



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE



DEPARTAMENTO DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARIA ZILMA CONCEIÇÃO DE SOUZA

COMPETÊNCIAS GERENCIAIS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
PORTO VELHO-RO: DA TEORIA À PRÁTICA EM DISCUSSÃO.

PORTO VELHO-RO
ABRIL/2014

MARIA ZILMA CONCEIÇÃO DE SOUZA

**COMPETÊNCIAS GERENCIAIS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
PORTO VELHO-RO: DA TEORIA À PRÁTICA EM DISCUSSÃO.**

Dissertação apresentada à banca de defesa, do curso de Mestrado profissional em Ensino e Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Rondônia-UNIR, linha de pesquisa Saúde Coletiva, área de concentração – Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Kátia Fernanda Alves Moreira.

PORTO VELHO-RO

ABRIL/2014

FICHA CATALOGRÁFICA
BIBLIOTECA PROF. ROBERTO DUARTE PIRES

S7293c

Souza, Maria Zilma Conceição de

Competências gerenciais nas unidades de saúde da família de Porto Velho-RO: da teoria à prática em discussão / Maria Zilma Conceição de Souza. Porto Velho, Rondônia / UNIR 2014. 71f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) Fundação Universidade Federal de Rondônia.

Orientadora: Dr.^a Kátia Fernanda Alves Moreira

1. Competências gerenciais 2. Processo de trabalho 3. Atenção básica 4. I. Moreira, Kátia Fernanda Alves II. Título

CDU: 614.2:658.012.2

FOLHA DE APROVAÇÃO

Autora: Maria Zilma Conceição de Souza

COMPETÊNCIAS GERENCIAIS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO VELHO-RO: DA TEORIA À PRÁTICA EM DISCUSSÃO.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Mestrado Profissional em Ensino e Ciências da Saúde, do Núcleo de Saúde da Fundação Universidade Federal de Rondônia-UNIR. Área de concentração Gestão em Saúde, como requisito à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovada em: 04/04/2014

Prof. Dra. Kátia Fernanda Alves Moreira
Fundação Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dra. Janne Cavalcante Monteiro
Fundação Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dra. Maria do Socorro Bandeira de Jesus
Fundação Universidade Federal de Rondônia

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Odete e Zacarias (in memoriam).

À minha filha, Yara Hanna, dádiva de Deus, e ao meu esposo Tiarles que mudaram o destino de minha vida e por me incentivarem nesta conquista.

A minha irmã Nilda, pela força, carinho e torcida.

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra. Kátia Fernanda, minha orientadora, por mais esta parceria, pelos ