
profissional exemplar e de singular dedicação, por me introduzir ao campo profissional de enfermagem e docência e me ensinar a problematizar, criticar e recomeçar ...

À amiga Elisete Trovão de Sá  
pelo incentivo e contribuições na minha carreira.

À amiga Marina S. Cecchetto  
pelo apoio e contribuição.

A todos os amigos que acompanharam este caminhar....

À equipe da Unidade Básica de Saúde Angelina Torquato Marchesam, em especial à Maria Helena Pereira e Sebastiana D`arc dos Santos Martins, pela compreensão, dedicação e carinho...

A todas as colegas da ETEC Sylvio de Mattos Carvalho, pela escuta, companheirismo e compreensão.

A todos os alunos que diretamente ou indiretamente acompanharam a minha trajetória.

Aos docentes e funcionários do PPGEnf UFSCar pela colaboração e parceria ...

Às companheiras alunas do programa de mestrado pela troca ...

Às enfermeiras que fizeram parte da pesquisa e por dividirem comigo suas experiências e vivências ...

Ao gestor municipal José Francisco Dumont pela confiança e disponibilidade

Às Profs. Dras.: Maria José Bistafa Pereira e Sueli de Fátima Sampaio pelas contribuições preciosas no exame de qualificação...

À mestra e orientadora Prof. Dra. Márcia Niituma Ogata, pela sabedoria na orientação e por sua compreensão, auxílio, exemplo, generosidade, paciência, disponibilidade e, sobretudo, por acreditar em mim...

*"A gratidão é o único tesouro dos humildes".  
(William Shakespeare)*

*"É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que num dado momento a tua fala seja a tua prática."*

*Paulo Freire*



## RESUMO

O presente trabalho permeia as discussões acerca da gerência na Atenção Básica, trata-se de um tema de alta complexidade, e ao mesmo tempo de ímpar e inegável importância. No momento de reorientação do modelo assistencial e gerencial o estudo possibilita entender como o processo de trabalho vem ocorrendo no cotidiano, e assim, analisar o desempenho das ações dos enfermeiros na Atenção Básica em relação a gerência, desvelando potencialidades e dificuldades nesse processo de transformação das práticas em saúde. Gerenciar a Saúde de forma a otimizá-la, em especial as Unidades Básicas, exige-se do enfermeiro uma análise crítica para a tomada de decisão e o desenvolvimento do pensamento reflexivo. Portanto, este estudo objetivou analisar o trabalho do enfermeiro gerente das equipes de Atenção Básica de Saúde; conhecer as ações realizadas identificando fatores que potencializam e dificultam a realização dessas ações na Unidade Básica de Saúde; identificar a relação da formação do enfermeiro e sua atuação enquanto gerente da unidade; e identificar a concepção do enfermeiro sobre sua atuação na gerência. Trata-se de um estudo de caso, no qual a coleta de dados utilizou-se da análise documental do Plano Municipal de Saúde, da entrevista semiestruturada e a realização do grupo focal, e posteriormente a análise temática dos dados, o local do estudo foi um município do interior de São Paulo e participaram da pesquisa 12 enfermeiros das Unidades da Atenção Básica. Os resultados demonstram o perfil dos gerentes, assim como suas ações gerenciais caracterizadas nas categorias: Atuação como enfermeiro gerencial e assistencial; Relação da formação com sua atuação de gerência da unidade; Importância do planejamento para gerência; Fatores que potencializam e dificultam a realização das ações gerenciais. Revelando o perfil dos enfermeiros gerentes, pois todas as unidades de Atenção Básica são gerenciadas por enfermeiros, na grande maioria mulheres, com idade média entre 35 e 54 anos, a maioria com graduação, e os que possuem especialização ou mestrado não são da área de gestão, o grande número dos enfermeiros estão no cargo há mais de cinco anos, e o processo de contratação ocorre através do concurso público para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e processo seletivo para Programa Saúde da Família (PSF). Os entrevistados exercem além da função de gerência, atividades assistenciais, pois as unidades da Atenção Básica do município estudado conta apenas com um enfermeiro na unidade, e afirmam ficarem sobrecarregados, não conseguindo executar suas funções adequadamente, dificultando o planejamento da gerência da unidade. Apontam também, a falta de reunião de equipe, não reconhecendo essa ferramenta como um facilitador no processo de gerência. Demonstram ainda, que a graduação contribui muito pouco para o exercício gerencial, e alegam que a experiência é mais importante e não utilizam o planejamento como ferramenta de gestão. Assim, é importante salientar que a presente pesquisa revelou um processo de trabalho permeado por situações que caracterizam um processo gerencial fragmentado, centralizado em um único membro da equipe, o enfermeiro, ausência da efetivação do trabalho em equipe com relações horizontalizadas e deficiência de recursos humanos qualificados.

Descritores: Gestão em Saúde, Enfermagem, Gerência na Atenção Básica

## **ABSTRACT**

This work permeates discussions about the management in primary care, it is a topic of high complexity, while the unique and undeniable importance. At the time of reorientation of care model allows the study and management understand how the work process is occurring in everyday life, and thus analyze the performance of nurses' actions in Primary relationship management, revealing strengths and difficulties in the process of transforming health practices. Manage Health in order to optimize it, especially the Basic Units, it requires a critical analysis of nurses for decision making and the development of reflective thinking. Therefore, this study aimed to analyze the work of the nurse manager of teams of primary health care; know the actions undertaken identifying factors that enhance and hinder the achievement of these actions in the Basic Health Unit; identify the relationship of nursing education and its role as unit manager, and identify the nurse's conception of its role in management. This is a case study in which data collection was used documentary analysis of the health plan, the structured interview and the completion of the focus group, and then the thematic analysis of the data, the study site was a city of São Paulo and 12 nurses participated in the survey of Primary Care Units. The results demonstrate the managers's profile as well as their management actions characterized in categories: Acting as nurse management and care; Relationship training with their performance management unit; Importance of planning for management; Factors that enhance and hinder the realization of shares management. Revealing the profile of nurse managers, as all units are managed by Primary Care nurses in most women with an average age between 35 and 54 years, most with graduate students and those with masters or specialization in the area are not management, the large number of nurses are in charge of more than 5 years, and contratação process occurs through the public tender for the Basic Health Units (BHU) and selection process for the Family Health Program (FHP). Respondents refer exercise beyond management function, care activities, since the units of Primary Care from the municipality has only one nurse in the unit, and state become overloaded, failing to perform their duties properly, hindering planning management unit. It also points to the lack of staff meeting, not recognizing this tool as a facilitator in the process of management. It also demonstrates that the degree contributes very little to the financial management and claim that experience is more important and not using planning as a management tool. Thus, it is important to note that this survey revealed a work process permeated by situations that characterize a fragmented management process, centralized in a single member of staff, the nurses, the absence of effective teamwork with horizontalizadas relations and deficiency qualified human resource.

Descriptors: Health Management, Nursing, Management in Primary Care.

## **LISTA DE SIGLAS**

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem  
ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva  
ABS – Atenção Básica em Saúde  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AIS – Ações Integradas de Saúde  
APS – Atenção Primária em Saúde  
CAEMA – Companhia de Água e Esgoto  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde  
CEEnf – Comissão de Especialistas em Enfermagem  
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas  
CEP- Comitê de Ética em Pesquisa  
CGR – Colegiado de Gestão Regional  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária  
DRS – Departamento Regional de Saúde  
DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
EPS – Educação Permanente em Saúde  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
ETE – Estação de Tratamento de Esgoto  
FINEP – Financiadora de Estudos e Projetos  
IAPS – Instituto de Aposentadorias e Pensões  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
IPRS – Índice Paulista de Responsabilidade Social  
MEC – Ministério da Educação e Cultura  
MS - Ministério da Saúde  
NOB – Normas Operacionais Básica  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OPAS – Organização Pan - Americana de Saúde  
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público  
PAMO – Posto de Atendimento Médico e Odontológico  
PES – Planejamento Estratégico em Saúde

PNB – Produto Nacional Bruto

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PSF – Programa de Saúde da Família

SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados

SENESU – Secretaria Nacional de Ensino Superior

SISPRENATAL – Sistema de Informação referente ao Pré-natal

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF- Unidade de Saúde da Família

VE – Vigilância Epidemiológica

VISA – Vigilância Sanitária

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1. Os modelos de atenção à saúde e a gestão das organizações.....	16
1.2 A construção histórica da gerência.....	26
1.3 Papel gerencial do enfermeiro na Atenção Básica.....	30
2.OBJETIVOS.....	38
2.1. Objetivo geral.....	38
2.2. Objetivos específicos.....	38
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	40
3.1. O campo do estudo .....	41
3.2. A definição dos sujeitos da pesquisa.....	41
3.3. Aspectos éticos.....	42
3.4. A entrevista como técnica para coleta dos dados.....	43
3.5. Grupo Focal para coleta de dados.....	44
3.6. A análise dos dados.....	45
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
4.1. Caracterização do município estudado.....	48
4.2. Perfil dos enfermeiros gerentes das unidades da Atenção Básica.....	65
4.3. Análise das categorias.....	67
4.3.1. Atuação como enfermeiro em atividades gerenciais e assistenciais.....	68
4.3.2. Relação da formação com sua atuação de gerência da unidade.....	75
4.3.3. Importância do planejamento para gerência.....	78
4.3.4. Fatores que potencializam e dificultam a realização das ações gerenciais....	79
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	89
APENDICE.....	96
ANEXOS.....	100



## 1. INTRODUÇÃO

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), e a implementação da diretriz de descentralização, que a temática da gestão dos sistemas e gerência de serviços de saúde, começa a ganhar corpo e espaço na agenda política, uma vez que a constituição do SUS demanda outra lógica assistencial e organizativa. Isso é, evidenciado pela grande produção sobre gerenciamento em enfermagem voltada ao gerenciamento de recursos humanos, e algumas outras áreas, como a área de custo, da regulação, da avaliação entre outras (KURCGANT, CIAMPONE, 2005). Frequentemente os estudos sobre gerenciamento têm priorizado a gerência no âmbito hospitalar, já na atenção básica o foco é voltado para a gestão municipal, não havendo muitos trabalhos destinados a gerência local de unidades de saúde.

Nessa perspectiva, o movimento percorrido nesta investigação foi de ampliarmos o olhar para o conjunto de atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na Atenção Básica (AB), identificando o desempenho para a gerência. Este movimento nos permitiu uma maior aproximação com o processo gerencial, no cotidiano do trabalho desenvolvido pelos mesmos.

O presente trabalho pretende analisar o processo de trabalho gerencial do enfermeiro na Atenção Básica, de maneira a identificar os modelos de atenção e os modelos de gestão, desenhado nas unidades. E os resultados desse estudo podem ainda auxiliar na construção de projetos políticos-pedagógicos, com objetivos de formação de enfermeiros com conhecimentos, habilidades e atitudes para a atuação na implementação do Sistema Único de Saúde, pois, a construção desses projetos somente serão viabilizados, se existir uma discussão sobre as transformações vigentes no mundo de trabalho, de suas consequências e das possibilidades visualizadas pelos diferentes atores envolvidos nesse processo (WITT; ALMEIDA, 2003).

Neste olhar para o trabalho gerencial na saúde e mais especificamente na enfermagem, identificamos subdivisões ou subprocessos denominados cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar, assim ao enfermeiro conferem atividades de gerenciamento, quer do cuidado, quer da unidade (SILVA, 1996).

O trabalho gerencial do enfermeiro, diante da finalidade de organizar a assistência, para favorecer o processo de cuidar, individual e coletivo, tem como

objeto de trabalho, prioritariamente, os trabalhadores de enfermagem e a organização destas, cujo produto final é alcançar as condições adequadas de assistência e de trabalho. Para tanto utilizam como meios e instrumentos, o planejamento, o dimensionamento de pessoal, o recrutamento, a seleção, a educação continuada e/ou permanente, a supervisão, a avaliação de desempenho. E, ainda, os outros agentes de trabalho, os materiais, os equipamentos, as instalações, além de diferentes saberes administrativos, com seus modelos e métodos (CASTELLANOS et al, 1989).

A maioria das ações desenvolvidas no trabalho gerencial, de maneira geral é organizada, através de normas e rotinas, utilizando a hierarquização, a centralização do poder, da autoridade e do controle, e a divisão do trabalho, espelhado na formação taylorista da divisão de trabalho. Mas, o processo de trabalho gerencial vem apontando mudanças profundas nas organizações de saúde e trazem à superfície novos conceitos de gestão na saúde fazendo frente aos modelos já existentes, que questionam sobre o comportamento da equipe no desenvolvimento do trabalho, os fatores que interferem nesse comportamento e nos resultados desse trabalho.

Mendes Gonçalves (1994) constrói o conceito de organização tecnológica do trabalho em saúde, referindo-se aos nexos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante, os objetos de trabalho e a finalidade do mesmo, realizada através de instrumentos considerados em sentido amplo, sendo o conhecimento o principal deles, pois, orienta todo o processo. Portanto, tecnologia não tem o significado de conjunto de instrumentos materiais, muitas vezes associado a maior eficácia e produtividade por avanços em suas concepções operacionais, e sim, visando a organização do processo de trabalho em saúde (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Já Merhy (1997) traz contribuições teóricas sobre a organização tecnológica do trabalho, como a possibilidade do “autogoverno” dos trabalhadores para imprimir mudanças a partir das intersubjetividades no processo de trabalho. O autor classifica a tecnologia em saúde em dura, leve-dura e leve. Tecnologia dura refere-se ao instrumental complexo, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações; a leve-dura refere-se aos saberes profissionais, bem estruturados como a clínica, a epidemiologia e os demais



profissionais que compõem a equipe, estando inscrita na maneira de organizar sua atuação no processo de trabalho. E a tecnologia leve produz-se no trabalho vivo, em ato, em um processo de relações, isto é, no encontro entre o trabalhador em saúde e o usuário/paciente. Neste momento de falas, escutas, criam-se cumplicidades, vínculo, aceitação e produz-se a responsabilidade em torno do problema que vai ser enfrentado.

Sendo assim, houve uma evolução dos conceitos, características e definições dos modelos de gestão que têm como base a teoria geral da administração e atualmente traz como modelo para o novo processo de trabalho gerencial, a gestão participativa.

Com as transformações de contexto histórico-social, a palavra administração vem sendo substituída por gerência e por gestão, assim esses termos são empregados como sinônimos, significando qualquer posição de direção ou chefia. No Brasil as palavras administração, gerência e gestão têm o mesmo significado, tanto em relação ao rigor vernacular, quanto no sentido conceitual, além de que, a substituição de uma palavra por outra se deve apenas ao desgaste ocorrido na sua utilização (MOTTA, 1998).

Entretanto, com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96) houve a definição, para fins de operacionalização do princípio da descentralização, de gestão e gerência, sendo a gestão definida como a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual, nacional) mediante o exercício de funções de coordenação, avaliação e auditoria, enquanto que a gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou estabelecimento de saúde, como por exemplo, uma unidade de saúde, um ambulatório, um hospital. Portanto, utilizaremos a palavra gerência para definir esse processo de trabalho gerencial do enfermeiro nas Unidades da Atenção Básica em Saúde.

Para Mishima et al. (1997), a Gerência em Saúde é uma atividade-meio, cuja ação central está na articulação e na integração que possibilita a transformação do processo de trabalho mediante determinações presentes no cotidiano das organizações. É considerada uma ferramenta no processo de cuidar.

Para Campos, Merhy e Nunes (1989, p.11), gerência é um importante instrumento para efetivação de políticas, e ao mesmo tempo, é condicionante e condicionada pelo modo como se organiza a produção de serviços. Sendo o

processo de gestão um produto de um determinado contexto como um criador do mesmo, o que torna a gerência, susceptível a influência dos diferentes sujeitos sociais com diversos interesses nas Políticas de Saúde.

No entanto, para Mishima (1995), a ação gerencial possui caráter articulador e integrativo, determinada e determinante do processo de organização de serviços de saúde e fundamental na efetivação de Políticas Sociais, em específico da saúde.

### **1.1. Os modelos de atenção à saúde e a gestão das organizações.**

Pensando os modelos de atenção à saúde no Brasil, eles acompanharam o desenvolvimento histórico, político e social, seguindo uma dinâmica, para atender aos interesses de grupos sociais. Buscando incorporar tecnologias nos serviços de saúde, para o enfrentamento de situações individuais e coletivas, num determinado território e população.

Num contexto de contraposições, o Sistema de Saúde no Brasil transitou do modelo sanitarista e campanhista para o modelo médico-centrado, até chegar nas décadas de 80 e 90, ao projeto neoliberal hegemônico e ao modelo clínico-epidemiológico proposto atualmente pelo Sistema Único de Saúde (RESCK, 2006). Ainda existe uma dificuldade social, cultural e ideológica para que essa mudança seja efetiva, pois a maioria dos serviços de saúde ainda trabalha na perspectiva do modelo médico-centrado, fazendo com que os usuários cultivem o atendimento centrado na figura do médico, não valorizando as ações realizadas por outros profissionais.

Desta forma, muitas análises sociais, demográficas e políticas percorreram a história da saúde pública e percebe-se que, desde as suas origens, ela esteve estreitamente vinculada às políticas de saúde que se desenvolveram tanto nos países europeus, como nas Américas, e trouxeram em seus conteúdos as especificidades de cada contexto histórico e suas circunstâncias (NUNES, 2007).

Nesse sentido, a origem da saúde coletiva no projeto preventivista, surge na segunda metade dos anos 50 do século XX quando foi amplamente discutido, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Ele se associa à crítica de uma determinada medicina que, na teoria e na prática, estava em crise. A crítica dirigia-se ao modelo biomédico, vinculado muito mais ao projeto pedagógico, e não de forma direta às práticas médicas. Tanto assim que o saldo deste momento é a

criação dos departamentos de medicina preventiva e social nas escolas médicas e de disciplinas que ampliam a perspectiva clínica, como a epidemiologia, as ciências da conduta, a administração de serviços de saúde, a bioestatística. Instala-se a preocupação com uma perspectiva biopsicossocial do indivíduo e a extensão da atuação pedagógica para fora do hospital, criando trabalhos comunitários (NUNES, 2007).

Este projeto alternativo era resultado das transformações que se seguiram ao término da Segunda Grande Guerra (1939-1945) e que nos anos 1950 e 1960 preconizava que o desenvolvimento dos países do chamado terceiro mundo passava necessariamente por um programa de substituição de importações, que possibilitaria o surgimento de um setor industrial, produtor de manufaturados, permitindo a acumulação de capital. Ampliava-se a participação estatal e o aumento da produtividade da força de trabalho, num projeto desenvolvimentista no qual a seguridade social e o saneamento se fazem presentes. O conceito de controle e a progressiva utilização de antibióticos e técnicas cirúrgicas consolidam a confiança na atenção médica individualizada (NUNES, 2007).

Assim, no Brasil, a década de 1960 foi de realizações e de grandes mudanças. Em 1960 inaugura-se Brasília; em 1961 Jânio Quadros renuncia à presidência da república; João Goulart toma posse; instala-se o regime parlamentar de governo, vigente até 23 de janeiro de 1963, quando há o retorno ao regime presidencialista; em 1.º de abril de 1964, o presidente Goulart é deposto por um golpe militar e inicia-se um período de ditadura que irá durar mais de duas décadas.

Com a instauração do governo militar ocorrem mudanças, unificam os Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs), criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), mas o foco manteve-se na assistência a saúde individual, pois as ações de saúde pública eram de responsabilidade dos governos estaduais e do Ministério da Saúde (MS). Além disso, expandiram o modelo biomédico de atendimento por meio de financiamento e compra de serviços aos hospitais privados, o que serviu para expandir o setor privado de clínicas e hospitais, assim como o consumo de equipamentos e medicamentos. No entanto, isso não garantiu a excelência na assistência a saúde (SILVA JUNIOR, ALVES, 2007).

Ainda nos anos 1960, destaca-se a aprovação da Reforma Universitária, em 1968, no mesmo ano em que é editado o Ato Institucional n. 5 e o Ato

Complementar n. 38, que decreta o recesso do Congresso Nacional. O governo passou a ter poderes absolutos sobre a nação. (NUNES, 2007; PAIN, 2007).

Entretanto, em meio a esse momento político e social, na década de 70, do ponto de vista do desenvolvimento econômico, os analistas apontam que os anos iniciais são de crescimento, chamado de "o milagre brasileiro", mas começa a diminuir em 1973, com um aumento da inflação, cuja taxa chega a 34,5%, em 1974. Ocorre um aumento da miséria que pode ser constatado com o incremento da mortalidade infantil no estado mais rico da federação, São Paulo, da ordem de 10%; 30% dos municípios da federação não tinham abastecimento de água e o Brasil com o nono Produto Nacional Bruto (PNB) do mundo, mas em desnutrição perde apenas para Índia, Indonésia, Bangladesh, Paquistão e Filipinas (NUNES, 2007).

Assim, ao mesmo tempo em que se amplia o âmbito de ação da Previdência Social e surgem diferentes modalidades assistenciais, se instala um processo de desigualdades e discriminações entre a clientela que não pode pagar pelo atendimento em saúde. Nesse contexto a partir de 1974, ocorre o fim do período de expansão econômica do governo militar, e inicia-se uma abertura política lenta e gradual. Por conseguinte, na saúde coincide com o esgotamento do modelo médico-centrado que apresenta fortes inadequações a realidade sanitária do país, como também o crescimento abusivo da produção quantitativa de atos médicos, elevando os gastos pelos serviços prestados, e o financiamento desenfreado pelo setor público de grande número de hospitais, laboratórios e serviços privados, gerando superposições de serviços, descontrole, dando margem a fraudes, instalando-se um quadro caótico no sistema de saúde brasileiro (MENDES, 1993).

Já no campo da saúde coletiva, na década de 70 representam um momento em que inicia a sua estruturação formal especialmente na formação de recursos humanos, no avanço das ciências sociais, na saúde e no papel da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) no fomento ao desenvolvimento tecnológico e inovação (NUNES, 2007).

No contexto internacional, também acontece uma crise mundial na década de 70, onde a Organização Mundial da Saúde (OMS) vê a necessidade de convocar uma assembleia geral com o objetivo de construir uma proposta dos cuidados primários, que foi acordado em Alma Ata, em 1978, fundamentando uma modalidade assistencial de baixo custo para a população excluída pelo modelo vigente. No

entanto, no Brasil prevaleceu o entendimento reducionista da Atenção Primária à Saúde (APS), decorrente do modelo econômico e político vigente, que pela sua insustentabilidade em função da pobreza da maior parte da população e das precárias condições de vida, inicia-se um processo de discussão e de luta pela necessidade de um modelo de atenção a saúde. Ressalta-se assim, no campo político-ideológico, em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e, em 1979, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) que, promovem por meio de publicações, debates, simpósios e outras atividades, críticas ao modelo econômico vigente e seus efeitos na saúde, denunciando a excessiva privatização da assistência médica e as más condições de vida e de saúde da população brasileira. Propõem também alternativas para a construção de uma política de saúde efetivamente democrática e assegurada pelo Estado, que se conforma com o movimento de reforma Sanitária dos anos 80 (ALMEIDA, 1997). No contexto internacional, também acontece uma crise mundial na década de 70, onde a Organização Mundial da Saúde (OMS) vê a necessidade de convocar uma assembleia geral com o objetivo de construir uma proposta dos cuidados primários, que foram acordados em Alma Ata, em 1978, fundamentando uma modalidade assistencial de baixo custo para a população excluída pelo modelo vigente. No entanto, no Brasil prevalece o entendimento reducionista da Atenção Primária à Saúde (APS), mas inicia-se um espaço de discussão sobre o novo paradigma. Surgem, assim, no campo político-ideológico, em 1976 o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e, em 1979, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) que, por meio de publicações, debates, simpósios e outras atividades, fazem críticas ao modelo econômico vigente e seus efeitos na saúde, denunciando a excessiva privatização da assistência médica e as más condições de vida e de saúde da população brasileira. Propõem também alternativas para a construção de uma política de saúde efetivamente democrática e assegurada pelo Estado, que se conforma com o movimento de reforma Sanitária dos anos 80 (ALMEIDA, 1997).

Apesar de ter durado mais de duas décadas, a Ditadura já estava em desgaste havia muito tempo. A sociedade reivindicava as liberdades individuais restringidas e exigia que os presos políticos fossem soltos, mas, mesmo com toda

essa pressão, naquele momento o país não mostrava sinais claros de retornar à democracia (FAGNANI, 2005).

Em meio a esse período, desponta o movimento de redemocratização do país, incluindo a democratização da saúde, juntamente em um momento em que novos sujeitos sociais emergiam nas lutas contra a ditadura, reivindicando por mudanças na área da saúde. Somente em 1985 a Redemocratização do Brasil foi concluída, com a eleição presidencial de Tancredo Neves em 1984 pelo Colégio Eleitoral marcando o fim da Ditadura Militar (FAGNANI, 2005).

A década de 80 foi marcada por movimentos sociais pela redemocratização do país e pela luta para melhoria das condições da saúde da população. Na VII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1980, sem muita participação popular, foi proposto o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), o qual dispunha sobre a universalização dos cuidados primários de saúde, mas não é implantado, devido a resistência do setor privado. Em 1981, é constituído o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que em 1983 inicia para o setor público a implantação do Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que se desenvolve nos anos de 1985 e 1986, integrando as ações curativas e preventivas (RESK, 2006).

Assim, na construção do Sistema de Saúde, a fase que se estende de 1974 a 1979, compreende um momento importante na construção teórico-conceitual, com pesquisas sociais, epidemiológicas sobre os determinantes econômicos da doença e do sistema de saúde, associada à discussão de propostas alternativas ao sistema de saúde vigente. Somente na fase seguinte, de 1980-1986 denominada "político-ideológica" é que ocorrerá a disseminação de propostas da reforma e aglutinação da coalizão sociopolítica de sustentação, que se expressam em importantes eventos como a VII Conferência Nacional de Saúde e a VIII Conferência Nacional de Saúde, quando se inicia o processo de reforma da saúde pública, para a criação do Sistema Único de Saúde. As fases antes citadas completam-se ao longo do período até 2000: assim, a de 1987-1990, denominada político-institucional, com a "consolidação jurídico-legal e social dos princípios e diretrizes do projeto de reforma setorial", tem como marcos três ocorrências: a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a Constituição Federal (1988), e a promulgação das Leis Orgânicas de Saúde (8.080 e 8.142), em 1990; a fase de 1991-1998, denominada político-

administrativa, com as definições específicas das atividades nas esferas governamentais, período em que se realizam a IX e X Conferência Nacional de Saúde (1992 e 1996) e, finalmente, a quinta fase 1999/2000, chamada de "complementação jurídico-legal", de caráter técnico-operacional, regulamentação legislativa e normativa do financiamento estável e do público-privado (Assistência Domiciliar), organização dos modelos de gestão e de atenção da rede regionalizada de serviços. Assim, a reprodução desses momentos mostra que em três décadas o país realizou um intenso projeto de novos conhecimentos na saúde e de movimento em direção às reformas (NUNES, 2007).

As estratégias traçadas pelo movimento de Reforma Sanitária, para sua viabilização, foram eficazes no sentido de: a) garantir-se um arcabouço jurídico na Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da Saúde – 8.080, de 1990, além de leis estaduais, responsáveis na definição de diretrizes e reafirmação da responsabilidade do Estado na promoção da saúde; b) mobilização da sociedade civil e suas organizações com a questão da saúde, definindo-se inclusive espaços colegiados, com a Lei 8.142, de 1990, assegurando o papel dos Conselhos e Conferências; c) utilização da via institucional, através da implantação de um novo sistema de saúde (BRASIL, 1988; CAMPOS, 1997; MENDES, 1993).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e a atuação na Comissão Nacional de Reforma Sanitária, coincidem com o grande momento de reestruturação das políticas sociais, ante sua universalização, num momento em que as condições econômicas para chegar a um universalismo de fato se tornavam cada vez mais precárias (NUNES, 2007).

Assim sendo, em 1990 com a Lei no. 8.080 implantou-se o Sistema Único de Saúde, que defini as ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema saúde, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: a descentralização e a participação social. Os serviços são prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar. Os princípios doutrinários do SUS são a universalidade que garante o acesso às ações e serviços a todas as pessoas, sem nenhuma discriminação; a equidade que visa a justiça social e garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou

privilégios de qualquer espécie; a integralidade que significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades.

Concomitante a isso, o mundo passa por um processo de globalização com abertura das fronteiras econômicas capitalistas, alimentada pelo neoliberalismo como modelo político. No entanto, no Brasil esse modelo neoliberal começa a ocupar espaço no início da década de 90 com o presidente Fernando Collor de Mello e consolidado com Fernando Henrique Cardoso, desencadeando um processo de desmonte de políticas públicas construídas. Este modelo político se instala e avança rapidamente, podendo se observar seus reflexos na saúde (FAGNANI, 2005).

No plano político-ideológico, pretendia-se que a construção do SUS fosse regulada pelo Estado, baseada nos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. Tais princípios para serem operacionalizados necessitariam estar acompanhados dos preceitos administrativos de regionalização, hierarquização e descentralização político-administrativa, bem como de formas democráticas de gestão e de controle social dos serviços de saúde. Implementar a descentralização político-administrativa da saúde requerida pelo SUS pressupõe o preparo dos municípios para a assunção da responsabilidade de gerir os serviços públicos de saúde sob sua responsabilidade, com autonomia para organizar o processo de produção de ações de saúde segundo o modelo tecnoassistencial que lhes pareça mais apropriado (FRACOLLI; EGRY, 2001).

O processo de descentralização e as reformas administrativas desencadeadas no Brasil na década de 80 trazem para o debate a questão das tecnologias gerenciais em saúde. De modo geral, na área da saúde, a temática gerencial, e o conjunto de intervenções dos vários grupos sociais interessados nesse setor, têm destacado a necessidade de operar mudanças no modo de trabalhar em gerência, em todos os níveis das organizações de saúde (FRACOLLI; EGRY, 2001).

O tipo de descentralização que predominou no Brasil foi a político-administrativa. Isto significou mais do que uma redistribuição de recursos financeiros entre as três esferas de governo: a federal, a estadual e a municipal. A descentralização significou também a partilha de poder e responsabilidades na implantação e implementação das políticas públicas de saúde. Desta forma, estados e municípios passam a partilhar com a União a tarefa de formular, planejar, implantar



e implementar políticas, programas, ações e serviços de saúde. Neste processo descentralizador, o âmbito municipal ganha destaque, por ter sido esta esfera de governo que mais se beneficiou da partilha dos recursos financeiros e de poder. Contudo, coube também à esfera municipal, maiores responsabilidades na gestão e oferta de serviços e ações de saúde (NORONHA, 2004).

Neste sentido Souza (2001), enfatiza que uma das estratégias político-administrativa para a descentralização da saúde foi a municipalização da saúde, que visou maior eficiência na oferta de serviços, concedendo ao município uma maior autonomia decisória em relação às políticas de saúde a serem adotadas. Isto se dá, principalmente, através da incorporação de novos atores na gestão local do sistema de saúde e da criação de instâncias colegiadas de decisão.

A descentralização na saúde foi vista por todos os atores comprometidos com a reforma como o meio mais viável para diminuir paulatinamente as grandes desigualdades existentes entre as regiões do país. Para viabilizar o processo e tornar mais transparentes as ações e transações de financiamento entre as partes, o Ministério da Saúde emitiu todo um corpo normativo, do qual se destacam as Normas Operacionais Básicas (NOB) que resultou de intensas discussões e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), com o objetivo principal aprofundar e reorientar a implementação do SUS, definindo estratégias, prioridades e diretrizes, regular as relações entre os gestores e dos poderes públicos com os prestadores privados (SILVA, 2000).

Assim a expansão da Rede de Atenção à Saúde foi impulsionada pelo processo de descentralização/municipalização no Sistema Único de Saúde, gerando mudanças na gestão e na prestação de serviços no setor, transformando o mercado de trabalho em saúde e o próprio processo de trabalho (WITT, 2005).

De acordo com a NOB-96, a PPI constitui "um modelo de reorganização de gestão e atenção do SUS". Isto se confirma com a preocupação em elaborar um planejamento anual pactuado entre gestores municipais de um determinado estado a respeito da destinação de recursos, tendo em vista contínua programação, acompanhamento e avaliação da distribuição dos recursos. A proposta da Programação Pactuada e Integrada (PPI), que envolve negociações do executivo estadual com os executivos municipais, buscando uma gestão cooperativa e não mais competitiva, assim, a PPI tornou a gestão mais transparente e democrática,

ritualizando formas de barganha e acordo entre gestores, independentemente da coalizão partidária governante em cada conjuntura. A PPI é elaborada por eixos programáticos (assistência à saúde, epidemiologia e controle de doenças, ações de vigilância e investimento) e é a ferramenta orçamentária central do plano de saúde e posterior acompanhamento e avaliação (SILVA, 2000).

Estas instâncias, previstas no arcabouço institucional do Sistema Único de Saúde, tornaram-se o cerne decisório deste sistema, pois é também previsto pela sua legislação que Estado e governo federal atuem onde o município não for auto suficiente. Além disto, mesmo quando o município é capaz de gerir o seu sistema de saúde, ofertando as ações e serviços necessários, devido aos princípios da regionalização e hierarquização na oferta de ações e serviços, este deverá negociar com o governo estadual e outros municípios a articulação dos serviços existentes nos seus territórios. Desta forma, o papel do gestor do SUS municipal cresce em importância e responsabilidade. Para alcançar melhores resultados durante a gestão local, o gestor deve possuir habilidades políticas e técnicas, articuladas de forma a responder aos diversos desafios inerentes a esta função (NORONHA, 2004).

Desta forma, varias mudanças ocorreram no modelo de atenção à Saúde, desde a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil, contudo, ainda é um desafio a transformação e problematização das suas práticas de saúde (CECCIN e FEUERWERKER, 2004).

Estas mudanças podem ser provocadas a partir da problematização da atenção à saúde, oferecida aos usuários nos diferentes serviços do sistema, associada à própria estrutura institucional da saúde, local ou regional, valorizando a inter-relação de todos os atores envolvidos no processo (gestor, trabalhador, usuário) (SÃO PAULO, 2007).

No entanto, a trajetória para a consolidação do Sistema Único de Saúde, tem se exigido dos gestores de saúde, nas diferentes esferas, a identificação e definição de estratégias para resolução dos problemas de recursos humanos em saúde, indicando também a necessidade do fortalecimento das práticas de gestão nesse campo. Assim o desenvolvimento de recursos humanos representa hoje, também, um papel importante para a construção de um SUS democrático, equitativo e eficiente, na tentativa de diminuir problemas relacionados ao processo de trabalho e desenvolvimento do trabalhador.

Politicamente, o gestor municipal deve ser capaz de negociar e pactuar com os outros sujeitos envolvidos na gestão e tecnicamente, este deve direcionar o exercício de suas funções gestoras, articulando habilidades com natureza distinta, para viabilizar a política de saúde. Para tal, as ações do gestor no setor da saúde devem predominar em quatro campos de atuação, também chamadas de macro funções gestoras: formulação de políticas e planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços e dos sistemas de saúde; e prestação direta de ações e serviços de saúde (NORONHA, 2004).

Nesta perspectiva, a implementação efetiva da gerência local dos serviços de saúde do SUS só é possível com a interação do poder executivo municipal, através da Secretaria Municipal da Saúde com os demais atores envolvidos, entre eles os gestores intermediários; outros gestores municipais, outras secretarias, outros municípios, Estado, e representantes da sociedade civil organizada, tendo como instâncias formais de negociação os Conselhos de Saúde. E esta partilha de responsabilidades na execução de macro funções que garante o cumprimento dos princípios do SUS. Portanto, os atores que são incorporados à gestão do SUS são, na verdade, cogestores deste sistema, onde a gestão é por sua natureza compartilhada, constituindo-se em um processo permanente de negociação e pactuação, que pode ser conflituosa, para formular, implementar e sustentar políticas públicas de saúde (MELO; SANTOS, 2007).

Desta forma, se a gestão do SUS for essencialmente compartilhada e exercida por gestores e cogestores, cujas funções gestoras e gerenciais definidas na Norma Operacional Básica forem atendidas estabelecendo, assim, um conceito ampliado de gestão (PESTANA, 2002).

Na atuação de novos atores na gestão do SUS, que define a cogestão, o papel destes cresce em participação e importância. E dentre os novos atores, o enfermeiro se destaca pelo fato deste profissional ocupar cada vez mais cargos de gestão no SUS. Contudo, mesmo ocupando cada vez mais espaços estratégicos, a atuação do enfermeiro configura-se em: inexpressiva participação social, ausência de preparo político e ausência de reflexão sobre a sua prática frente às transformações ocorridas, esta limitação política do enfermeiro relaciona-se com a

falta de um conhecimento abrangente sobre a política, especificamente sobre a política de saúde e a política de gestão do SUS (SILVA, 2003).

A fragilidade política do enfermeiro tem servido para legitimar políticas de saúde que podem favorecer ou não a consolidação do SUS. Isso compromete a qualidade de sua participação em espaços públicos, já que na saúde não é possível pensar em participação desvinculada de espaços públicos para a construção das políticas de saúde, sem pensar a política (PIRES, 2001).

Desta forma, historicamente os enfermeiros participam da gestão como gerentes de unidades e utilizam sua capacidade de saber organizar e sistematizar rotinas, legitimando a hierarquia e a disciplina presentes nas instituições públicas. Contudo, o trabalho gerencial do enfermeiro precisa articular seu potencial em transformar seu trabalho de gestão, num processo articulado e coerente com o projeto tecnoassistencial ético e político, que também precisa ser fortalecido considerando que através desse processo de trabalho pode introduzir instrumentos inovadores para reorganizar o cuidado e a divisão social do trabalho.

Analisar o trabalho de gerência dos serviços de saúde, entendendo que este tem potencial para transformar o modelo de saúde a partir do seu momento mais operacional, isto é, a partir da produção do serviço, é um argumento suficiente para justificar a necessidade de pesquisas e de construção de saberes teórico-práticos que embasem a realização de processos gerenciais que reorganizem os serviços e os sistemas de saúde, a partir de sua base (ERMEL; FRACOLLI, 2003).

## **1.2. A construção histórica da gerência**

Assim, pensando no contexto da gerência vinculado a reorganização do trabalho, deve-se permitir a crítica reflexiva, num processo criativo e participativo. No entanto, a gerência em enfermagem caracteriza-se por um modelo burocrático e administrativo.

Neste sentido, Felli e Peduzzi (2005), afirmam que os fundamentos do taylorismo e do fordismo conformam o modelo racional de gestão, cujo foco é a organização, a produção em massa, fundamentado nos princípios do controle de tempos e movimentos, na produção em série, no trabalho fragmentado por funções, na cisão entre a concepção e a execução, enfatizando abordagens prescritivas e normativas, unidades de trabalhos verticalizadas determinadas pela hierarquia de

poder, resultando no trabalho coletivo alienado. Esse modelo mecanicista, corporativista de gestão, atende satisfatoriamente as necessidades de décadas estáveis, passíveis de certo grau de previsibilidade. Desta maneira, a gerência se traduzia em posição e poder, sendo o gerente o responsável pelo trabalho de subordinados. A partir da década de 1950, ocorreu uma mudança no conceito de gerente, passando o mesmo a ser considerado como responsável pelo desempenho de pessoas.

Partindo dessa fundamentação, a saúde sofreu a influência desse modelo, acarretando na divisão social do trabalho, não priorizando o trabalho em equipe, baseada em normas e rotinas de forma verticalizadas, seguindo uma hierarquia. Assim, a gerência nesta perspectiva, consiste em orientar, dirigir e controlar os esforços de um grupo de indivíduos para um objetivo comum. Sendo uma atividade essencial a todo esforço humano coletivo, seja na empresa industrial, na empresa de serviços, no exército ou nos hospitais (CHIAVENATO, 2003).

Para as organizações que têm essa ótica, é necessária a atuação de gestores que têm o papel de propor soluções aos problemas, dimensionar recursos, planejar sua aplicação, planejar e desenvolver estratégias, efetuar diagnósticos situacionais, garantir o desempenho de uma ou mais pessoas entre outras atividades que são imprescindíveis para o desempenho da mesma (CHIAVENATO, 2000).

No entanto, pensando a Teoria Geral da Administração, que enfatiza a gerência numa perspectiva hierárquica, com centralização de poder e autonomia, num desenho verticalizado, não permitindo a reflexão crítica dos trabalhadores sobre seu processo de trabalho. Estas características não apresentam efetividade na nova proposta de gerenciamento que o SUS preconiza para garantir uma política de saúde com resolutividade. Portanto, nesta nova perspectiva a gestão participativa precisa ser melhor entendida para ajudar neste processo.

Felli (2002), afirma que o modelo racional não consegue atender adequadamente as exigências imposta por um mercado extremamente competitivo e susceptível as intensas mudanças decorrentes do aumento da complexidade das sociedades e das organizações, uma vez que os acontecimentos e as ideias se modificam em ritmo acelerado e a imprevisibilidade passa a estar presente no cotidiano do trabalho.

Neste processo, o trabalhador precisa ser polivalente, e realiza seu trabalho em equipe, priorizando a horizontalização, deixando o formalismo dos níveis hierárquicos e tornando a organização do trabalho mais flexível, o que implica em formas menos rígidas para atender à imprevisibilidade gerada pelas rápidas mudanças na ordem social provocadas pela globalização e a Política Neoliberal (FELLI, PEDUZZI, 2005). Assim, surge a necessidade de inovar os modelos gerenciais, pensando na flexibilidade das organizações, conferindo ao processo de gestão, maior sensibilidade e capacidade de resolutividade para atender e sobreviver as alterações no ambiente externo (RESCK, 2006). Portanto, para atender as demandas da implantação do Sistema Único de Saúde requer um modelo de gestão participativa, que visa a abertura de novas configurações nas relações no processo de trabalho.

Nesta perspectiva, necessita-se a determinação de novos modelos para a gestão em saúde, um deles sugere a substituição da pirâmide por um círculo, na organização do sistema de saúde, com a possibilidade de múltiplas portas de entrada, buscando novos circuitos de integração entre os serviços. Desta forma, o modelo assistencial passa a ter como foco principal os sujeitos e suas necessidades (CECÍLIO, 1997).

O mesmo autor analisa a possibilidade de tornar os conflitos presentes no cotidiano das organizações de saúde como objeto de gestão, de maneira que os atores sociais envolvidos melhorem a compreensão das situações conflituosas, abrindo novas configurações nas relações de trabalho.

Campos (2000) apresenta o Método Paideia, em defesa da vida, como um novo método de gestão para coletivos, este método também pressupõe a inclusão de diferentes atores nos espaços de gestão, os quais se tornam complexos e contraditórios, requisitando, modos de geri-los, de conduzi-los, pois estão ocupados agora por sujeitos que portam distintos desejos, interesses e necessidades.

Para Franco e Merhy (2005) os métodos de intervenção em coletivos para a organização dos serviços de saúde devem buscar conduzir grupos de trabalhadores a processos autoanalíticos, em que, ao mesmo tempo em que constroem um novo processo de trabalho em saúde, reinterpretam as relações com o mundo e a produção de cuidado envolvido com a defesa da vida.

Na construção de um modelo de saúde em defesa da vida, é fundamental que os profissionais, não só tenham competência técnica e científica inerente a profissão, mas alcancem a dimensão política da gerência. Desta maneira, o compromisso social da gerência é adequar o planejamento e o controle em conformidade com a realidade dos serviços, dos recursos disponíveis e das necessidades da clientela.

Portanto, para a consolidação do SUS de forma ampliada, a gestão deve ser pensada de forma participativa, com o envolvimento de todos os atores desse processo, enfatizando a horizontalidade, a reflexão crítica do processo de trabalho, num movimento de cogestão.

Analisando todas essas mudanças que vêm ocorrendo no campo da gestão, a Enfermagem tenta firmar-se através da competência técnica e política, refletindo sobre as relações sociais de produção, buscando identificar-se no processo de trabalho, visando a construção de um corpo tecnológico próprio – saberes, técnicas e instrumentos, adequados às especificidades dos seus objetos, agentes e finalidades de trabalho. Assim, com a redemocratização do Brasil, a partir dos anos 80, emergem, entre os enfermeiros, através da Comissão de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), novas propostas de um amplo debate acerca do ensino de Enfermagem no país (FORMIGA; GERMANO, 2005).

Diante da legislação vigente sobre o ensino e com base em toda a discussão que vinha se processando no setor saúde, as Escolas de Enfermagem, a ABEn, e a Comissão de Especialistas em Enfermagem (CEEnf), da Secretaria Nacional de Ensino Superior (SENESU) do Ministério de Educação e Cultura (MEC), promoveram vários estudos com vistas à avaliação do ensino de Enfermagem. Este processo envolveu enfermeiros docentes, de serviços, estudantes e entidades de enfermagem culminando com uma proposta de currículo mínimo que foi submetida ao Conselho Nacional de Educação, sendo aprovada através da Portaria N° 1.721, de 15/12/94, do MEC (FORMIGA; GERMANO, 2005).

Assim, a formação de enfermeiros, no sentido de acompanhar as transformações que o mundo tem passado e, especificamente, os serviços de saúde, tem sido amplamente discutida, e tem apontado para a necessidade de mudanças (NASCIMENTO, et al, 2003).

Nesta perspectiva, o ensino baseado em competências vem sendo apontado como uma das estratégias para estas mudanças, tendo sido indicado nas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Enfermagem, atualmente em vigor. Nelas, as habilidades e competências gerais propostas são: a atenção à saúde, a tomada de decisões, a comunicação, a liderança, a administração e gerenciamento e a educação permanente. Há ainda um elenco de mais trinta e três outras denominadas de específicas (BRASIL, 2001).

As modificações propostas para as universidades visam ao atendimento das necessidades de um perfil mais apropriado ao atual contexto e que busque, portanto, preparar o profissional na dimensão supratécnica, devendo ser enfatizada, na formação de gestor, o desenvolvimento de habilidades criativas de relacionamento. Observa-se a necessidade dos gestores compreenderem a realidade organizacional e ter conhecimento nas áreas de economia e sociologia. Portanto, formação profissional na ótica taylorista-fordista tem um caráter restrito de direcionar a mão-de-obra e de adaptação do produtor direto ao posto de trabalho (CATTANI, 2000).

Desta maneira, faz-se necessária a participação da academia e dos serviços, num esforço conjunto para rever as práticas e as intervenções necessárias, no âmbito da gestão, repensando as dicotomias existentes entre os propósitos e projetos de formação da força de trabalho em saúde e propósitos e projetos dos serviços, implicando em mudanças na visão de mundo, de idealista para realista (LUNARDI, LUNARDI, 1996).

Neste contexto, muitas são as competências que parecem ser necessárias ao enfermeiro na sua prática profissional e desenvolvê-las, portanto é um grande desafio para os órgãos formadores e para os serviços de saúde, na perspectiva da educação permanente sendo responsabilidade de todos os atores: docentes, enfermeiros dos serviços e do próprio aprendiz (CUNHA; XIMENES NETO, 2006).

### **1.3. Papel gerencial do enfermeiro na Atenção Básica**

O reflexo dessas mudanças no modelo de gestão e gerência, tem mostrado que os gerentes locais vêm assumindo novas responsabilidades, dentro dos serviços de saúde, seja com os usuários, como com a administração central e com a equipe



de trabalho. Nas Unidades de Atenção Básica em Saúde, essas responsabilidades têm se traduzido na implantação dos programas, na identificação do perfil epidemiológico da população das áreas de abrangência, nas articulações do serviço com entidades comunitárias, com a rede hierarquizada de serviços de saúde e com os níveis centrais de decisão do município, com o objetivo de realizar o diagnóstico local e atender às necessidades de saúde da população. Para isto se faz necessário o planejamento e a implementação de ações voltadas para os objetivos e metas estabelecidas, e de um sistema de avaliação direcionado para a realidade local. Além disso, os gerentes das unidades de saúde necessitam de capacitações na área de gestão para articular medidas no âmbito interno e também externo da unidade, na busca de soluções aos problemas diagnosticados, mas como nem sempre isso é possível, o processo de trabalho do setor muitas vezes fica prejudicado (ALVES, PENNA, BRITO, 2004).

Pensando neste papel gerencial do enfermeiro, destacamos que a atuação do enfermeiro nos serviços da Atenção Básica, no Estado de São Paulo, teve início a partir da década de 70, com a Reforma Administrativa da Saúde, que instituiu o modelo da Programação em Saúde. Esse modelo tecnológico caracterizava-se pela implantação e diversificação da assistência médica individual, prestada pela Secretaria Estadual de Saúde. A assistência à saúde, até então polarizada entre médicos e atendentes ou educador sanitário ou visitador passou a ser intermediada pela presença de enfermeiros. Coube aos enfermeiros as atividades de supervisão, treinamento, controle e coordenação do pessoal de enfermagem, e também designados para atuar na vigilância epidemiológica, nas reuniões com grupos da comunidade, na supervisão da visita domiciliar e nas atividades educativas. Na realidade, o enfermeiro foi incorporado na Atenção Básica para desenvolver atividades predominantemente de gerência, o que acarretou conflitos para os mesmos (VILLA et al., 1997).

Posteriormente em meados da década de 80, com a centralidade na atuação sobre a queixa como modalidade de organização da Atenção Básica, o trabalho do enfermeiro passou a se caracterizar, principalmente, como auxílio ao pronto atendimento médico, pautado num recorte clínico individual. Houve, portanto, um retrocesso em sua atuação, tornando-se rara a realização de ações de caráter coletivo (ALMEIDA et al., 1997).

A implantação do Sistema Único de Saúde, na década de 90, passou a demandar gerentes com novas competências para atender, com eficiência, às necessidades de saúde da população no nível local. As instâncias deliberativas passaram por um efetivo processo de descentralização e as decisões foram deslocadas para os níveis locais, mais próximos dos usuários dos serviços em função do processo de municipalização (ALVES, PENNA, BRITO, 2004).

Esse processo de descentralização dos serviços de saúde tornou necessária a construção de uma nova agenda no campo das políticas de recursos humanos e na sua forma de gerenciamento. Novos dilemas foram impostos, principalmente para os gestores do sistema, implicando o enfrentamento de novos desafios, haja visto a relevância de sua participação na construção e consolidação do novo modelo assistencial (ALVES, PENNA, BRITO, 2004).

A despeito da exigência de um gestor com perfil diferenciado para atender às novas demandas impostas pelo processo de municipalização, e todas as mudanças que a Saúde Pública vem sofrendo, o setor saúde tradicionalmente se ancorou no preparo técnico dos profissionais. Esse preparo enfatiza os processos diagnósticos e terapêuticos, relegando a um segundo plano a formação de um corpo gerencial adequadamente qualificado para atuar em contextos específicos, como os hospitais, as unidades secundárias e as unidades básicas de saúde. Assim, os profissionais que, ao longo do tempo, se dividiam entre clínica e gestão, não mais correspondem ao perfil necessário (CAMPOS, 1992).

Nesse sentido, acredita-se que além da transformação do modelo de gestão proposto pelo Sistema Único de Saúde, a formação também precisa passar por um processo de reavaliação, para que a formação seja condizente com as novas propostas do sistema de saúde vigente.

É importante salientar que a identificação das características de gerentes das Unidades de Atenção Básica em Saúde, apresenta relevância e pertinência no atual contexto, uma vez que poderá subsidiar a adoção de estratégias de capacitação dos mesmos. Essas estratégias devem ser direcionadas para a formação de gerentes aptos a enfrentar o contexto de mudanças no setor saúde e adequadamente preparados para o planejamento e implementação de ações voltadas para o atendimento dos problemas de saúde da população (ALVES, PENNA, BRITO, 2004).

O trabalho de gerência desenvolvido pela enfermagem foi influenciado pelas concepções de organização do trabalho baseadas nos princípios nas Teorias Administrativas Clássicas de Taylor e Fayol, contudo, as propostas de gestão atuais mudaram e estão baseadas nas concepções de organização tecnológica do trabalho; gerência participativa e comunicativa; na teoria das organizações e no planejamento estratégico e vêm cada vez mais conquistando espaços em trabalhos desenvolvidos dentro do campo científico da enfermagem (ERMEL; FRACOLLI, 2003). Esta gestão tem por finalidade articular e efetivar as políticas de saúde para a organização e produção de serviços de saúde, conferindo maior envolvimento no processo de cuidar.

O processo de trabalho do enfermeiro compõe-se de duas dimensões complementares: assistencial e gerencial. Na primeira, o enfermeiro toma como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de enfermagem e tem por finalidade o cuidado integral, no segundo, o enfermeiro toma como objeto organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem, com a finalidade de planejar, criar, implantar e implementar condições adequadas de cuidado e de desempenho para os trabalhadores (FELLI; PEDUZZI, 2005). Assim, percebemos que o processo de trabalho do enfermeiro tem se caracterizado predominantemente de atividades gerenciais, sobretudo com ênfase na gestão de serviços.

Se considerarmos que o cuidado é o núcleo do processo de trabalho de enfermagem, entende-se que a gerência exercida pelo enfermeiro deveria ter como finalidade a qualidade do cuidado de enfermagem, de modo que a cisão entre a dimensão assistencial e gerencial compromete essa qualidade e gera conflitos no trabalho do enfermeiro, seja do profissional com a sua própria prática, seja na sua relação com a equipe de enfermagem e a equipe de saúde (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

O processo de trabalho em enfermagem deve articular a dimensão gerencial e assistencial, com foco nas necessidades de saúde para o cuidado dos sujeitos e coletivos e de integração do serviço, colocando em permanente análise as práticas de saúde, para identificar e compreender suas possíveis articulações, promovendo a integralidade do cuidado à saúde.

Santos e Miranda (2007) afirmam que a ação do gerente numa unidade saúde da Atenção Básica caracteriza-se em grande parte pela análise do processo de

trabalho, com identificação de problemas e busca de soluções para reorganização das práticas de saúde, na tentativa de alcançar as metas descritas no planejamento e estratégias adotadas, em que o gerente atue como interlocutor e mediador do processo de trabalho, para alcançar os objetivos propostos pelo sistema de saúde atual. Assim o modelo de gerência é desenvolvido de forma a atender o modelo de gestão do sistema de saúde.

Dentre as muitas competências gerenciais dos enfermeiros pode-se citar: análise crítica para tomada de decisão e o desenvolvimento do pensamento autônomo; organização de redes de serviços de saúde; desenvolvimento de instrumento para análise situacional da saúde e provisão de serviços e elaborar estratégias de intervenção; identificando potencialidades e limitações institucionais que diminuam ou impeçam a efetividade das ações de saúde; realização de planejamento, programação e avaliação, devem utilizar os sistemas de informação, avaliando suas potencialidades e limitações; desenvolvimento dos conhecimentos gerenciais a partir de novos enfoques e modernas técnicas de gerência (FRACOLLI, EGRY, 2001; MIRANDA, 2006).

Pensando nos serviços de saúde, a qualidade deve ser enfatizada, principalmente porque o cuidado prestado ao usuário é consumido durante a sua produção, tornando-o diferente da produção de bens, em que é possível separar o produto com defeito sem maiores consequências. Ocorre igualmente no trabalho de enfermagem, como nos demais serviços de saúde, à medida que os bens produzidos são consumidos no ato da produção, não podendo ser estocados e comercializados posteriormente (FELLI, PEDUZZI, 2005).

Atualmente, na Enfermagem, parece mais evidente a consciência da necessidade de fortalecimento e ampliação dos processos de mudança, de modo a formar trabalhadores com perfil adequado às necessidades de saúde da população e do Sistema Único de Saúde e mais cientes de seu papel cuidadoso, gerencial, social, e educacional (BRASIL, 2003).

Sendo assim, Witt e Almeida (2003) descrevem que estudos sobre a prática da gerência e o mundo do trabalho na Enfermagem, têm mostrado que as competências constituem um tema de discussão imediata a fim de se dar respostas às necessidades desta prática.

Apesar de existirem algumas certezas, ainda não há consenso sobre todas as competências gerenciais que sejam necessárias ao enfermeiro no contexto atual dos serviços de saúde em nosso país. Todavia, há de se estimular esta discussão a fim de que o debate possa despertar-nos, não só no âmbito gerencial defini-las, mas principalmente como desenvolvê-las, nos enfermeiros (CUNHA; XIMENES NETO, 2006).

Partindo do pressuposto que a gerência em enfermagem necessita ser revista e exercitada sob um novo olhar, o da gestão participativa, a prática da gerência precisa passar por um processo de reflexão, utilizando os conceitos de sujeito social e coletivo. A reflexão poderá apontar novas perspectivas de atuação do enfermeiro, na qualidade de gestão da assistência, no seu fazer cotidiano (SPAGNOL, 2005).

A gerência de serviço de saúde é propriedade de cada um dos agentes do trabalho desse serviço, e de todos ao mesmo tempo, gerir é operar com o jogo de disputas destes distintos agentes, mais do que buscar a funcionalidade não cumprida. Gerir um serviço de saúde é desenvolver intervenções que possibilitem problematizar os processos de disputa entre os agentes e a instituição e revelar a contratualidade que estes instituem entre si (MERHY, 1997).

A definição da função gerencial permanece ainda um tanto ambígua, afirmando que ela contrasta com outras funções produtivas passíveis de definições claras sobre atribuições funcionais e que condicionam comportamentos normalmente previsíveis e rotineiros (MOTTA, 2003).

Assim, quando pensamos gerência em enfermagem na Atenção Básica percebemos que existe uma corrente que perpassa por variáveis do contexto do Sistema Único de Saúde, que inclui os modelos de atenção e de gestão, o perfil do enfermeiro que assume o papel de gerente e a formação que prepara esses profissionais para esse mercado de trabalho cada vez mais exigente e com mudanças frequentes, no qual devemos nos adequar e melhorar o cuidado prestado.

Portanto, analisar a prática gerencial do enfermeiro nas organizações da Atenção Básica, é fundamental para o avanço das melhorias nestes serviços, que exige um profissional, com perfil de liderança, flexibilidade, conhecimento técnico e análise crítica, gerenciando os processos de trabalho, o cuidado, assim como questões administrativas, tornando-se uma tarefa complexa. Assim sendo, faz-se necessário um levantamento desses fatores e do grau de dificuldade dos

enfermeiros em relação ao seu papel gerencial, para atuar de forma a efetivamente melhorar esses processos, visando mudanças no processo de trabalho e melhoria do cuidado. Isto nos mostra que esse estudo pode favorecer reflexões para futuras intervenções mais adequadas voltadas à melhoria da gerência, considerando que a garantia da satisfação de trabalhadores e usuários, aliada à sobrevivência da organização. Logo, este estudo justifica-se pela carência e relevância da elaboração de pesquisas na área da gerência das unidades de Atenção Básica e a participação do enfermeiro.

**OBJETIVOS**

---

## **2. OBJETIVOS**

**2.1. Objetivo Geral:** analisar o trabalho gerencial do enfermeiro junto às equipes de Atenção Básica de Saúde.

### **2.2. Objetivos específicos:**

✓ Conhecer as ações gerenciais realizadas identificando fatores que potencializam e/ou dificultam a realização dessas ações na Unidade Básica de Saúde.

✓ Identificar a relação da formação do enfermeiro e sua atuação como gerente da unidade;

✓ Identificar a concepção do enfermeiro sobre sua atuação na gerência.





### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa. O estudo de caso pode ser definido como uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo, dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não é claramente evidente e cujas múltiplas fontes de evidência são utilizadas (YIN, 2003).

Optamos por realizar um estudo de caso, pois trata de um estudo em profundidade da realidade da atenção básica de um município, para alcançarmos o objetivo de descrever o trabalho de gerência e a organização dos serviços, funções estas realizada por enfermeiros.

O estudo de caso não aceita um roteiro rígido para a sua delimitação, mas é possível definir quatro fases que mostram o seu delineamento: a) delimitação da unidade-caso; b) coleta de dados; c) seleção, análise e interpretação dos dados; d) elaboração do relatório (GIL, 1995).

A primeira fase consiste em se apropriar das características que constitui o campo de estudo, o que exige habilidade do pesquisador para perceber quais são os dados suficientes para se chegar à compreensão do objeto como um todo. No estudo atual optamos por um município do interior paulista, que passa pelo processo de mudanças propostas pelo Sistema Único de Saúde em relação à gestão e o processo de trabalho nas unidades de atenção básica em saúde.

A segunda fase é a coleta de dados que neste estudo optamos pela análise de documentos, o Plano Municipal de Saúde, a entrevista semiestruturada e também o grupo focal.

A terceira fase é conjunta, representada pela seleção, análise e interpretação dos dados. A seleção dos dados deve considerar os objetivos da investigação, seus limites e um sistema de referências para avaliar quais dados serão úteis ou não. Optamos por utilizar categorias de análise derivadas de referenciais teóricos que sejam reconhecidas no campo do conhecimento sobre o tema.

A quarta fase é representada pela elaboração dos relatórios parciais e finais. Vale lembrar que deve ficar especificado como foram coletados os dados; que teoria embasou a categorização dos mesmos e a demonstração da validade e da fidedignidade dos dados obtidos.

Com base nas aplicações apresentadas, evidenciam-se as vantagens dos estudos de caso: estimulam novas descobertas, em função da flexibilidade do seu planejamento; enfatizam a multiplicidade de dimensões de um problema, focalizando-o como um todo e apresentam simplicidade nos procedimentos, além de permitir uma análise em profundidade dos processos e das relações entre eles.

### **3.1. O campo do estudo**

Segundo Turato (2003) o campo da pesquisa é o local, espaço físico habitado pela fonte das informações, o sujeito que se pretende conhecer, seja ele um indivíduo, um coletivo ou uma situação. Pode ser uma unidade de saúde, um serviço, um domicílio ou uma região, conquanto se caracterize como um “recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (MINAYO, 2004, p. 105) uma vez que a pesquisa social tem como alvo os indivíduos que através de interação produzem, no espaço escolhido, relações, cujas subjetividades se permutam e reconstroem (MINAYO, 2004).

O campo de estudo foi um município do interior paulista, situado no Centro-Leste do Estado, na zona geográfica denominada Norte-Paulista, que faz parte da 12ª Região Administrativa, pertencente ao Departamento Regional de Saúde III (DRS-III), e participa do Colegiado de Gestão Regional (CGR) – Norte, conta com 14 unidades de atenção básica. O primeiro contato foi com o gestor municipal da saúde, que recebeu o projeto prontamente, autorizando a proposta e demonstrando interesse.

Após a definição do campo de estudo e o contato com o gestor municipal de saúde, tivemos acesso ao Plano Municipal de Saúde, no qual participamos da construção, para aprofundar o conhecimento do referido município, assim iniciamos a análise do mesmo.

### **3.2. A definição dos sujeitos da pesquisa**

Os sujeitos escolhidos para participarem da pesquisa, são enfermeiros que atuam no município, como responsáveis técnicos da unidade de saúde e por isso exercem a função de gestores das mesmas e por isso tem acrescido em seus salários 30% do salário base. Os pesquisados que se enquadram nessa descrição

são oito enfermeiros que atuam nas UBS e o seu ingresso é através de concurso público e quatro sujeitos da pesquisa atuam na ESF e o ingresso é por processo seletivo e a contratação é por organização social, portanto, não tem o acréscimo de 30% em seus salários, embora, atuem como gestores das unidades. Exclui-se a enfermeira de uma das UBS, por se fazer pesquisadora e uma unidade, que não possui esse profissional, que por sua vez é exercida pela enfermeira da ESF que utiliza o mesmo espaço físico. Portanto, ao todo foram entrevistados 12 enfermeiros.

### **3.3. Aspectos éticos**

A pesquisa seguiu normas do Conselho Nacional de Saúde - Resolução 196/1996, referentes à ética em pesquisa com seres humanos em estudos dessa natureza. Sendo assim, previamente à coleta dos dados, o projeto foi encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da UFSCar.

A aprovação se deu no mês de dezembro de 2011, através do parecer nº 450/2011 (Anexo 01). Em seguida realizara-se o contato com o gestor municipal de saúde, em posteriormente com os enfermeiros das unidades básicas, através do convite do gestor para uma reunião de enfermeiros realizada na Secretaria Municipal de Saúde.

Na abordagem inicial, efetuada em uma reunião de enfermeiros no município, cujo projeto foi exposto aos profissionais e em seguida consultado quanto à disponibilidade em participar do estudo. Sem exceção, todos se mostraram extremamente disponíveis, anuindo de imediato em receber a pesquisadora para realização das entrevistas.

Na abordagem presencial com cada sujeito foi esclarecido sobre a pesquisa e seus objetivos, tendo a pesquisadora assumido junto ao sujeito, compromisso de confidencialidade. Em decorrência da aceitação, procedeu-se à assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 02).

Na realização do grupo focal a pesquisadora esclareceu todos os sujeitos sobre a pesquisa e seus objetivos, explicando a necessidade de sua realização, assumido junto ao sujeito, compromisso de confidencialidade. Em decorrência da aceitação, todos assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 03).

### **3.4. A entrevista como técnica para coleta dos dados**

Vários autores, entre eles Minayo (2004) e Turato (2003), consideram a entrevista como técnica fundamental para as pesquisas de caráter qualitativo, especialmente pela expectativa de intercâmbio entre pesquisador e sujeito, numa relação de horizontalidade que favorece a investigação.

Na entrevista podem ser obtidos elementos de natureza palpável e concreta, que permitem a confirmação por fonte distinta do entrevistado. Pode-se também obter subsídios de natureza subjetiva, tais como a percepção do entrevistado sobre fatos e situações, assim como seus anseios, valores e ideias (MINAYO, 2004).

Já nas entrevistas semiestruturadas, segundo Turato (2003), a direção é dada alternadamente por investigador e informante, na medida em que se necessita clarificar aspectos inerentes aos relatos, de certa forma permitindo ao informante contribuir na construção da entrevista. Tanto as não estruturadas como as semiestruturadas (MINAYO, 2004; TURATO, 2003) utilizam-se de um roteiro, instrumento que deve orientar a conversação no sentido de possibilitar a aproximação e o conhecimento do objeto de estudo. Minayo (2004) ainda instrui que as questões do roteiro devem permitir o desenho do objeto, favorecer a comunicação e auxiliar na revelação de aspectos subjetivos, porém relevantes na elucidação do objeto. Para ela, o instrumento deve também permitir a caracterização dos sujeitos da pesquisa, além de considerar as questões norteadoras da entrevista.

O instrumento elaborado como roteiro da entrevista (Apêndice A) teve, portanto, a finalidade de proporcionar a pesquisadora uma condução da investigação de forma a apreender o universo dos sujeitos, sem comprometer a liberdade e naturalidade no transcurso da conversação, caracterizando as entrevistas como semiestruturadas. A confecção do roteiro foi também subsidiada por revisão crítica da literatura disponível em meio eletrônico no intuito de embasar teoricamente a temática abordada.

Antes da coleta de dados realizou-se entrevista piloto a qual, de acordo com Turato (2003), é uma ferramenta que permite ao entrevistador avaliar se as questões norteadoras constituídas são suficientes para resolução do problema previamente estabelecido nas dimensões: entendimento do entrevistado e amplitude da necessidade. Na presente pesquisa a entrevista piloto foi realizada com uma enfermeira que, num momento anterior, atuou como gestora de uma unidade básica

do município estudado e teve o propósito de avaliar possíveis dificuldades no entendimento das questões norteadoras e balizar a abordagem a ser feita pela pesquisadora. Após a constatação de que não havia limitações nesse sentido, a coleta de dados foi iniciada.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de janeiro e fevereiro de 2012, tiveram duração entre quarenta e sessenta minutos, foram gravadas, e posteriormente transcritas.

### **3.5. Grupo Focal para coleta de dados.**

O grupo focal é um grupo de discussão informal e de tamanho reduzido, com o propósito de obter informações de caráter qualitativo em profundidade. É uma técnica rápida e de baixo custo para avaliação e obtenção de dados e informações qualitativas, fornecendo uma grande riqueza de informações qualitativas. O objetivo principal de um grupo focal é revelar as percepções dos participantes sobre os tópicos em discussão (WESTPHAL, BOGUS, FARIA, 1996).

Considerando ser um estudo de caso, se fez necessário a realização do grupo focal, a fim de complementar os dados, visando o aprofundamento das questões que envolvem a gerência nas unidades da Atenção Básica a fim de proceder a análise.

Nesse sentido, realizou-se contato com todos os participantes das entrevistas semiestruturadas convidando-os para participarem do grupo focal. Após a aceitação, marcou-se o dia, hora e local onde ele ocorreria, pensando em adequar nas melhores condições do grupo entrevistado. Posteriormente construiu-se um roteiro com questões norteadoras baseado na análise prévia das entrevistas (Apêndice B) para focalizar a discussão do grupo.

O Grupo Focal foi realizado em um encontro, com participação de 8 dos 12 entrevistados. Teve duração de 1 hora e 40 minutos e contou com um observador convidado, sendo um profissional da saúde da área da psicologia, que não pertence à rede da Atenção Básica, com a finalidade de não causar constrangimento aos participantes, garantindo a imparcialidade na coleta dos dados e com habilidade profissional para executar essa tarefa.

Buscando proporcionar o anonimato aos sujeitos, nomeou-se o município como Arco-íris, as unidades foram identificadas por cores e os profissionais por nome de flores.

### **3.6. A análise dos dados**

O primeiro passo da análise de dados, foi o estudo documental detalhado do Plano Municipal de Saúde, para aprofundar o conhecimento de como ocorreu a organização do sistema de saúde do município e das condições de vida da população, conformando-se numa caracterização do município.

Num segundo passo da pesquisa, analisaram-se os dados obtidos das entrevistas semiestruturada e do grupo focal, a partir da Análise de Conteúdo, na intenção de examinar e apreender as falas dos sujeitos para além do que uma leitura superficial possa revelar, ou seja, em um patamar que “ultrapassa o significado manifesto” (MINAYO, 2004). Assim a análise foi conjunta, no sentido dos dados se complementarem.

Através de análise categorial temática pretendeu-se investigar os elementos convergentes, divergentes e repetitivos contidos nas diferentes falas. Buscou-se, dessa forma, obter os elementos, ou temas presentes nos discursos que fossem pertinentes à análise pretendida. Cabe destacar que, para Minayo (2004) esta análise pode ocorrer em função da frequência com que os elementos figuram nas falas, revelando o viés quantitativo da análise temática, ou pode adquirir conotação qualitativa, almejando desvelar pressupostos, valores e padrões de comportamentos.

A primeira etapa dessa análise é denominada pré-análise. Nela, através de sucessivas leituras, o pesquisador se apodera do material a fim de determinar a sua validade qualitativa, ou seja, se contempla as questões formuladas, sua representatividade frente ao universo da pesquisa, a uniformidade quanto aos temas e sua capacidade de responder ao problema de pesquisa. A pré-análise possibilita ainda contemplar e reformular as hipóteses à luz do questionamento original e do material obtido. Ainda nessa fase são determinadas as palavras ou frases representativas dos contextos interpretados, sua categorização e codificação, assim como os referenciais teóricos que subsidiarão a análise (MINAYO, 2004).

Funcionalmente os escopos da pré-análise são definidos em três etapas sucessivas: a leitura flutuante, a constituição do corpus e a formulação de hipóteses e objetivos (MINAYO, 2004). Na fase de leitura flutuante, iniciada após a transcrição das 12 entrevistas realizadas, e do conteúdo originado do grupo focal, em seguida todo o material foi repetitivamente lido e relido até a incorporação de seu repertório pela pesquisadora, de forma que as comunicações foram se tornando cada vez mais consistentes e coerentes entre si e com o panorama observado durante a coleta de dados. Na terceira fase da análise proposta por Minayo (2004) os resultados foram objeto de inferências e interpretação dessa pesquisadora no sentido de elucidar, tanto quanto possível, as questões que deram origem ao estudo.

A partir da consideração de que o *corpus* estava constituído, as hipóteses e objetivos iniciais foram retomados e, a partir deles, foi possível identificar as unidades de registro e de contexto contidas na matéria analisada. Segundo Bardin (2002), a unidade de registro é o menor fragmento semântico do texto, podendo ser dado por uma palavra chave ou tema, cujo entendimento é facilitado através da unidade de contexto.

Na terceira fase da análise proposta por Minayo (2004) os resultados foram objeto de inferências e interpretação dessa pesquisadora no sentido de elucidar, tanto quanto possível, as questões que deram origem ao estudo. – levar para metodologia





## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1. Caracterização do município estudado**

O município estudado é um dos 24 que compõem a área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Araraquara – DRS III. Congrega o Colegiado de Gestão Regional – Região Norte, situa-se no Centro-Leste do Estado de São Paulo, na zona geográfica denominada Norte-Paulista, faz parte da 12ª Região Administrativa, com sede em Araraquara e sua área total é de 546 Km<sup>2</sup>.

Administrativamente, encontra-se dividido da seguinte forma: zona urbana, um distrito, um Bairro rural e um assentamento. Fica muito próxima de grandes centros como: Ribeirão Preto, Campinas, São José do Rio Preto e Bauru. Fica aproximadamente a 200 km do Aeroporto Internacional de Viracopos e a 370 km do porto de Santos, servindo-se de duas das mais importantes rodovias de São Paulo: o entroncamento da Rodovia Brigadeiro Faria Lima com a Rodovia Washington Luiz, e apenas a 12 km do novo Pólo aeroespacial da EMBRAER, em estrada projetada.

As rotas de comunicação e principais vias de acesso para os municípios da região norte do DRS III são: Rodovia Washington Luiz (SP – 310) e Rodovia Brigadeiro Faria Lima (SP – 326).

O município, segundo o IBGE – 2010 têm aproximadamente 76.786 habitantes. Apresenta uma densidade populacional de aproximadamente 148,52 hab/km<sup>2</sup>. O número de imóveis na cidade é de aproximadamente 24.387.

A sua principal atividade econômica é o setor agroindustrial (2 grandes empresas de fabricação de implementos agrícolas, 3 processadoras de citrus para produção de suco, para o mercado interno e externo, produção de cana-de-açúcar e muitos produtores rurais). O comércio e a indústria ajudam a fortalecer a atividade econômica.

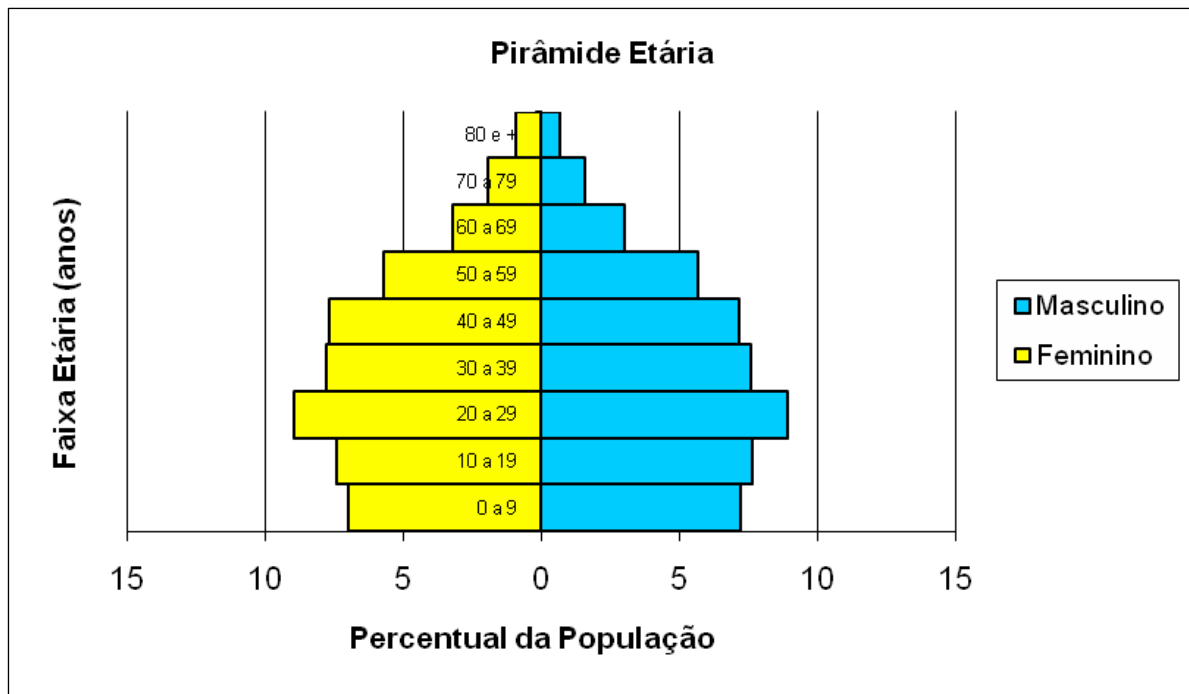
## CONDIÇÕES DE SAÚDE

### Dados Demográficos

**Tabela 1** - Distribuição da população residente por sexo e faixa etária, no ano de 2009.

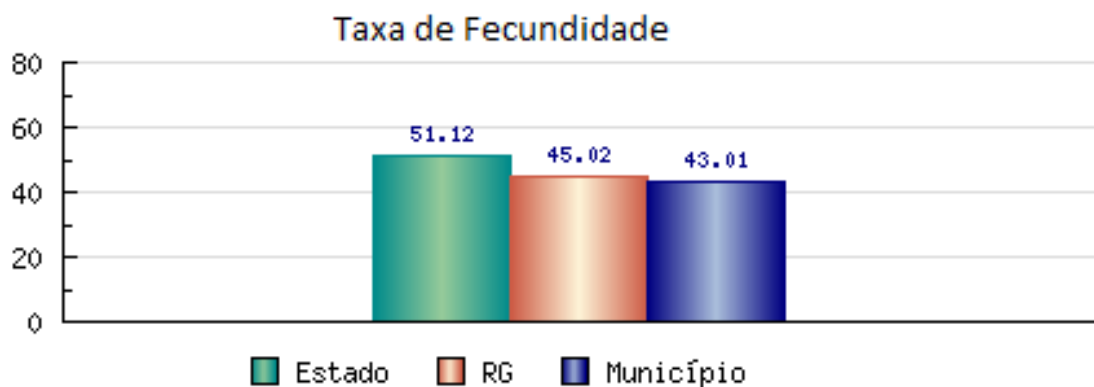
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	507	485	992
1 a 4	2.189	2.113	4.302
5 a 9	2.962	2.880	5.842
10 a 14	2.888	2.766	5.654
15 a 19	3.083	3.025	6.108
20 a 29	6.981	6.994	13.975
30 a 39	5.916	6.108	12.024
40 a 49	5.591	6.008	11.599
50 a 59	4.419	4.486	8.905
60 a 69	2.349	2.514	4.863
70 a 79	1.214	1.498	2.712
80 e +	517	731	1.248
Ignorada	-	-	-
<b>Total</b>	<b>38.616</b>	<b>39.608</b>	<b>78.224</b>

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas



**Gráfico 1** - Distribuição da população residente no município por faixa etária no ano de 2010.

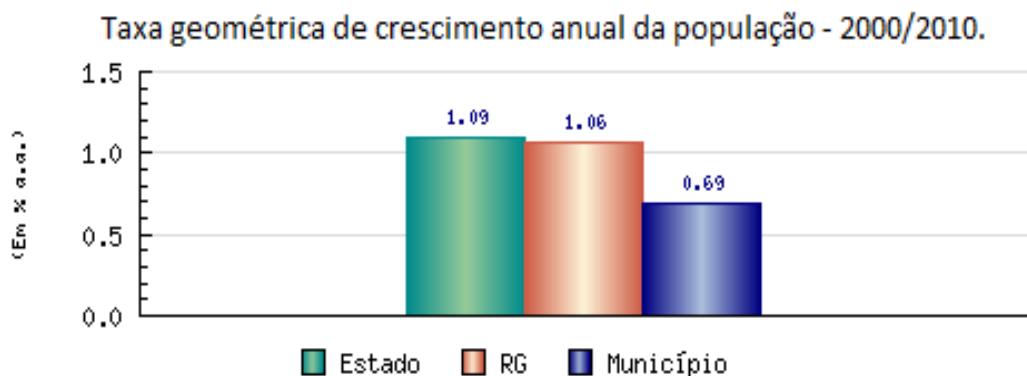
Observando os dados, constata-se que, somadas as faixas etárias de 20 a 49 anos, temos 57,66% da população do município, o que mostra que a predominância é de adultos em idade economicamente ativos. A população de adolescentes representa 15,03% e a de menores de cinco anos 6,07%. A população acima de 60 anos representa 11,2%. Com relação ao sexo, há predominância da população feminina acima de 60 anos. Há um estreitamento na base da pirâmide, o que demonstra a diminuição da taxa de fecundidade. Isto se verifica também nos níveis estadual e regional, conforme gráfico abaixo.



**Gráfico 2** - Taxa de fecundidade do município, região e estado – 2000.

Fonte: Fundação Seade.

Quando se analisa a taxa de crescimento da população, comparativamente com o estado e a região de governo de Araraquara, verifica-se que o município apresenta o menor índice.

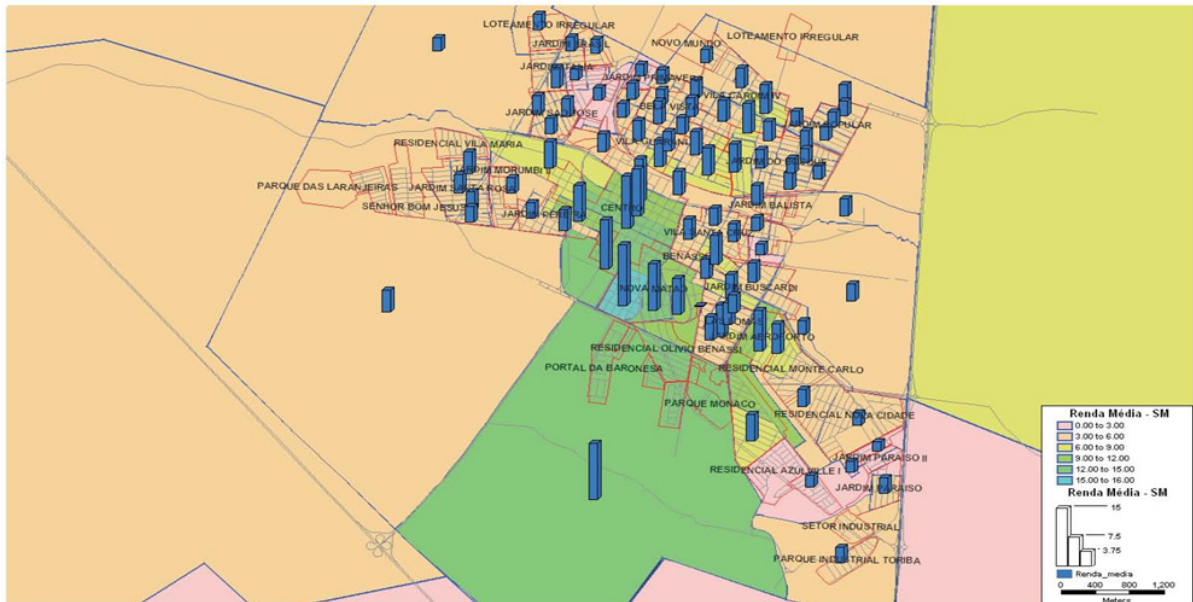


**Gráfico 3** - Taxa geométrica de crescimento anual da população – 2000/2010.

Fonte: IBGE/Fundação Seade.

### Dados socioeconômicos

Em relação aos dados socioeconômicos, apresenta-se a distribuição de renda da área urbana do município estudado.

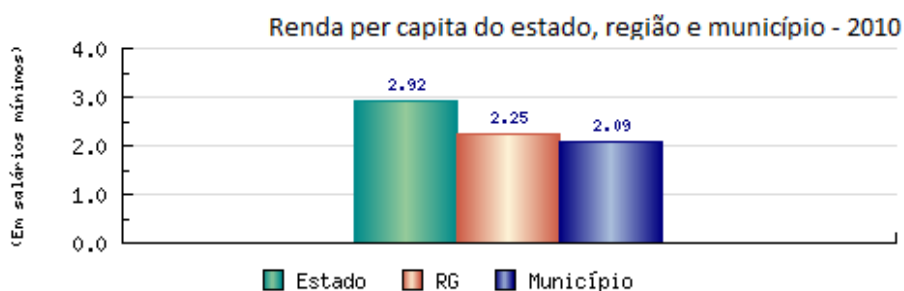


**Figura 1** - Renda com gráfico comparativo do município - 2008

Fonte: Programa local de habitação e Plano Municipal de Saúde

Constata-se que a renda predominante é de três a seis salários mínimos, e encontra-se evidenciada nas regiões periféricas, onde se tem maior densidade populacional. Verifica-se também, uma grande representatividade na faixa de seis a nove salários mínimos, distribuída em regiões diversificadas. A renda média de zero a três salários mínimos aparece em algumas áreas periféricas definidas, as quais são cobertas por Programa de Saúde da Família. As faixas de nove a 16 salários mínimos encontram-se em regiões centrais da cidade.

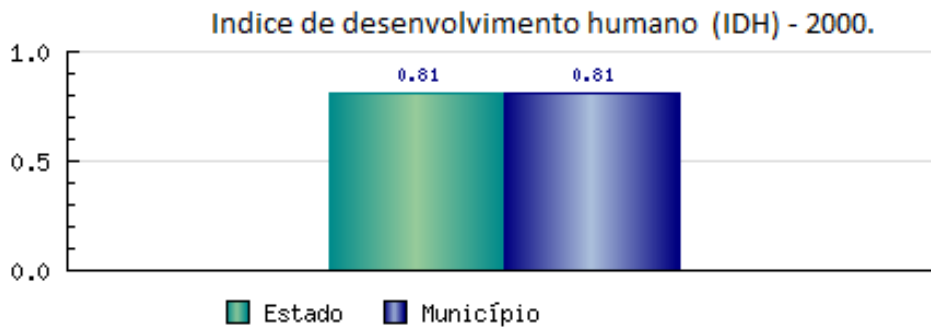
A seguir apresenta-se a representação da renda per capita do município em relação ao estado e região de governo de Araraquara.



Fonte: IBGE

**Gráfico 4** - Renda per capita do município, região e estado – 2000.

Portanto, o município apresenta índice menor, quando comparado com o estado e região de governo de Araraquara. Pode-se inferir que isto se deve ao fato do município possuir muitas indústrias, se caracterizando como uma cidade operária.



**Gráfico 5** - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) – 2000.

Fonte: IBGE, IPEA, Fundação João Pinheiro

O índice de desenvolvimento humano municipal equipara-se com o do estado, e que está no parâmetro mais alto de valor atribuído para este índice.

### Dados Epidemiológicos

**Tabela 2** – Porcentagem de internações por causas sensíveis à Atenção Básica.

MUNICÍPIO	% INTERNÇÕES POR CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Arco-íris</b>	<b>27,0</b>	<b>25,1</b>	<b>24,5</b>	<b>24,4</b>	<b>25,0</b>	<b>26,8</b>	<b>24,9</b>	<b>23,1</b>	<b>24,2</b>	<b>22,4</b>	<b>20,3</b>
RS Norte do DRS III	29,4	28,3	24,2	26,0	26,8	28,5	24,2	21,4	22,3	21,8	20,6
DRS III	24,8	25,7	24,2	25,0	23,2	24,0	22,6	20,2	18,8	20,0	19,0
RRAS 13	23,8	24,0	23,3	24,1	23,6	22,5	22,0	20,3	18,5	19,2	19,1
Total do Estado SP	18,4	18,7	18,6	19,3	19,0	18,3	18,0	17,4	15,9	16,0	16,0

Fonte: SIH/SUS.

Ao analisar a tabela acima, nota-se que o município vem diminuindo o número de internação por causas sensíveis à Atenção Básica, assim como na região de saúde e o estado, no entanto, nosso número ainda é superior a região e ao estado.

**Tabela 3 - Taxa de Mortalidade Infantil - 2010.**

MUNICÍPIO	Taxa de Mortalidade Infantil										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Arco-íris</b>	<b>14,1</b>	<b>5,74</b>	<b>12,8</b>	<b>13,9</b>	<b>13,2</b>	<b>10,9</b>	<b>11,6</b>	<b>10,4</b>	<b>13,0</b>	<b>15,8</b>	<b>17,9</b>
RS Norte do DRS III	16,5	9,2	13,4	13,5	14,4	13,6	14,6	11,8	15,2	14,2	14,2
DRS III	14,1	10,4	10,3	10,7	11,6	11,4	12,4	10,7	11,7	12,3	11,2
RRAS 13	15,3	12,9	12,3	11,7	12,3	11,5	11,8	11,1	10,5	11,6	10,3
Total do Estado SP	16,9	16,1	15,04	14,8	14,2	13,4	13,2	13,1	12,5	12,4	11,8

Fonte: SES/SEADE

A taxa de mortalidade infantil no município, está acima da região de saúde e do estado, tornando um dado preocupante, sendo necessária a implementação de estratégias para diminuir esse percentual.

#### Vigilância em Saúde

O município possui uma diretoria de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Controle de Vetores, com suas respectivas equipes multiprofissionais; com sede própria anexa ao prédio do Centro de Saúde II.

#### Equipe de Vigilância Sanitária:

Total de carga horária semanal da equipe de VISA (Vigilância Sanitária), dedicada exclusivamente às inspeções sanitárias.

**Tabela 4 – Equipe da Vigilância Sanitária.**

NUMERO DE PROFISSIONAIS	CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGO/FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL
1	Dentista	Diretor de Departamento de VISA	
1		Aux. Administrativo	40 horas
4		Fiscal sanitário	40 horas
1	Farmacêutico	Fiscal sanitário	30 horas
1	Dentista	Fiscal sanitário	20 horas
1	Enfermeiro	Fiscal sanitário	18 horas
1	Engenheiro	Engenheiro	

Fonte: Dados municipais/Plano Municipal de Saúde

**Tabela 5** - Equipe de Vigilância Epidemiológica

<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL</b>
Enfermeira	30 horas
Farmacêutica	20 horas
Diretor Administrativo	20 horas
Técnico de Enfermagem	40 horas

Fonte: Dados municipais/Plano Municipal de Saúde

**Tabela 6** - Equipe de Controle de Vetores

<b>NÚMERO DE PROFISSIONAIS</b>	<b>CARGO/FUNÇÃO</b>
02	Supervisor de Campo
29	Agente de Controle de Vetores

Fonte: Dados municipais/Plano Municipal de Saúde

Segundo o Plano Municipal de Saúde, as equipes de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Controle de Vetores procuram trabalhar de forma integrada na notificação de doenças e agravos, no planejamento de ações, na construção de planos de contingência, na fiscalização e orientação dos mais diversos setores sob sua responsabilidade. Ainda atuam na organização de campanhas e treinamentos, sempre em consonância com os diversos segmentos da sociedade. Mantêm atualizados os dados dos vários sistemas de informação.

### Atenção Básica

O município possui dez Unidades Básicas de Saúde, destas, oito ainda são denominadas de Posto de Atendimento Médico e Odontológico (PAMO) e apenas duas, possuem a denominação de Unidade Básica de Saúde (UBS) e quatro Estratégia de Saúde da Família, que no município é chamada de Programa Saúde da Família (PSF), totalizando 14 unidades de Atenção Básica, conforme descrição a seguir.



**Tabela 7 – Relação de Unidades Básica de Saúde.**

Unidade	Clínica médica	Pediatria	Ginecologia obstetrícia	Especialidades	Odontologia	Serviço social	Urgência
Azul	X	X	X	Cardiologia, Neurologia, Gastroenterologia, Ortopedia.		X	X
Verde	X	X	X	Cardiologia, Endocrinologia, Oftalmologia, Oncologia, Pneumologia, Urologia, Infectologia, Dermatologia, Ortopedia	X	X	
Amarelo	X	X	X	Cardiologia, Psiquiatria	X	X	
Vermelho	X	X	X		X	X	
Laranja	X	X	X	Endocrinologia, Infectologia			
Violeta	X	X	X	Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia	X	X	
Branco	X	X	X	Vascular e Ortopedia.	X	X	
Preto	X	X	X	Ortopedia	X	X	X
Rosa	X	X	X		X	X	
Roxo		X			X		
Lilás	X	X	X				
Pink	X	X	X				
Cinza	X	X	X				
Marrom	X	X	X				

Fonte: Plano Municipal de Saúde.

A unidade Verde centraliza as ações da vigilância epidemiológica, coleta de exame do pezinho, exames hormonais e sorológicos, e aqueles vinculados às doenças de notificação compulsória. A unidade Roxa tem o atendimento de clínica médica e de enfermagem realizado pela equipe do PSF Assentamento do Horto. Todas as Unidades de PSF possuem atendimento de Nutricionista, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga e Assistente Social.

A tabela abaixo apresenta a produção de consultas médicas na atenção básica no município, no ano de 2008.

**Tabela 8** – Produção de consultas médicas na Atenção Básica

Procedimento	Total
CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	68.016
CONSULTA PRÉ-NATAL	2.548
CONSULTA PUERPERAL	172
CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	170
<b>Total</b>	<b>70.906</b>

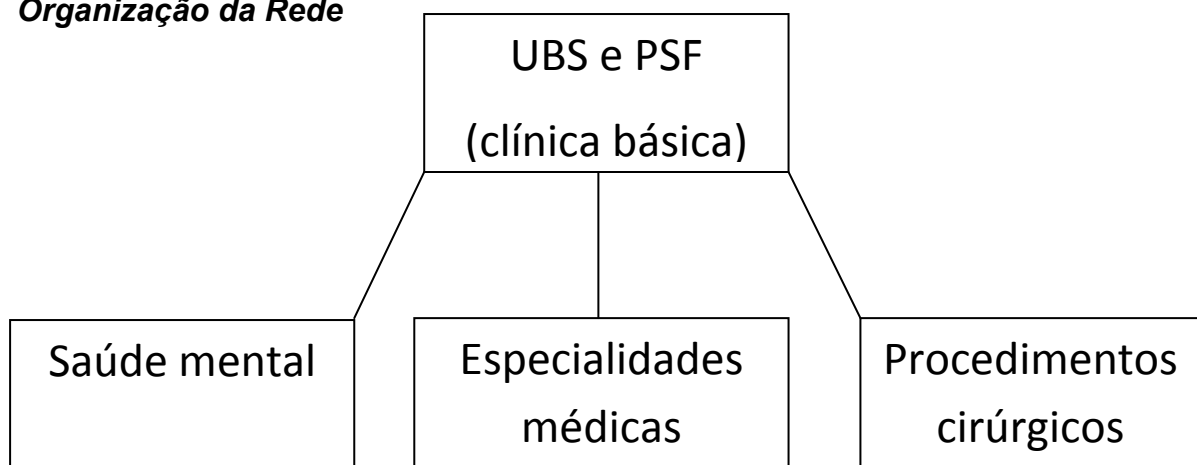
Fonte: DATASUS/SAI

**Tabela 9** - Consultas médicas nas Unidades de Atenção Básica – 2009

Especialidade	Azul	Vermelho	Verde	Amarlo	Laranja	Preto	Violeta	Marrom	Lilás	Cinza	Branco	Roxo	Rosa	Total
Clínica Médica	2.367	1.618	5.076	4.342	733	804	889	3.527	9.622	4.529	4.529	1.592	2.639	47.399
Ginecologia/obstetria	2.427		3.085	1.443	720	2.418	1.841					2.866	385	15.185
Pediatria	859	1.460	1.329	2.338	509	1.290	485					1.013	491	9.774

Fonte: Dados municipais/Plano Municipal de Saúde

### Organização da Rede



**Figura 2** – Fluxograma da rede de atenção à saúde.

Fonte: Dados municipais/Plano Municipal de Saúde

## **Programas Desenvolvidos**

### **Programa Viva Leite**

É um projeto estadual desenvolvido junto com os municípios, destinando-se a entrega de leite fluido vitaminado, a crianças de seis a 23 meses de idade, com problemas de crescimento e desenvolvimento, em famílias com renda de até dois salários mínimos.

Distribui-se um total de 12.000 litros de leite mensalmente, em nove Postos de Atendimento Médico e Odontológico Municipais. Esta distribuição está associada à avaliação da curva de crescimento e situação vacinal da criança.

### **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento - SISPRENATAL**

É um programa do Ministério da Saúde, junto à Secretaria Estadual da Saúde e Municípios, que visa garantir o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal.

O município inscreveu no Programa, durante o ano de 2008, 537 mulheres, sendo que 191 concluíram o pré-natal, de acordo com os critérios preconizados pelo programa, o que representa 20,6%. Este índice, em comparação com os municípios do DRS, está entre os melhores. 93,75% das gestantes tiveram sete ou mais consultas de pré-natal no município. Vale ressaltar que o município, além dos exames de rotina preconizados pelo programa, garante também exames para marcadores sorológicos de HIV e Hepatites virais. O município ainda oferece ciclos de palestras e cursos com equipe multiprofissional para as gestantes cadastradas.

### **Programa de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial - HIPERDIA**

É um programa desenvolvido pelo Ministério da Saúde, junto com a Secretaria Estadual da Saúde e municípios, com o objetivo de reorganizar o atendimento aos diabéticos e hipertensos.

O Programa HIPERDIA está implantado no município, contando atualmente com 3.211 inscritos, sendo que os diabéticos insulino-dependentes estão sendo contemplados com os insumos de uso diário, em conformidade com o Programa Estadual, e em parceria com o município. Os diabéticos recebem orientações quanto à patologia e ao tratamento, por equipe multiprofissional, em Unidade referência para atendimento de diabéticos.

### Projeto Pequeno Cidadão

É um projeto desenvolvido no município, visando diagnosticar e encaminhar bebês com risco no desenvolvimento neuropsicomotor e nutricional. Tem como objetivos:

- Acompanhar crianças que passaram por condições adversas no princípio de suas vidas, e por isso tornaram-se mais vulneráveis a apresentar distúrbios no seu desenvolvimento;
- Detectar precocemente desvios do desenvolvimento, para que os pais possam ser orientados e as crianças possam receber tratamento adequado;
- Estimular precocemente a criança, visando evitar, atenuar ou compensar a deficiência apresentada e/ou suas consequências para o desenvolvimento.

Uma assistente social visita a maternidade local todos os dias, conversa com a mãe e com os profissionais envolvidos durante o nascimento, e identifica crianças que necessitam de acompanhamento posterior à alta hospitalar; ou seja, crianças de risco tanto do ponto de vista nutricional como emocional e motor. Orienta todas as mães quanto à vacinação, exame do pezinho e acompanhamento médico nas UBSs ou Centro de Reabilitação Infantil (Centrinho).

### Programa de Saúde Bucal

É um programa desenvolvido pela Secretaria Municipal da Saúde em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde, cujo objetivo é desenvolver atividades de assistência odontológica que promovam, mantenham e recuperem a saúde bucal da população, integrando-se às demais atividades e programas de saúde.

Nas UBS é utilizado o sistema de livre entrada, livre ingresso do usuário para o tratamento odontológico.

Nas escolas é utilizado o sistema incremental por classe, caracterizado pela completa eliminação das necessidades acumuladas nas escolas a partir da 1ª série, contando atualmente com 14 dentistas nas escolas e um na APAE.

O tratamento de urgência é realizado sistematicamente no PAMO Preto e Azul, inclusive aos sábados, domingos e feriados. O atendimento é realizado em consultórios tradicionais, clínicas modulares fixas.

### Programa Saúde da Família - PSF

O Programa Saúde da Família é uma proposta do Ministério da Saúde para implantação e implementação do Sistema Único de Saúde, e vem sendo

apresentado institucionalmente como alternativa para mudança de modelo assistencial.

A proposta do Programa Saúde da Família é a de prestar assistência integral à saúde, através de uma equipe multiprofissional, de forma humanizada, e voltada para a promoção e reabilitação da saúde, e prevenção e tratamento de doenças, baseada nas características regionais da população.

No município há 5.667 famílias e 21.027 pessoas cadastradas no programa, o que representa uma cobertura aproximada de 27% da população. O município ainda conta com quatro equipes que estão em fase de implantação para atingir o total de 50% de cobertura da população.

#### Sistemas de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN

A atuação do SISVAN compreende o monitoramento da situação alimentar e nutricional, devendo se concentrar na atenção à gestante e no crescimento e desenvolvimento das crianças.

O SISVAN é incorporado às rotinas de atendimento das Unidades, através da mensuração do peso e estatura das crianças menores de sete anos e gestantes, visando a detecção da situação de risco e a prescrição de ações que possibilitem a prevenção de seus efeitos e garantia da reversão ao quadro de normalidade.

Após detecção da situação de risco, as crianças e/ou gestantes são encaminhadas para participarem de outros programas, como Bolsa Família e Viva Leite, bem como também, a profissionais que atendam suas necessidades.

O SISVAN é também, o instrumento para o acompanhamento dos membros das famílias beneficiárias do PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA. A equipe de saúde, após coleta de medidas antropométricas e preenchimento do Mapa Diário de Acompanhamento, envia os dados ao Ministério da Saúde. O acompanhamento das condicionalidades de saúde no município atinge níveis maiores que todos os municípios da região.

#### Comitê de Mortalidade Materno – Infantil

O Comitê Municipal de Mortalidade Materno-Infantil, instituído formalmente em 2003, é um órgão institucional e multiprofissional, tendo caráter ético, técnico, educativo e de assessoria. Busca identificar todos os óbitos, para apontar medidas de prevenção e intervenção nas instituições, para correção de possíveis distorções e redução das mortes.

## DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

### Água

A água que abastece a cidade é proveniente de poços profundos. Após sua captação, a água é armazenada em 32 (trinta e dois) reservatórios e poços profundos (24), onde sofrem tratamento por hipoclorito de sódio e por ácido fluorsilícico. O tratamento é acionado por bombas dosadoras e somente após esse tratamento é que a água será distribuída para as residências.

A VISA (Vigilância Sanitária) realiza análises físico-químicas e bacteriológicas mensalmente em diferentes pontos da cidade para determinar se o tratamento de água realizado pela CAEMA está em conformidade com a legislação.

**Tabela 10** – Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água.

<b>Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água</b>		
<b>Abastecimento Água</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>
Rede geral	93,1	95,7
Poço ou nascente (na propriedade)	6,6	4,1
Outra forma	0,3	0,1

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

### Esgoto

O esgoto é coletado através de rede pública e direcionado para os interceptores e emissários onde são lançados para o tratamento na Estação de Tratamento de Esgoto (ETE) localizado na zona oeste da cidade e após o tratamento a água é conduzida ao Rio com característica dentro dos padrões exigidos.

Segundo a Cia. de Água e Esgoto (CAEMA), o nº de ligações de esgoto é de 21.029. A cobertura de ligações de água e de esgoto é de 100%.

**Tabela 11** – Proporção de moradores por tipo de instalação sanitária.

<b>Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária</b>		
<b>Instalação Sanitária</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>
Rede geral de esgoto ou pluvial	91,7	95,4
Fossa séptica	2,7	2,6
Fossa rudimendar	3,9	1,5
Vala	0,3	0,0
Rio, lago ou mar	-	0,2
Outro escoadouro	0,1	0,0
Não sabe o tipo de escoadouro	0,2	-
Não tem instalação sanitária	1,2	0,2

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

### Lixo

Define-se como coleta domiciliar, os serviços de recolhimento e transporte de lixo gerado pelos domicílios, desde que acondicionados em recipientes apropriados.

Atualmente este serviço é realizado através de concessão. Na maioria dos bairros a coleta é realizada alternadamente, com exceção dos domingos. No Distrito e Bairro Rural, o recolhimento é feito três vezes por semana.

A disposição final dos resíduos domiciliares é feita em aterro sanitário. Este serviço é também realizado através de concessão. Quando a prefeitura efetua a limpeza de algumas áreas onde há lixo domiciliar, este material também é destinado ao aterro sanitário. O índice de cobertura no município é de 100%.

A coleta dos resíduos de serviços de saúde é regida conforme contrato entre a Prefeitura Municipal e uma Empresa de Engenharia e Construção. Esta se responsabiliza pela execução de serviços de transporte, tratamento e destinação final do lixo hospitalar do município. Define-se esta coleta como recolhimento e transporte de resíduo sólido gerado por estabelecimentos, tais como: hospitais, centros de saúde, farmácias, alguns laboratórios, clínicas médicas, odontológicas, veterinárias e assemelhados.

O município não possui um sistema de disposição final para materiais oriundos de indústrias (o ideal seria um aterro industrial). A maioria das empresas é responsável pelos próprios resíduos que geram.

No assentamento e nas colônias das fazendas, o lixo é queimado ou enterrado.

**Tabela 12** – proporção de moradores por tipo de destino de lixo.

<b>Proporção de Moradores por Tipo de Destino de Lixo</b>		
<b>Coleta de lixo</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>
Coletado	93,6	96,2
Queimado (na propriedade)	4,9	3,1
Enterrado (na propriedade)	0,6	0,3
Jogado	0,7	0,2
Outro destino	0,1	0,2

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

## GESTÃO EM SAÚDE

### Planejamento

O Plano Municipal de Saúde, descreve que o planejamento em saúde é feito de forma precária, pois não há na estrutura da Secretaria da Saúde, uma equipe específica para organizar e operacionalizar o processo de planejamento. O desenvolvimento dessas atividades é feito com a colaboração de alguns técnicos, da própria secretaria, de forma pontual. O Comitê de Mortalidade Materna e Infantil está constituído de acordo com legislação pertinente, porém parece ser pouco ativo.

### Descentralização e Regionalização

O município participa do Termo de Compromisso de Gestão, e utiliza-se de instrumentos, os quais norteiam suas ações. Procura promover equidade mediante o funcionamento da Estratégia Saúde da Família. Participa ativamente do Colegiado Regional de Gestão. Utiliza-se de serviços de referência oferecidos por instituições como Hospital de Olhos de Taquaritinga e Ambulatório Médico Especializado (AME) de Américo Brasiliense.



### Participação Social

O município possui Conselho Municipal de Saúde (CMS) ativo e representativo, de acordo com legislação normativa, com reuniões mensais. Realiza Conferências Municipais de Saúde conforme previsto pelas esferas de governo, e Audiência Pública Municipal trimestral.

Em relação à estrutura física do CMS, a Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza aos conselheiros uma sala exclusiva equipada com computador, acesso à internet, impressora, copiadora, para desenvolvimento de atividades pertinentes. No entanto, não há recursos humanos exclusivos para este fim.

Quanto à qualificação dos conselheiros, observa-se que não há desenvolvimento periódico de capacitações, e portanto, poucos participaram desse processo.

Em relação às Unidades de Saúde, observamos que não há conselho gestor instalado, devido a falta da territorialização e da população adscrita, dificultando a interlocução entre gestão, unidade e usuários. Ainda em relação à participação social, constatamos que não há um espaço formal de escuta aos usuários, como por exemplo, uma ouvidoria em saúde.

O município possui no portal da Prefeitura Municipal algumas informações sobre os serviços de saúde existentes, porém necessita de ampliação dessas informações, para melhor acesso da população em geral.

### Informação em Saúde

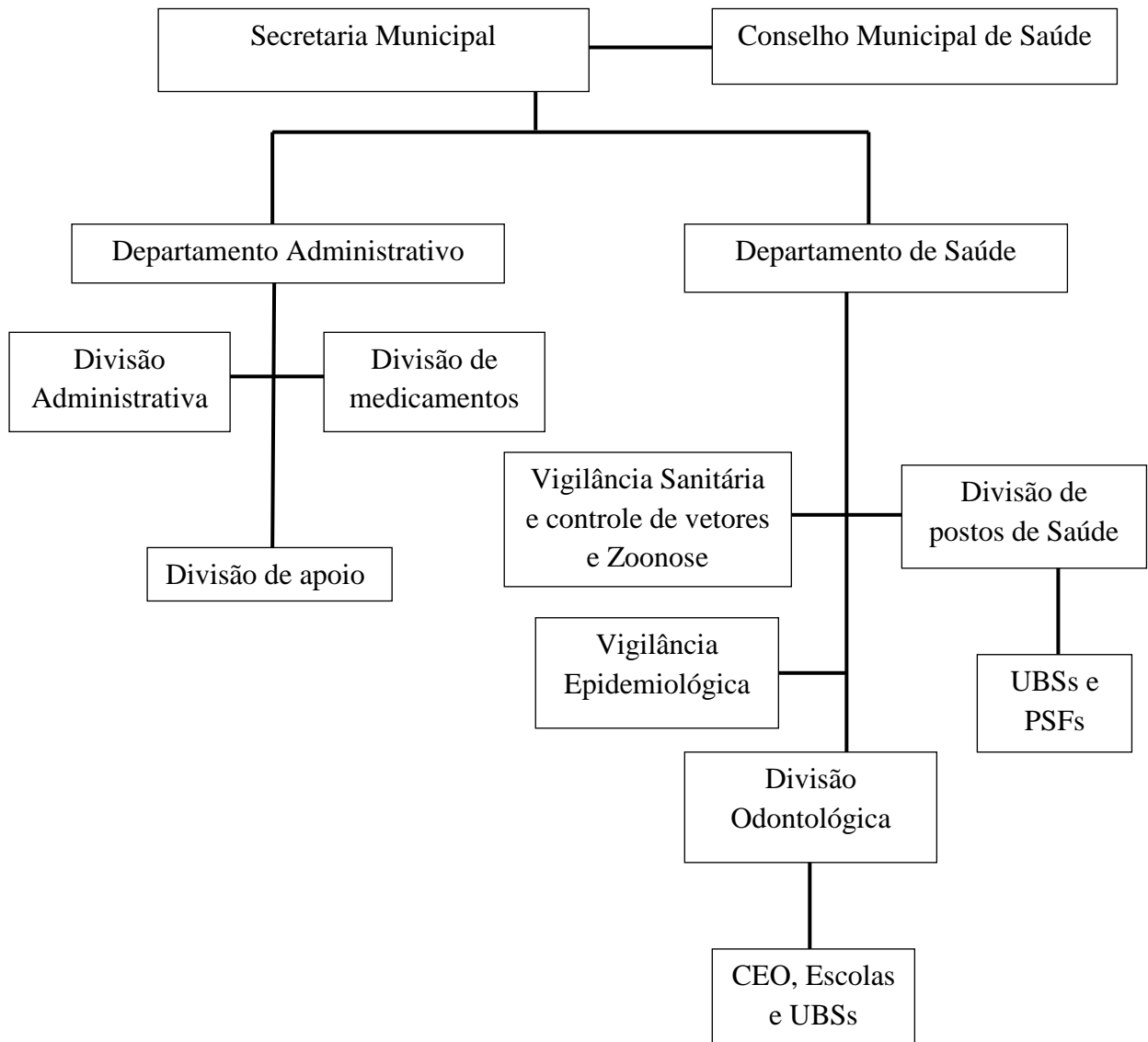
Os diversos sistemas de informação do SUS (SIM, SINASC, SINAM, SISPRENATAL, SISMAMA, SISCOLO, HIPERDIA, API, SIAB, TB WEB, SISAEDES, SISAGUA) são mantidos atualizados, e sempre que necessário são utilizados como embasamento para tomada de decisões.

### Infraestrutura

O município possui dez unidades de saúde instaladas em prédios próprios, e quatro unidades instaladas em prédios alugados. As unidades que têm prédio próprio são equipadas adequadamente, enquanto que as unidades que funcionam em prédios alugados são estruturadas e equipadas de forma adaptada, necessitando de reestruturação com a aquisição de espaço próprio e adequado aos fins.

A farmácia funciona em prédio anexo ao CSII, e possui espaço físico limitado. Para atender a demanda, melhorando a qualidade do serviço, será construída a Central de Medicamentos, em terreno anexo ao CSII.

Gestão do Trabalho em Saúde



**Figura 3** – Fluxograma da gestão do trabalho em saúde

Fonte: Plano Municipal de Saúde

Educação em Saúde

Possui articulador de Educação Permanente em Saúde atuante, garante a participação dos funcionários nos Projetos: Fortalecimento de Atenção Básica,

Trabalho em equipe e Territorialização. Realiza treinamentos pontuais mediante identificação de necessidade. Faz parcerias com Instituições de Ensino, Clubes de Serviços e Associações Comunitárias e Religiosas.

#### 4.2. Perfil dos enfermeiros gerentes das unidades da Atenção Básica

Os sujeitos da pesquisa foram caracterizados quanto ao sexo, idade, escolaridade, tipo de vínculo municipal, ano de graduação e tempo de atuação na Atenção Básica.

**Tabela 13-** Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Nome	Sexo	Tempo Graduação	Vínculo com o município	Tempo de atuação na Atenção Básica	Local de Trabalho
Margarida	Fem.	32 anos	Concurso público	18 anos	UBS
Assucena	Fem	15 anos	Concurso público	11 anos	UBS
Bromélia	Fem	26 anos	Concurso público	25 anos	UBS
Hortência	Fem.	24 anos	Concurso público	24 anos	UBS
Cravo	Masc	23 anos	Concurso público	22 anos	UBS
Rosa	Fem	22 anos	Concurso público	12 anos	UBS
Lírio	Fem	24 anos	Concurso público	23 anos	UBS
Flor de Liz	Fem	12 anos	Concurso público	12 anos	UBS
Violeta	Fem	1 ano	Processo seletivo	1 ano	PSF
Crisantemo	Masc	6 anos	Processo seletivo	6 anos	PSF
Espatodéa	Fem	7 anos	Processo seletivo	7 anos	PSF
Dália	Fem	6 anos	Processo seletivo	6 anos	PSF

Alves, Penna e Brito (2004), ao caracterizar o perfil dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte - MG descreveram situação semelhante à verificada, em que 89,83% dos entrevistados eram do sexo feminino, sendo que no presente estudo encontramos 83% e 17% do sexo masculino. Esses dados expressam a prevalência do sexo feminino como força de trabalho em saúde.

Analisando a faixa etária, o grupo pesquisado apresenta uma média de 42,7 anos, sendo que 75% tem idade entre 35 e 54 anos, sendo compatível com o estudo de Belo Horizonte que descreve que 83,03% são da faixa etária entre 36 e 50 anos.

Assim, percebemos que o quadro gerencial possui certa maturidade etária. De certa forma, esta situação foge dos padrões atuais da gerência nas organizações, em que é detectada a tendência de incorporação de profissionais jovens, que são treinados pelas instituições e desenvolvem alto grau de identificação com o trabalho e com a organização, para implementar processos de inovação organizacional. Entretanto, o setor público frequentemente segue normas tradicionais de gerência e construção de carreiras rígidas ao longo da vida profissional, desconsiderando outros critérios como o conhecimento gerencial, a capacidade de inovação e a produtividade.

Alves, Penna e Brito (2004), afirmam que as organizações de saúde apresentam objetivos ambíguos, complexos e ambiciosos, ligados a valores, normas e ideologias e, portanto, difíceis de definir e, sofrem influência de um ambiente composto pela multiplicidade de grupos sociais com interesses e expectativas próprias.

Quanto à formação, a presente pesquisa evidenciou que nenhum profissional possui especialização em gerência ou gestão na área da saúde pública, sendo que três profissionais possuem especialização, totalizando 25%, e apenas um (8%) possui mestrado, dados que vêm ao encontro da pesquisa realizada em Belo Horizonte onde 26,39% dos entrevistados disseram que adquiriram conhecimento na graduação, 25,00% através de experiência prática e 23,61% afirmaram não ter nenhum conhecimento antes de assumir a gerência, o que totalizou 75% de profissionais que assumiram o cargo de gerência sem conhecimento específico (ALVES, PENNA, BRITO, 2004).

Em relação ao tipo de vínculo, a maioria dos gerentes de unidade possui vínculo estável através de concurso público o que representa 67% e 33% foram inseridos no cargo através de processo seletivo, portanto, vínculo não estável. Constata-se que os entrevistados das Unidades Básicas de Saúde são concursados e os das Estratégias Saúde da Família foram selecionados através de processo seletivo, cuja administração os contrata através de uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Esse vínculo não estável com o poder público

municipal gera rotatividade entre os profissionais ou em busca de melhores oportunidades e estabilidade ou como determinação do próprio vínculo, que não pode prolongar-se além de tempo predeterminado. Além disso, a troca de gestão municipal a cada quatro anos muitas vezes implica em troca das equipes vinculadas politicamente à gestão anterior.

Dessa forma, a instabilidade na equipe de Saúde da Família compromete a continuidade e a potência da estratégia e fragiliza as relações entre os gestores, trabalhadores e usuários, no que tange à credibilidade das propostas, planos e metas pactuados. Igualmente, compromete também a continuidade do vínculo entre a equipe, a família e a comunidade, além de afetar a qualidade dos serviços prestados (ROCHA e ZEITOUNE, 2007; MACHADO, 2000; ROSA e LABATE, 2005). Assim, o investimento público em qualificação, de certa forma se perde com o rodízio frequente de profissionais, implicando constantemente num recomeço de investimento em ações de qualificação para o trabalho, programas, ações e serviços.

Em relação à experiência profissional, 8,33% dos entrevistados tem até cinco anos de formados, sendo que 91,66% tem mais de dez anos, com média geral de 16,5 anos. Já em relação ao tempo de atuação como gerente de unidade da Atenção Básica, 33% atuam há menos de dez anos e 67% há mais de dez anos, numa média de 13,9 anos de atuação como gerente da unidade, sendo semelhante ao estudo realizado em Belo Horizonte, que aponta 67,84% dos gerentes no cargo há mais de cinco anos (ALVES, PENNA, BRITO, 2004). Vale ressaltar que os entrevistados que possuem mais de 10 anos no cargo atuam nas Unidades Básicas de Saúde.

### **4.3. Análise das categorias**

Após o levantamento do perfil dos enfermeiros gerentes, procedemos a análise dos dados considerando os temas mais significativos identificados na leitura exaustiva das entrevistas e grupo focal. Identificaram-se as seguintes categorias temáticas:

1. Atuação como enfermeiro em atividades gerenciais e assistenciais.
2. Relação da formação com sua atuação de gerência da unidade.
3. Importância do planejamento para gerência
4. Fatores que potencializam e dificultam a realização das ações gerenciais

#### **4.3.1. Atuação como enfermeiro em atividades gerenciais e assistenciais.**

Todos os profissionais entrevistados referem exercer além da função de gerência, as ações assistenciais. As unidades da Atenção Básica do município estudado contam apenas com um enfermeiro na unidade, exceto uma que funciona 24 horas e possui dois enfermeiros. Estes profissionais são os que exercem a função de gestor e de assistência. Portanto, afirmam que se sentem sobrecarregados, não conseguindo executar suas funções adequadamente. As transcrições abaixo demonstram o panorama encontrado.

*“Muito trabalho, o que é passado é muito trabalho, muito trabalho você tem que fazer o gerenciamento, você tem que pegar balcão, você tem que dá conta dos programas de saúde, você tem que dar conta do pedido de material da unidade, você tem dar conta da escala de trabalho funcionários, os problemas que acometem a unidade, muitas vezes, né, saindo daquilo que você se propõe como gerente, se submetendo a algumas situações, muito complicado” (Flor de Liz).*

*“Eu atendo balcão, pego prontuário, faço anotação no prontuário, registro, faço pré-consulta, pós-consulta, vacinação, aplicação de medicamentos intramuscular, intravenoso, subcutâneo, coleta de sangue, encaminhamento do sangue, embalar e fechar a caixa, abrir prontuário para o paciente, curativo, retirada de pontos, que mais, resolver os problemas administrativos da unidade, entrega de holerite, informe de imposto de renda, folha ponto, vai chegando final de mês confiro quem já assinou, as vezes alguma coisa para assistente social, vou nas reuniões que sou convocada na secretaria, né, que mais, assim, acho que da parte da enfermagem eu faço tudo, 80% do horário você faz atividades que poderiam até ser feita pelo técnico, eu sinto assim que como enfermeiro, poderia esta fazendo muitas outras coisas” (Margarida).*

O enfermeiro desenvolve, dentro da equipe multidisciplinar, ações dos programas de saúde, como o de assistência à criança, à mulher, o programa de combate ao câncer cérvico-uterino, o de hipertensão arterial e diabetes (HIPERDIA), tuberculose, hanseníase e participa do controle das carências nutricionais, bem como desenvolve assistência a portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS). Além dessas atividades, desempenham cargo de coordenação das unidades de saúde dos referidos programas e de outros projetos especiais do Ministério da Saúde desenvolvidos no município (BRASIL, 2001).

Percebe-se, nesse contexto, que a complexidade da Atenção Básica em Saúde, tem exigido que o enfermeiro desenvolva atividades que antes não eram

atribuídas a esse profissional e que nem sempre encontra-se preparado, assumindo novas responsabilidades com a comunidade e com a equipe de trabalho, e com a atuação de todos os atores envolvidos no processo, viabilizar a implantação de programas do Ministério da Saúde, identificação do perfil epidemiológico da população de sua área de abrangência, articulações com entidades comunitárias, com outros serviços de saúde e com a Secretaria Municipal de Saúde, o que requer planejamento e implementação de ações voltadas para a sua realidade local (ROCHA; ZEITOUNE, 2007). Para tanto, os enfermeiros necessitam de uma capacitação específica, o que não é visto acontecer no município, assim como se faz necessário a adequação do quadro de recursos humanos para que todas as atividades sejam executadas de forma coerente, sem que haja a sobrecarga de um ou outro trabalhador, pois, isso pode repercutir negativamente no processo de trabalho do setor. Conforme a descrição da fala abaixo:

*“A gente tem a parte direta de gestão com produção, a gente tem que pensar na parte de material que será utilizado, fazemos também atividade relacionada com a manutenção, fazer contato com quem faz a manutenção, com quem provem o material, converso diretamente com as meninas, talvez alguém que falta, uma mudança de horário, o médico que vem e pergunta alguma coisa sobre o atendimento, interação com outros profissionais que trabalham aqui, a gente tem além do corpo de enfermagem, tem também a fisioterapia, a parte médica, parte de farmácia, contato em relação a outros serviços de outras unidades, então também isso a gente trabalha, e também tem outra coisa, que o funcionário chega e fala quebrou tal coisa.” (Hortênsia).*

Desta maneira, os profissionais entrevistados, apresentam dificuldade em descrever suas ações gerenciais, pois referem que exercem muitas atividades assistenciais dificultando o planejamento da gestão da unidade. Observa-se pelos relatos que elas exercem ações para resolução de problemas pontuais na unidade, não trabalham com diagnóstico situacional da população e não fazem planejamento das ações em cima desse diagnóstico, dificultando a execução das atividades dentro da necessidade da população. Apresentando um entendimento fragmentado em relação à função gerencial, com ações isoladas e desenvolvidas conforme se apresenta o problema sem um planejamento prévio.

Assim, analisando a organização do trabalho de gerência, percebe-se que o enfermeiro, ao desempenhar um papel gerencial, o faz com uma visão idealista e

disciplinadora do trabalho em saúde, reforçando a burocracia, divisão do trabalho, produtivismo, supervisão e controle, esquecendo-se do planejamento e avaliação das ações em saúde e frustra-se ao perceber que as coisas não acontecem como se espera, chegando, algumas vezes, a tomar para si a culpa das quebras cotidianas dos processos de trabalho. Tal fato torna o trabalho gerencial uma fonte constante de tensão para o enfermeiro (FRACOLLI, 1999).

A maioria das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro é a somatória do cuidado com o paciente, sendo que em algumas ocasiões se estende a outras funções tais como: gerenciamento da assistência, dos serviços de enfermagem, formação da equipe de enfermagem e de outros profissionais de saúde, planejando e implementando ações de educação em saúde dirigidas à população.

Este contexto demonstra que conduzir o processo de gerência é uma ação complexa que representa uma carga inesperada de tarefas imprevistas, com reuniões, interrupções e trabalhos administrativos intensos, descontínuos e de natureza variável. Sua atenção é constantemente desviada por chamados diversos, o que fragmenta uma ação e torna intermitente o seu envolvimento no processo decisório organizacional. Toma decisões através de interações diversas, ações isoladas e opiniões manifestadas esparsamente, às vezes pouco coerentes. Aproxima-se dos problemas à medida que esses vão surgindo, na busca de soluções baseadas em informações parciais, imperfeitas e de primeira mão, quase sempre envoltas por grandes incertezas (MOTTA, 2003).

No entanto, o modelo de gerência revelado no estudo, contrapõe-se o que se busca na atualidade, cuja gestão deveria ser entendida como a “arte de pensar, de decidir e de agir”, é a arte de fazer acontecer e de obter resultados. Por ser uma arte, transcende a lógica da racionalidade, a capacidade analítica e o domínio da técnica, incorporando dimensões de criação, intuição e cidadania. Nessa perspectiva, o gerente age visando atingir os objetivos dos projetos de gestão que pode ser voltado à sociedade e/ou instituição e ao indivíduo. Além de empreendedor, deve ser ético, voltar-se para os objetivos sociais de sua organização e/ou instituição e busca o domínio das técnicas de gestão, como facilitador da libertação do homem, da busca de resultados que valorizem e dê sentido ao seu trabalho. Na comunidade da saúde, deve ter a consciência cidadã de que a pessoa é o centro de seu sistema (MOTTA, 1998).



Desta maneira, a Reforma Sanitária brasileira trouxe para o cenário de construção do SUS um conjunto de demandas gerenciais, assistenciais e intersetoriais que desafiam a administração pública. Com a implantação e o movimento de consolidação do SUS, novos desafios são colocados para a adequação dos trabalhadores de saúde aos seus princípios e diretrizes, assim como o estabelecimento de instrumentos, como, por exemplo, a gerência de serviços de saúde para a (re)organização do processo de trabalho que possibilitem o pleno desenvolvimento e atendimento das necessidades de saúde da população, e ações voltadas para a produção de cuidados.

Assim, coletivizar o trabalho, gerir serviços de saúde dividindo responsabilidades, estabelecer estratégias que possam recompor o trabalho na atenção primária no sentido de acolher a clientela em suas necessidades pode significar o favorecimento de uma lógica participativa e democrática creditando aos trabalhadores e usuários a capacidade de se constituírem atores num processo de construção e de criação de diferentes possibilidades de intervenção (MISHIMA, 2003).

*“... Que o trabalho em um centro de saúde, hospital, ou em qualquer outra instituição pública, pode ser um espaço para a realização profissional, para o exercício da criatividade, um lugar onde o sentir-se útil contribua para despertar o sentido de pertinência à coletividade, transcendendo o papel tradicional do trabalho que é o de, quando muito, assegurar a sobrevivência e um determinado nível de consumo. Uma via para transcender a alienação social. Uma possibilidade em aberto” (CAMPOS, 1997, p.67).*

A participação dos trabalhadores nos processos decisórios dentro dos serviços de saúde poderia permitir mudanças no sentido de se trazer para o trabalho em saúde, mais interesse, mais satisfação, possibilitando a construção de projetos que tenham a marca dos trabalhadores e não os conduza a uma ação mecânica e automática (CAMPOS, 2000).

Para Mishima (2003), as relações estabelecidas no interior deste processo, em função em parte da divisão técnica e social do trabalho, implicam em atividades que são desenvolvidas por diferentes agentes. Agentes estes, que detêm parcelas distintas de conhecimento, de poder e de autonomia. Neste sentido, aqui é importante se pensar sobre as relações estabelecidas entre diferentes sujeitos –

trabalhadores de diferentes formações atuando a partir de diferentes saberes, exercendo diferentes formas de autonomia e os usuários que necessitam de algum tipo de cuidar, que expressam de diferentes formas suas necessidades de atenção, conformando um trabalho em equipe.

Portanto, é fundamental trazer para o âmbito do trabalho em saúde a ampliação das estratégias de envolvimento dos trabalhadores neste processo, estabelecendo uma agenda de discussão diferenciada, contemplando temas como: a motivação e prazer pelo trabalho, o entendimento do processo de cuidar como uma possibilidade de ampliação de direitos dos usuários, a participação dos trabalhadores nos processos decisórios, o exercício da autonomia dentro de uma perspectiva de revisão das relações de poder e da liberdade, a construção e concretização do princípio da responsabilidade técnica-científica, social e ética sustentada pela solidariedade, a consideração do outro como parceiro, com a possibilidade de compartilhar e de buscar a diminuição das desigualdades (MISHIMA, 2003).

Pensar sobre estas relações, é importante, pois o trabalho em saúde é cooperativo, ou seja, o seu desenvolvimento não se dá de forma isolada, há sempre uma articulação do trabalho de um conjunto de trabalhadores (médicos, dentistas, enfermeiros, psicólogos entre outros). A pergunta que se faz presente e necessária é se há instrumentos que possam estimular a discussão e permitir a reflexão acerca da disponibilidade por parte dos agentes do trabalho de se fazer uma revisão da rede de relações de poder que se tecem no trabalho em saúde, de modo que o conjunto de trabalhadores possa construir projetos mais articulados, e que atendam as necessidades dos usuários. Na busca de potencializar as ações de saúde, podem-se utilizar instrumentos como a reunião de equipe, vinculada a Educação Permanente em Saúde e o planejamento em saúde (TESTA, 1992).

Desta maneira, a reunião de equipe é o espaço que possibilita as reflexões sobre a prática, a troca de experiências e o planejamento das ações, visando um projeto de gestão. No entanto, os profissionais não mantêm espaços de conversa para discutir temas relacionados ao serviço, bem como a situação de saúde dos usuários atendidos. Ainda não estão sensibilizados sobre a importância dessa prática para a melhoria do processo de trabalho. Para tanto, existem algumas dificuldades na implementação da reunião de equipe como: fixar horários mais

adequados às agendas de todos, reunir toda a equipe nos horários acordados, estimular a participação ativa dos trabalhadores nas discussões.

Deve-se entender a reunião de equipe como uma ferramenta importante para troca de experiências, planejamento e comunicação, afirmando os processos decisórios de maneira participativa. As reuniões incentivam a participação de cada integrante que pode contribuir com suas opiniões, habilidades e conhecimentos para a melhoria de qualidade da assistência aos usuários e das relações de trabalho no cotidiano do serviço, valorizando a subjetividade dos sujeitos e estimulando a corresponsabilidade e integração no trabalho em equipe.

No entanto, isso não foi evidenciado no município estudado, cuja reunião de equipe não é uma realidade, e muitos dos entrevistados não reconhecem esta ferramenta como um facilitador no processo de gestão da unidade. Conforme é apontada nas falas abaixo.

*“Ai que jeito você fala... ah! é no dia a dia você vai corrigindo, vai fazendo, é no dia a dia, vai corrigindo na hora, não tem esse negocio de deixar para depois, o que tem que falar, fala na hora. Não, não... o que tem que falar, fala na hora.” (Bromélia).*

*“Ah aqui é bem democrático, viu, a gente troca muita informação com os funcionários, elas trazem, e depois como eu fico um período grande ausente da unidade elas trazem tudo, tudo que é relação como agendar, vamos manter uma agenda assim, o que você acha?, Né, **a gente fala a palavra final (grifo do autor)**, mas o dia a dia da vivência da unidade de saúde ela faz com a gente também, a gente conseguir, ai não tá atingindo a produção, será que a gente pode mudar a agenda dele? A gente vai trocando ideia mesmo, ah estou mantendo, ah até, por exemplo, introduzo uma pomada diferente na sala de curativo, ah não está evoluindo, não tá, isto elas anotam, elas trazem isso no dia a dia.” (Flor de Liz).*

*Sempre que temos que resolver alguma coisa conversamos, a gente acaba fazendo a reunião picada, porque não tem como fechar a unidade então eu faço aqui com a recepção, auxiliar e a doutora e depois vou lá para o fundo, e faço com as meninas (ACS), se tivesse como fechar a unidade, fazíamos a reunião com todo mundo junto, mas todas as decisões são feitas na equipe, o que é melhor para equipe (Dália).*

Analisando as entrevistas percebemos que a maioria dos entrevistados, descreve um perfil de gestão democrática e participativa, no entanto, nenhuma unidade, inclusive as de PSF, fazem reuniões de equipe sistematicamente, algumas

inclusive nunca realizaram nenhuma reunião, não existindo um espaço de conversa, reflexão, troca de opiniões. As informações são repassadas através de bilhetes ou conversas informais e algumas situações são resolvidas no momento, apenas com as pessoas envolvidas e não com a equipe toda. E isto se deve ao não comprometimento da equipe com a questão de reunião de equipe e também com a falta de empenho do gestor municipal, que apoia, mas não sistematiza a reunião de equipe como prioridade e ainda a falta de conhecimento dos enfermeiros sobre a dinâmica das reuniões de equipe e o quanto ela pode favorecer pela melhoria do processo de trabalho da unidade, evidenciada pelo Grupo Focal que afirma não ter conhecimento das mudanças que vêm ocorrendo no sistema de saúde, e quando há capacitações só alguns participam, como apresentado abaixo:

*“Daí a necessidade que a gente tem de estar fazendo o curso, tá descentralizando, e não só alguns fazerem, porque o que a gente faz da gerência da unidade é aquilo que o dia a dia nos obriga fazer. A gente corre atrás, tá sempre correndo atrás, a gente se organiza da melhor forma que a gente acha que é para atender a demanda a necessidade do dia a dia, mas dizer que temos uma teoria, que alguém falou pra fazer assim que dá mais certo, não conheço nada, se não tiver o curso, nunca iremos saber e continuaremos a fazer desse jeito.” (Grupo Focal).*

Assim, na perspectiva das ações realizadas pelos enfermeiros como gerente da unidade, destacamos as atividades de gestão citadas por eles: organização da unidade; escala de trabalho; rotina de trabalho das salas; os protocolos de atividades; gestão da produção; controle e manutenção de equipamentos; pedido de material; mapa de vacinas; interação com toda equipe de saúde; organizar fluxo da unidade; esquematizar a agenda e organizar palestras e grupos. Algumas ainda descrevem algumas ações como: fazer a unidade caminhar, controlar horário da equipe, delegar funções e supervisionar a equipe. As transcrições abaixo evidenciam essas características.

*“A parte burocrática, por exemplo, a questão do ponto, a questão da solicitação de materiais, o controle de materiais da unidade, o boletim de vacina, que também é responsabilidade do enfermeiro, a questão do controle de produção que é responsabilidade do enfermeiro, aqui a gente divide um pouco, os funcionários ajudam a gente a elaborar esses boletins, mas é responsabilidade é da gente, quando temos que repassar, checar ver se está bem feitinho, geralmente quando der algum problema na unidade vão te chamar, não se metem na frente, a própria questão de manutenção do posto elas acabam sendo gerenciais.” (Margarida).*

*“Ah não sei falar assim o que é gerenciamento... é fazer uma unidade de saúde caminhar, é montar, eu acho que quando eu entrei eu sofri muito, ela era desorganizada e difícil de funcionar, então eu acho que gerenciamento é isso, montar uma estrutura dentro da unidade, a ponto dela caminhar até sozinha, que ela caminhe sozinha... acho que gerenciamento é isso, é fazer a unidade caminhar em todos os sentidos, tanto na questão da recepção, do jeito de falar, de lidar com o pessoal, coisas que acontece na frente, dou bronca, puxo a orelha.” (Rosa).*

*O controle de horário, né, as funções dos funcionários, negocio do SIS Pré-natal, negocio de material é a gente que faz, não faço escala de atividades, todo mundo faz tudo (Bromélia).*

As falas acima caracterizam um modelo de gerência baseado na administração clássica, influenciada por Taylor e Fayol, trazendo aspectos das normas e rotinas, organização estrutural, divisão social do trabalho, neste sentido enfatiza-se a hierarquia demonstrada através da pirâmide. Portanto, faz-se necessário uma mudança de modelo para que possa garantir as novas exigências para a implementação do Sistema Único de Saúde de forma eficaz, garantindo a horizontalidade das ações, a cogestão, a participação social, e assim, envolver todos os sujeitos no processo decisório.

Vale salientar que um dos entrevistados diz não atuar como gestor e não se identificar com esse papel, apesar da visão da horizontalidade, de igualdade entre os membros da equipe, demonstrando aspectos da gestão participativa, entretanto, parece não ser mediador do processo de trabalho. A transcrição abaixo caracteriza essa posição.

*“Eu fico assim no mesmo nível, eu não fico assim, sabe, não tem, sabe então dá para levar legal, é logico sempre tem né... sempre, mas acho que é funciona melhor se eu ficar aqui (faz gesto de igualar as mãos, colocar no mesmo nível), sabe, se eu cuidar só da parte burocrática, eu acho que não funciona.” (Bromélia).*

#### **4.3.2. Relação da formação com sua atuação de gerência da unidade.**

Todos os enfermeiros entrevistados salientam que a formação na graduação contribui muito pouco para o exercício do papel de gestor. Argumentam que a experiência é mais importante que o período acadêmico, pois usam muito pouco do que aprenderam durante a formação, enfatizam características pessoais, de comportamento, ou seja, acreditam ser inatas e intrínsecas. A fala abaixo, afirma

que a formação contribui para sua atividade docente, mas não para sua atuação como gerente da unidade.

*“O que eu vou te dizer.... olha, eu juro por Deus, eu acho que vejo muita da parte da minha formação, na parte de dar aulas, na parte didática, eu tive, eu lembro das aulas, da parte didática que eu tive, lembro do que elas ensinavam e uso isso até hoje na docência, eu acho isso muito bom a formação dessa parte. A parte técnica também né, mas não sei se vem de lá ou vem de mim mesmo, né.” (Rosa).*

*“Faz tanto tempo que me formei.... tem certas coisas que vem da gente, da índole da gente, para ser supervisor tem que ser um pouco maleável, ter jogo de cintura e eu tenho bastante flexibilidade, até de mais com eles.” (Açucena).*

No entanto, algumas citaram as capacitações, treinamentos e especializações como sendo importantes e fundamentam a atuação de gerente das unidades. Como revelam as transcrições abaixo.

*“Tivemos a oportunidade de participar de inúmeras capacitações, fiz especialização em gestão da clínica, curso oferecido pelo Ministério de Saúde em parceria com o Hospital Sírio Libanês, isso foi extremamente importante, achei que foi um momento de discussão, de você fazer seu trabalho com fundamentação teórica.” (Hortência).*

Outro aspecto levantado sobre a formação é a questão do “perfil” que a formação institui como modelo, trazendo a questão que o enfermeiro tem a função de gerenciar, que a sua formação é direcionada sempre para a gerência.

*“O Papel do enfermeiro, independente do cargo, é ser gestor do serviço e responsável pela equipe, pois nossa formação é direcionada para isso, portanto independente de ter o cargo e/ou a remuneração, todos fazem gestão do próprio serviço.” (Grupo focal).*

*“O enfermeiro já tem esse perfil de gestor, de articular as ações dentro de qualquer unidade de saúde isso a gente traz da formação, não importa a instituição em que você vai trabalhar, somos contratados para gerenciar.” (Flor de Liz).*

Neste contexto, os entrevistados apontam que o perfil de gerência é intrínseco, ou seja, é inato, ou tem ou não tem e faz parte de suas atribuições, e isto demonstra que não estão abertos ao novo, não buscam transformações e não

precisam participar de processos de mudanças e nem de capacitações, enfatizado no grupo focal que afirmou o perfil como algo inato, ou se tem, ou não se tem. Isso contradiz a afirmação que a formação não traz conhecimentos para atuar na gerência, mas não precisa-se de formação já que o perfil de gerência é inato.

No entanto, se relacionarmos a prática da enfermagem com as mudanças emergentes, atentando as transformações sociais e o mundo complexo da pós modernidade há a necessidade de potencializar os trabalhadores, adequando-os ao momento sócio-político-econômico e cultural, tendendo a acompanhar a necessidade de revisão e adaptação das profissões e suas práticas dentro da sociedade.

Diante da coexistência de novos e antigos paradigmas de gestão, é imprescindível problematizar a questão da competência gerencial do enfermeiro, bem como repensar o ensino de administração/gerência em enfermagem, assumindo o desafio da formação num mundo globalizado, porém, de forma ética, política e humana.

Almeida, Silva, Mishima e Villa (1996), afirmam ser fundamental no processo de formação para exercer a gerência, a incorporação de saberes oriundos de outras áreas de conhecimento, tais como da Sociologia, Antropologia, Epidemiologia, Psicologia Social, redefinindo os conceitos e instrumentos para o trabalho, buscando a flexibilidade e criatividade para o enfrentamento das polarizações no trabalho em saúde como a vida e a morte, o individual e o coletivo, a atenção preventiva e a curativa, o trabalho fragmentado e em equipe.

O Ministério da Saúde (MS), através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em ação articulada com o Ministério de Educação e Cultura (MEC), tem implementado a Política de Educação para o SUS, aproximando as instituições formadoras ao sistema de saúde, que propõe a formação de profissionais na área da saúde para uma práxis transformadora, voltada para o cotidiano de relações na atenção integral, priorizando a dimensão cuidadora, e para a gestão de serviços e sistema, na estruturação do cuidado à saúde, organizando o processo de trabalho em saúde para usuário-centrado (BRASIL, 2006).

### 4.3.3. Importância do planejamento para gerência

Analisando as entrevistas, nenhum enfermeiro gestor falou sobre o planejamento como ferramenta de gestão, alguns mencionam a palavra planejar/planejamento, se referindo muito ao aspecto de organizar as unidades e as atividades assistenciais. As transcrições a seguir evidenciam isso.

*“Sei que teria que promover mais atividades a respeito de gerenciamento, de planejamento, mas eu não tenho tempo, não dá tempo de desenvolver o que temos que resolver olha são oito horas de serviço.” (Violeta).*

*“Ter esse período para sentar e combinar, planejar, algumas outras atividades de prevenção mesmo das pessoas, e o que eu sinto assim a gente recebe muita gente fora da nossa área de abrangência, fora do nosso território, tá, quando são especialidades, e não tenho tempo de realizar essas atividades.” (Margarida).*

A fala de Margarida relata uma informação importante: não há território definido, conseqüentemente não existe uma população adscrita, e isto acontece em todas as unidades, com exceção das unidades de Programa Saúde da Família. Percebe-se que não é uma prioridade da gestão municipal a definição de territórios, afim de, facilitar o processo de trabalho em saúde com questões como: diagnóstico situacional do território, vínculo com a população adscrita, e constituição de conselho gestor local efetivo. Assim, pode-se afirmar que esse modelo de gestão municipal não favorece a instituição do planejamento estratégico.

O processo de planejamento deve ser pensado como um todo e direcionando à resolutividade dos problemas identificados, visando a melhoria progressiva das condições de saúde e de qualidade de vida dos usuários, em um processo de construção coletiva envolvendo todos os sujeitos. Dessa maneira, essa forma de planejamento contrapõe ao planejamento centralizado, habitual na administração clássica, em vista de características, tais como abertura à democratização, concentração em problemas específicos, dinamismo e aproximação dos seus objetivos.

No entanto, o ato de planejar tem uma relação interativa, que valoriza e ajuda a desenvolver uma dinâmica de direção que potencialize o diálogo gerador de compromissos é, então, o fio condutor de uma nova compreensão do planejamento



que não consegue mais se divorciar da gestão. Portanto, é uma possibilidade de problematização coletiva, capaz de articular sujeitos sociais, como a possibilidade de incorporação de um raciocínio sobre a governabilidade de situações de compartilhamento e dispersão do poder que enfatiza a negociação política (RIVERA; ARTMANN, 1999).

#### **4.3.4. Fatores que potencializam e dificultam a realização das ações gerenciais**

##### **a) Fatores que dificultam a realização das ações de gerência.**

Muitos foram os fatores citados que dificultam a gerência nas unidades de atenção básica, trazendo a questão da gestão municipal não compartilhada, a não existência do trabalho em equipe, a falta de qualificação dos recursos humanos, a pouca responsabilização da população, a falta de comprometimento de algumas pessoas da equipe e o modelo de atenção médico-centrado. As transcrições abaixo revelam essas descrições.

*“A questão do modelo, sabe esse modelo médico centrado, ele prejudica. Essa concentração, essa coisa de favorecer só horário que é melhor para o médico, e isso dificulta muito, porque ai a gente poderia ter outras, desenvolver outras atividades fazer o papel da unidade, que mais, eu me sinto com autonomia dentro da unidade, não sei, acho que é mais isso, a distribuição do trabalho dentro da unidade, porque as pessoas também não voltam.” (Margarida).*

Franco e Merhy (2004) afirmam que os fatores sociais, políticos e econômico definem em grande parte a estrutura e organização dos serviços de saúde, sendo que tais aspectos estão assentados por referência ao que se denomina de macropolítica. Por outro lado, o funcionamento e o perfil assistencial dos serviços de saúde é dado pelos processos micropolíticos e pelas configurações tecnológicas do trabalho, através dos quais ocorre efetivamente a produção do cuidado à saúde. O trabalho em saúde traz como componente poderoso, o trabalho vivo em ato, que é fundamental e insubstituível.

Ao refletir sobre a gerência dos serviços de saúde como uma potente ferramenta para imprimir uma dada direcionalidade a organização do trabalho em saúde nas unidades básicas, no sentido da produção de cuidado, não se restringindo apenas ao desenvolvimento de atividades burocráticas. Deve-se pensar

na construção de alternativas que possam diminuir a distância entre os que comandam e aqueles que executam cotidianamente as ações de saúde. Precisa-se trabalhar para que todos sejam em alguma medida, gerentes, reformulando os organogramas das instituições redistribuindo o poder de decidir (CAMPOS, 1994).

*“A gestão, a gestão se dando certo tá tudo bem, né, se não dá problema tá tudo bem, não tem funcionário, mas tá tudo bem (fala com risos). Algumas vezes a gestão se acomoda, né, sabe que o enfermeiro está conseguindo lidar com a questão técnica da unidade, o que eles não querem é reclamação de cliente, nem em órgão público, nem na secretaria, ninguém incomodando, então a gestão acho, a meu ver eles olham a unidade, fazendo seu serviço quando o cliente não desce na secretaria, entendeu, ah ninguém pergunta para você, olha como tá lá? A organização, você tá precisando de alguma coisa? você vê uma necessidade maior em que ponto na unidade? É uma reforma? É uma questão de horário médico? Né, o que você tá precisando lá? É a estrutura não está legal para trabalhar, tá precisando de mais funcionários.” (Flor de Liz).*

*Acho que uma das coisas que dificultam é essa questão de você ter que lidar com pessoas diferentes o tempo todo, e nesse diferente eu vou citar não só a questão de quem trabalha comigo, do meu colega de trabalho, que nem sempre, a gente espera que agem de uma forma, e muitas vezes agem de forma diferente e a gente também tem dificuldade em relação a essa diferença com quem chega até unidade, às vezes a pessoa entende que você pode fazer e às vezes ela não entende.... as vezes a gente vê o profissional atendendo SUS, de uma forma negligente e isso a gente vê no médico, profissional de enfermagem, o próprio auxiliar, o atendente do balcão, eu acho que a dificuldade maior é o envolvimento que cada um dá dentro do serviço e eu acho que isso não é só no meu trabalho, enquanto trabalho de saúde, mais em todos os lugares.” (Hortência).*

Neste contexto, sabe-se que um dos principais problemas para a gestão dos serviços de saúde está relacionado com os recursos humanos, notadamente na qualificação da equipe para os novos processos de organização do trabalho. Considerando a complexidade dos serviços de saúde, os critérios nem sempre adequados na seleção dos profissionais, a insuficiência dos programas de educação permanente, permite pensar na importância de investir nos trabalhadores de saúde.

Outro aspecto relevante, identificado durante a realização do grupo focal, é que alguns enfermeiros não possuem perfis para a gerência, necessitando de um preparo para assumir tal função, pois os mesmos precisam de um esforço maior para atuar como gerentes, não só na rede de atenção básica, mas como em todos os serviços de saúde.

*“Mas tem pessoas que tem perfil para ser gestora e tem pessoa que nunca vai ter, por mais cursos, capacitações que faça ela nunca vai ter perfil, é nato, tem pessoas que não tem perfil, independente da formação, esses que não tem perfil às vezes tem necessidade de formação.” (Grupo Focal).*

O enfermeiro como integrante dos serviços de Atenção Básica de Saúde possui algumas atribuições: discutir junto à equipe de trabalho e com a comunidade o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as suas bases legais; participar na organização e controle do processo de trabalho da unidade de saúde; desenvolver atividades de prevenção, tratamento e/ou encaminhamento dos indivíduos; capacitar os auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde para o desempenho de suas funções junto aos serviços de saúde; realizar consultas de enfermagem para avaliação das condições de saúde individual; tratar da educação sanitária; executar ações básicas na área de atenção à criança, à mulher, ao trabalhador, no controle da tuberculose, da hanseníase, das doenças crônico-degenerativas e infecto-contagiosas, de vigilância sanitária e epidemiológica (BRASIL, 2001).

Desta maneira, a organização do trabalho em saúde em equipes interdisciplinares, não é tarefa simples, devido a divisão técnica e social do trabalho e a falta de estímulo financeiro. Entretanto, faz-se necessária a efetivação do trabalho em equipe, por constituir-se um salto qualitativo na prestação da assistência e possibilitar a integralidade das ações de saúde. Nesta visão, entende-se que a qualificação dos trabalhadores contribuirá para o norteamento das atividades nos seus aspectos quanti e qualitativos.

Analisando as entrevistas, percebemos que na maioria das vezes os gerentes relacionam as dificuldades com a gestão municipal, o modelo de atenção e, muitas vezes, esquecendo-se de falar de suas dificuldades pessoais, que também interferem na organização do trabalho em saúde. Apenas um entrevistado afirma ter dificuldade em ser mediador do processo de trabalho da unidade, como demonstra a fala abaixo:

*“Às vezes a gente sai da faculdade e não consegue delegar, gerenciar, tem dificuldades.” (Violeta).*

### **b) Fatores que potencializam a realização das ações gerenciais.**

Os fatores que potencializam as ações gerenciais citados pelas enfermeiras entrevistadas foram: trabalho colaborativo e o comprometimento dos profissionais de enfermagem, assim como a boa relação entre a equipe; o relacionamento interpessoal e o reconhecimento da equipe pelo seu trabalho. A relação direta com a gestão municipal também foi citada, além da identificação com a atuação de gestor, o gostar da profissão que escolheu e o perfil pessoal. Isso reflete que a atuação gerencial esta atrelada ao modelo de gestão do município.

*“Eu acho que como os funcionários já sabem o funcionamento, consegue contornar as situações, a compreensão deles para fazer tudo a mais por falta de funcionários, mais eles próprios já se organizam, e acaba fazendo com que a gente se une, outra coisa que colabora eu acho que trabalhar com uma população que já esta habituada com a unidade, é mais especifica dessa região então isso facilita bastante.” (Lírio).*

*“Que facilita, acho que um pouco do meu comprometimento, isso facilita, porque quando o profissional é comprometido isso ajuda, eu no geral tenho um bom relacionamento, meu jeito de ser, assim, acredito que acaba facilitando um pouco.” (Espatódea).*

Assim, a maioria das entrevistas, apresenta questões pessoais como facilitadoras para o desenvolvimento de suas atividades gerenciais, contrapondo as questões dificultadoras. Nesse processo identifica-se a dificuldade dos enfermeiros em perceber as próprias limitações e em geral apontam a não eficiência no outro, e os pontos positivos em seu desempenho pessoal. Desvelando uma discussão em que se atribui exclusivamente ao outro e ao externo, e não para a responsabilidade de um exercício mais efetivo do papel como gerente da unidade.

Apenas uma cita a questão das capacitações/especializações e sua boa relação com o Departamento Regional de Saúde - DRS III Araraquara, participando frequentemente das reuniões da câmara técnica do CGR Norte e reuniões da Vigilância Epidemiológica (VE), possibilitando o acesso a novas informações e mudanças que vêm ocorrendo no sistema de saúde.

*“Eu acho que um dos fatores é esse bom relacionamento com a gestão, a experiência que eu tenho, a possibilidade de ter tido, de ter participado de capacitações, de ter feito pós graduação/especialização em saúde pública, fiz essa capacitação de gestão da clinica do Sírio*

*Libanês, tudo isso facilita nosso trabalho e eu não posso deixar de citar essa liberdade para gerenciar a unidade, claro que a gente tem uma hierarquia mais temos liberdade para gerenciar a unidade, é uma unidade grande com varias especialidades, tenho uma relação muito boa com todos os profissionais que trabalham lá, médico, fisioterapeutas, farmacêuticos, enfermeiros que são colegas, tenho uma relação muito boa com o pessoal da regional de saúde, o fato de participar da equipe de VE me da boa relação com o pessoal do GVE, e o pessoal da vigilância, com o pessoal da direção por conta da câmara técnica, e por conta também de ser convidada muitas vezes a participar das reuniões de colegiado com o gestor, então eu acho que é isso que dá facilidade para gerenciar o serviço.” (Hortência).*

Resck (2006) afirma que é fundamental o apoio da Secretaria Municipal da Saúde, ou seja, do gestor municipal da saúde, cuja resolutividade dos serviços estão amparadas na autonomia no gerenciamento, vinculado ao componente político, no entanto sofrem influências no âmbito estrutural e das relações de poder e autoridade.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão de sistemas e de serviço de saúde requer, além do conhecimento teórico, o pensamento crítico para planejar, avaliar e buscar a inovação para transformar o processo de trabalho, de modo que o cuidado seja o foco principal, ou seja, as ações gerenciais devem proporcionar um olhar para a qualidade do cuidado na assistência ao usuário. Neste contexto, a gestão tem um papel muito mais importante de atuação, que apenas as questões burocráticas dos serviços de saúde, visando um papel de articulador e mediador na rede de atenção à saúde, se instituindo como parte da equipe multiprofissional e estabelecendo medidas para uma gestão democrática, com a participação social, e assim efetivar o processo de trabalho neste novo contexto do Sistema Único de Saúde.

Devemos salientar que é evidente a dificuldade do enfermeiro em dominar a gama de conhecimentos que envolvem os novos paradigmas, tanto assistenciais, como gerenciais, e o grande desafio que ele enfrenta no cotidiano do trabalho em superar o impacto causado aos modelos já existentes. Necessita desenvolver um processo de trabalho gerencial que se adeque aos modelos assistenciais e gerenciais coexistentes, na busca de alcançar a práxis transformadora, visando a organização do serviço de saúde de Atenção Básica na rede de saúde.

Enfatiza-se que a atuação de novos atores na gestão do SUS, que define a cogestão, é um papel que cresce em participação e importância, e o enfermeiro vem ocupando cada vez mais espaços estratégicos neste novo modo de operar a saúde, apesar de sua inexpressiva participação social, ausência de preparo político e ausência de reflexão sobre a sua prática frente às transformações ocorridas. Esta limitação política do enfermeiro relaciona-se com a falta de um conhecimento abrangente sobre a política, especificamente sobre a política de saúde e a política de gestão do SUS. Ainda o pouco conhecimento sobre as ferramentas de gestão para o SUS, como: a Educação Permanente em Saúde, o planejamento estratégico, o trabalho em equipe e participação social, desenvolvendo dentro das unidades as reuniões de equipe, instituir o conselho local, possibilitando o planejamento das ações e efetivando o processo de trabalho.

Neste sentido, podemos dizer que a fragilidade política e o pouco conhecimento das ferramentas de gestão, têm contribuído para legitimar políticas de saúde, que podem ou não favorecer a consolidação do SUS, e isto compromete a

qualidade de sua participação em espaços públicos, já que na saúde não é possível pensar em participação desvinculada de espaços públicos para a construção e implementação de projetos as políticas de gestão de saúde, e sem pensar numa política de saúde.

Ermel e Fracoli (2003) enfatizam que ainda há falta de reconhecimento e conscientização do enfermeiro sobre seu potencial em transformar o trabalho gerencial, num processo articulado e coerente com um projeto tecnoassistencial ético e político, considerando que deve introduzir instrumentos inovadores no processo de trabalho para reorganizar o cuidado, voltado as necessidades de saúde dos indivíduos, família e comunidade.

Neste contexto, a ação da gerência numa unidade de saúde da Atenção Básica caracteriza-se em grande parte pela análise do processo de trabalho, com identificação de problemas e busca de soluções para reorganização das práticas de saúde, na tentativa de alcançar as metas descritas no planejamento e estratégias adotadas. A gerência atua como interlocutora e mediadora do processo de trabalho, tendo em vista a possibilidade de se refletir sobre sua ação nos serviços de saúde, como uma potente ferramenta para imprimir uma dada direcionalidade ao processo de trabalho em saúde nas unidades locais, no sentido da produção de cuidados de saúde, e possibilitar a participação de todos os atores envolvidos no processo de trabalho, efetivando o trabalho em equipe que atenda a um projeto político de gestão que não deve restringir as ações ao desenvolvimento de atividades burocráticas como se tem verificado de forma intensiva nos serviços de saúde.

Destacamos, ainda, que o processo de trabalho dos enfermeiros no município estudado é baseado na realização de ações voltadas ao cumprimento dos programas e solicitações da Secretaria Municipal de Saúde e deixam a execução das ações de cuidado coletivo, mais restritas, muitas vezes, voltadas para a doença, sem considerar o diagnóstico do território para as ações. Isto também é determinado pela gestão municipal, que ainda organiza a rede de Atenção à Saúde no modelo curativista, medico-centrado, não priorizando ferramentas ou estratégias como: a definição de território, trabalho em equipe, planejamento estratégico e a Educação Permanente em Saúde, o que contrapõe o modelo de gestão e de cuidado, considerando as mudanças e o novo contexto do SUS, centrado no sujeito e no coletivo, a partir de suas necessidades e na gestão democrática.



Adicionalmente, considera-se abrangente o campo de atuação do enfermeiro na gerência para organização do serviço nas unidades de saúde da Atenção Básica, tendo em vista a complexidade das ações identificadas de supervisão, trabalho em equipe, controle social, organização do trabalho, coordenação e planejamento.

Desta forma, a identificação de um processo de gerência centralizado do enfermeiro, colabora para que este profissional tenha dificuldade de organizar sua agenda para atuação na gestão do serviço e do cuidado, seja individual ou coletivo. Identifica-se ainda, determinantes no desempenho de seu papel de gerente de unidades de saúde, os quais estão principalmente relacionados a falta de formação em algumas áreas, e a não efetivação da dinâmica do trabalho em equipe com relações mais horizontalizadas, ausência de infraestrutura adequada e recursos humanos qualificados.

Assim, é importante salientar que a presente pesquisa mostrou, no decorrer da apresentação dos resultados, um processo de trabalho permeado por situações que caracterizam desempenhos voltados ao modelo hegemônico, com ações voltadas ao individual, com foco no biológico e centralização da gestão em um único membro da equipe, o enfermeiro.

Concluimos que o trabalho do enfermeiro na Atenção Básica deve ser constituído por ferramentas cuja combinação de uso, possa atender as finalidades do processo de gestão e cuidado, seja ele individual ou coletivo, sendo essenciais para a reorganização da Atenção Básica em Saúde, com força para contribuir com a implementação efetiva dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. C. P. A enfermagem e as práticas de saúde. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, p. 53-62, jul. 1997.
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M.; SILVA, E. M.; MELLO, D. F. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde**. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M., organizadores. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p. 61-112.
- ALMEIDA, M. C. P.; SILVA, E. M.; MISHIMA, S. M.; VILLA, T. C. S. Os determinantes dos modelos assistenciais e a qualificação da força de trabalho em enfermagem. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 48. 1996. São Paulo. **Anais**. São Paulo: ABEn-Seção-SP; 1996. p. 142-9.
- ALVES, M.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. Perfil dos Gerentes de Unidades Básicas de Saúde. Brasília (DF). **Revista Brasileira de Enfermagem**. V.57, n. 4, p. 441-446, 2004.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa qualitativa e quantitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.
- BERTUSSI, D. C., ALMEIDA, M. J. **A influência de um projeto de intervenção no campo de recursos humanos em saúde: Projeto Gerus**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. 5a ed. Brasília (DF)/São Paulo (SP): Ed. UnB/Imprensa Oficial do Estado de São Paulo; 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Brasília; 1996.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília; 2001.
- BRASIL, Senado Federal. (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1988.
- BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 9 de novembro de 2001. Dispõe sobre as **Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Enfermagem**. Diário Oficial da União, 9 Nov 2001. Seção 1. p.37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde.** Brasília; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília, 2006.

CAMPOS, G. W. **A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um Sistema Público de Saúde.** Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 1992.109-117.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. **O caso da saúde**, pp. 29-88. In Cecílio (org.). *Inventando a mudança na saúde.* São Paulo: HUCITEC, 1994.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma.** Repensando a saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda.** São Paulo: HUCITEC, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas.** São Paulo: HUCITEC, 1989.

CASTELLANOS, B. E. P.; RODRIGUES, A. M.; ALMEIDA, M. C. P.; ROSA, M. T> L.; MENDES, S. A. S. A. Desafios da enfermagem para os anos 90. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, 1989, Florianópolis. **Anais.** Florianópolis (SC): ABEn, 1989. P. 147-169.

CASTRO, M. L.; RUBEN, G.; SERVA, M. Resíduos e complementaridade: das relações entre teoria da administração e a antropologia. **Rev adm publ** 1996; v. 30: p. 68–80.

CATTANI, A. D. **Trabalho e tecnologia.** Dicionário crítico. 3ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2000.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev Saúde Coletiva.** v.14, n.1, p. 41-65, Jan-Jun, 2004.

CECCIM, R. B. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. **Boletim da Saúde,** Brasília, v.16, n. 1, p.9 - 38, 2002.

CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1994.

CHIAVENATO, I. **Introdução a teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações.** 7. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral de administração**. São Paulo: McGraw-Hill, 2000.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes; 2006:135.

CIAMPONE, M. H. T., KURCGANT, P. O ensino da administração em enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. **Rev Bras Enferm.** v. 57, n. 4: p. 401-7, 2004.

CUNHA, I. C. K. O., XIMENES NETO, F. R. G. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio?. **Texto contexto Enferm.**, v. 15, n.3, p.479-482, Set 2006.

DUTRA, J. S. **Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna.**: São Paulo Atlas, 2004.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. Processo de trabalho de gerência: uma revisão da literatura. **Rev Esc Enferm USP.** v. 37, n. 2: p.89-96, 2003.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Rev. esc. enferm. USP.** v. 40, n.4, p. 533-539, 2006.

FAGNANI, E. **Política Social no Brasil (1964-2002): entre a Cidadania e a Caridade**. Tese (Doutorado). Instituto de Economia, Universidade de Campinas, Campinas (SP), 2005.

FELLI, V. E. A. **A saúde do trabalhador e o gerenciamento em enfermagem**. 2002. 125p. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

FELLI, V. E. A., PEDUZZI, M. **O trabalho gerencial em enfermagem**. In: Kurcgant, P. organizador. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005. p.1-13.

FOCAULT, M. **Microfísica do poder**. 21a ed. Edições Graal: Rio de Janeiro, 1979.

FORMIGA, J. M. M., GERMANO, R. M. Por dentro da história: o ensino de Administração e m Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** V. 58, n. 2: p. 222-6, Mar-Abr 2005.

FRACOLLI, L. A. **Processo de trabalho de gerencia: possibilidades e limites frente à organização da rede básica de saúde em Marília**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1999.

FRACOLLI, L. A., EGRY, E. Y. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? **Rev Latino-am Enfermagem.** v. 9, n. 5: p. 13-8, 2001.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Construção social**

**da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 1 ed. Rio de Janeiro. CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005, p. 181-193.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JR, H. M.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano.** São Paulo: HUCITEC. p. 55-124, 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos e pesquisa.** 3a ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GUIMARÃES, E. M. P., ÉVORA, Y. D. M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Cien Inf.** v. 33, n. 1, p. 72-80, 2004.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.** [online]. v.18, n.2, p. 258-265. 2009ISSN 0104-0707.

IERVOLINO, SA.; PELICIONI, MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev Esc Enf USP**, v. 35, n.2, p.115-21, jun, 2001.

KURCGANT, P., CIAMPONE, M. T. A pesquisa na área de gerenciamento em enfermagem no Brasil. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 2, p.161-4, 2005.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUNARDI, F. D. W., LUNARDI, V. L. Uma nova abordagem no ensino da enfermagem e de administração em enfermagem como estratégia de (re)orientação prática profissional do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.** v. 5, n. 2, p. 20-34, 1996

MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. **RAP.** v. 34, n. 4, p. 133-46, Jul-Ago. 2000.

MARQUIS, B. L, HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação.** Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1999.

MARSIGLIA, R. M. G. **Servidor, funcionário, trabalhador: interesses e culturas organizacionais no setor público de saúde.** [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas/USP; 1993.

MELO, C. M.; SANTOS, T. A. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. **Texto contexto Enferm.**, v.16, n.3, p. 426-432. 2007.

MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R., organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC; 1997.

MERHY, E.E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde**: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Campinas, DMPS/FCM/UNICAMP, 1997.

MINAYO, M. C. S.; **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MIRANDA, S. M. R. C. **Gerenciamento da unidade básica de saúde: a experiência do enfermeiro**. In: Santos AS, Miranda SMRC, organizadores. A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde. Barueri: Manole; 2006. p. 81-122.

MISHIMA, S. M. **Constituição do gerenciamento local na rede de atenção básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1995. 355p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

MISHIMA, S. M.; VILLA, T. C. S.; SILVA, E. M.; GOMES, E. L. R.; ANSEMI, M. L.; PINTO, I. C., et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. N., organizadoras. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo (SP): Cortez; 1997. p. 251-96.

MOTTA, P.R. **Gestão Contemporânea: A ciência e a arte de ser dirigente**. 14<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro (RJ): Record; 2003.

NASCIMENTO, E.S., SANTOS, G. F., CALDEIRA, V. P., TEIXEIRA, V. M. N. Formação por competência do enfermeiro: alternância teoria-prática, profissionalização e pensamento complexo. **Rev. Bras Enferm.** v. 56, n. 4, p. 447-52. Jul-Ago. 2003.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. A. **A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências**. In: Ministério da Saúde (BR). Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília (DF): MS; 2004.

NUNES, E D. **Saúde Coletiva: Uma História Recente de um Passado Remoto**. In: Campos G W S, Minayo M C S, Akerman M, et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC/ Ed. FIOCRUZ. 2007. pp. 19-39.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. 2007. 300p. Tese (doutorado). Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2007.

PESTANA, C. F. **Práticas de avaliação na gestão descentralizada de saúde: a experiência de Vitória da Conquista 1998-2001** [dissertação]. Salvador (BA): UFBA/Programa de Pós-graduação em Administração; 2002.

PIRES, M. R.G. M. **Enfermeiro com qualidade formal e política: em busca de um novo perfil** [dissertação]. Brasília (DF): UnB/Programa de Pós-Graduação em Política Social; 2001.

RESCK, Z. M. R. **A formação e a prática gerencial do enfermeiro para o trabalho em saúde: delineando caminhos para a práxis transformadora**. 2006. 202p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 4, n. 2, Rio de Janeiro, 1999.

ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. G. Perfil dos enfermeiros do programa saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional **Rev Enferm UERJ**, v.15, n. 1, p. 46-52, jan/mar, 2007.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a Interdisciplinaridade. **Rev. latino-am. enfermagem** - Ribeirão Preto - v. 8 - n. 6 - p. 96-101 - dezembro 2000.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-americana de Enfermagem**. v. 13, n. 6, p.1027-34. nov-dez. 2005.

SANTOS, A. S. S., MIRANDA, S. M. R. C., organizadores. **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole; 2007.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Portaria 1996 – MS. Resolução CIB 198. Plano Estadual de Educação Permanente em saúde- 2007. **Documento norteador das diretrizes para implantação da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de São Paulo**. São Paulo; 2007.

SELTZ, C.; JAHODA, M.; DEUTSCH, M.; STUART, C. **Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais**. São Paulo: EPU, 1974.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In MOROSINI, M. V. G. C. e CORBO, A. D. A. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SILVA, I. F. **O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro**. 2000. 100p. Tese (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, São Paulo, 2000.

SILVA, L. J. Da vacina à aspirina: considerações acerca das ações coletivas em saúde pública. **Saude soc.** vol.5, n.2, p. 3-16, 1996.

SILVA, M. A. **A participação dos enfermeiros nos Conselhos de Saúde em Goiânia, Goiás** Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.



SILVA, V. R. **A prática Gerencial do enfermeiro em instituições hospitalares.** 2000. 219 p. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.

SILVA, V.E.F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem: a relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador.** Tese (doutorado). São Paulo(SP): Escola de Enfermagem da USP, 1996.

SOUZA C. Federalismo e descentralização na Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças. **Rev. Ciênc. Sociais.** n. 44, p. 513-60. 2001.

SPAGNOL, C. A. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 10, n. 1, p. 119-127. 2005.

TREVIZAN, M. A. **Enfermagem hospitalar: administração e burocracia.** Brasília (DF): Editora Universidade de Brasília; 1988.

TREVIZAN, M. A.; MENDES, I. A. C.; MELO, M. R. A. Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem.** v. 6, n. 5, p. 77-82. Dez; 1998.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas.** 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 685p.

VILLA, T. C. S. **Enfermeira nos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo (1967-1983).** [Tese] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1992.

VILLA, T. C. S.; MISHIMA, S. M.; ROCHA, S. M. M. **A enfermagem nos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo.** In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadores. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p. 27-60.

WESTPHAL, MF, BOGUS, CM, FARIA, MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol Oficina Sanit Panam,** v.120, n.6, 1996.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição das Funções Essenciais de Saúde Pública** [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

WITT, R. R., ALMEIDA, M. C. P. O modelo de competências e as mudanças no mundo do trabalho: implicações para a enfermagem na atenção básica no referencial das funções essenciais de saúde pública. **Texto Contexto Enferm.** 2003 Out-Dez; 12 (4): 559-68.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 2a ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA

#### Dados de Identificação

- Nome:
- Idade:
- Sexo:
- Tempo de formação:                      Formação: Pública (    )          Privada (    )
- Tempo de atuação:

#### Questões norteadoras

1. Conte-me as atividades que executa como enfermeiro na unidade?
2. Dessas quais você identifica como gerenciais?
3. Para você o que contribuiu para sua atuação como gerente de unidade?
4. Como ocorre a gestão da unidade? E para você, qual o modelo de gestão que ocorre na sua unidade? Caracterize.
5. Para você como a equipe pensa do seu desempenho como gerente? E o usuário? E a gestão?
6. Quais fatores você identifica sendo dificultadores na sua atuação?
7. Quais fatores você identifica sendo facilitadores na sua atuação?
8. E para você como é ser gestora da unidade?

## **APÊNDICE B – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL**

1. Apresentação da equipe – eu e o observador

2. Apresentação do grupo

Nome, unidade que trabalha.

3. Apresentação do trabalho – Título do Trabalho

4. Grupo focal – explicar o que é grupo focal

O grupo focal é um grupo de discussão informal, com o propósito de obter informações de caráter qualitativo em profundidade. Com objetivo principal de revelar as percepções dos participantes sobre os tópicos em discussão.

5. Acordos

- ✓ Horários
- ✓ Possibilidade de um novo encontro
- ✓ Anonimato
- ✓ Termo de Consentimento livre e esclarecido

6. Questões norteadoras

Aquecimento –

Escrever em uma folha - O que é ser gestor da unidade para vocês?

Não precisa identificar a folha

Redistribuir as respostas e proceder a leitura para iniciar a discussão.

a) Como vocês chegaram a essa função?

b) Qual a sua função como gestor da unidade?

Ações realizadas? Dificuldades? A influência da formação na sua atuação?

c) Como o grupo reconhece a questão da remuneração para os gestores efetivos e a não remuneração para os gestores contratados?

## APENDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado/a Enfermeiro/a: \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado (a) a participar de um estudo que consiste em analisar o trabalho do enfermeiro gerente das equipes de Atenção Básica de Saúde. Com objetivo de conhecer as ações gerenciais realizadas, estabelecendo a relação da formação e sua atuação enquanto gerente da unidade e identificar fatores que facilitam e dificultam a realização dessas ações gerenciais do enfermeiro na Unidade Básica de Saúde, além de analisar como a equipe de enfermagem identifica a atuação do enfermeiro gerente. O estudo será desenvolvido com enfermeiros gerentes e a equipe de enfermagem das unidades de Atenção Básica do município de Matão-SP, estes serão entrevistados de forma individual à partir de um roteiro semiestruturado, nas quais solicitamos que você faça uma reflexão sobre as próprias ações gerenciais no desenvolvimento do seu trabalho. Tais entrevistas serão gravadas, a partir de seu consentimento, e transcritas para análise e interpretação dos dados.

A participação não é obrigatória, você participa somente se estiver de acordo. Os riscos são mínimos, podendo consistir em cansaço durante a entrevista. Caso isso ocorra você poderá interromper a entrevista e a participação a qualquer momento e por qualquer motivo sem penalização alguma e sem prejuízo. Não haverá gastos de qualquer natureza. Você poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade, antes e durante o curso da pesquisa. O que for dito, registrado e escrito será respeitosamente utilizado em publicações e apresentados em eventos científicos, assegurando seu anonimato. Sua participação nessa pesquisa trará importantes benefícios, pois contribuirá para a ampliação dos conhecimentos sobre a formação e concepção dos enfermeiros e conseqüentemente, uma melhor compreensão e reorientação dessas estratégias, propiciando transformações ou permanências no cuidado à saúde. O telefone de contato com a pesquisadora [(16) 9245-0184] estará à sua disposição para quaisquer esclarecimentos referentes à pesquisa. Se estiver de acordo este documento deverá ser assinado em duas vias, sendo que um ficará em sua posse e outra com a pesquisadora.

Agradecemos desde já sua colaboração neste trabalho.

---

Márcia Niituma Ogata  
End.: Rod. Washington Luís, Km 235  
Monjolinho – São Carlos/ SP

---

Lucele Schiavetto  
End.: Rua Luciano Gandini, 741  
Centro – Matão/SP  
Fone: (16) 3384-5065, (16) 9245-0184

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou os objetivos da pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento. O pesquisador declarou ainda que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Assinatura do entrevistado e documento de identificação

## ANEXO A - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS  
Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676  
CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil  
Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR  
[cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br) <http://www.propq.ufscar.br>

### Parecer N.º. 450/2011

**Título do projeto:** Caracterização dos enfermeiros gerentes de unidades básicas de saúde do município de Matão-SP

**Área de conhecimento SISNEP:** 4.00 - Ciências da Saúde / 4.04 - Enfermagem

**Pesquisador (es):** LUCELE SCHIAVETTO

**Orientadora:** MARCIA NIITUMA OGATA

**CAAE:** 0186.0.135.000-11

**Processo número:** 23112.002848/2011-43

**Grupo:** III

#### Objetivo, justificativa e metodologia aplicada

O presente trabalho permeia as discussões acerca do gerenciamento na Atenção Básica, trata-se de tema de alta complexidade, e ao mesmo tempo de ímpar e inegável importância. Gerenciar a Saúde de forma a otimizá-la, em especial as Unidades Básicas, está atrelado à integração dos seguintes elementos: recursos humanos (RH) e organização tecnológica. Exige-se do enfermeiro uma análise crítica para a tomada de decisão gerencial e o desenvolvimento do pensamento autônomo. Os objetivos serão: analisar o trabalho do enfermeiro gerente das equipes de Atenção Básica de Saúde; conhecer as ações gerenciais realizadas; estabelecer a formação do enfermeiro e sua atuação enquanto gerente da Unidade; identificar fatores que facilitam e dificultam a realização das ações gerenciais do enfermeiro na Unidade Básica de Saúde; analisar como a equipe de enfermagem identifica a atuação do enfermeiro gerente. Utilizaremos como metodologia a pesquisa qualitativa com entrevista semi-estruturada e análise temática dos dados, o local do estudo será o município de Matão, interior do estado de São Paulo e os sujeitos serão os enfermeiros e suas equipes de enfermagem das Unidades da Atenção Básica. Portanto esse estudo pode favorecer reflexões para futuras intervenções e mais adequadas, voltadas à melhoria da gestão, considerando a garantia da satisfação de trabalhadores e clientes, aliada à sobrevivência da organização.

#### Análise da Folha de Rosto

A Folha de Rosto está completamente preenchida e devidamente assinada.

#### Identificação de riscos e benefícios

Por se tratar de um projeto elaborado no âmbito da saúde que envolverá a participação de seres humanos como sujeitos da pesquisa, por meio de suas falas, opiniões e ações, em todas as fases da pesquisa serão seguidas as diretrizes e normas de pesquisa de acordo com o Conselho Nacional de Saúde em sua resolução n.º. 196 de 10 de outubro de 1996, incisos III que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, IV sobre o consentimento livre e esclarecido e V sobre riscos e benefícios. Para tanto o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar e a coleta de dados só terá início após a sua aprovação e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos.

Os riscos são mínimos, podendo consistir em cansaço durante a entrevista. Caso isso ocorra o sujeito de pesquisa poderá interromper a entrevista e a participação a qualquer momento e por qualquer motivo sem penalização alguma e sem prejuízo.

#### Cronograma

O cronograma apresentado está adequado às necessidades do projeto e ao comprometimento ético.

#### Orçamento financeiro detalhado

A pesquisadora indica que não há patrocínio para a realização da pesquisa e que os custos correrão por sua conta.

#### Forma de recrutamento

Serão incluídos como sujeitos os enfermeiros e os auxiliares e técnicos de enfermagem das unidades da Atenção Básica do município de Matão que aceitarem participar da pesquisa.

#### Adequação do TCLE

O TCLE está adequado.



## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676

CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil

Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR

[cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)

<http://www.propq.ufscar.br>

### Identificação dos currículos dos participantes da pesquisa


Currículos foram apresentados e demonstraram que a pesquisadora tem formação e experiência na área e temática de pesquisa.

### Conclusão

Trata-se de um trabalho relevante dos pontos de vista científico e social, com preocupação ética. Tendo em vista os comentários acima, o projeto de pesquisa está adequado em todos os aspectos pertinentes à Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Portanto, fica incluso na categoria *aprovado*.

### Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
  - O sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE– apondo sua assinatura na última página do referido Termo.
  - O pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE– apondo sua assinatura na última página do referido Termo.
  - O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando, seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
  - O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
  - Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
  - Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente dentro de 1 (um) ano a partir desta dada e ao término do estudo.
- São Carlos, 21 de dezembro de 2011.

  
 Prof. Dr. Daniel Vendruscolo  
 Coordenador do CEP/UFSCar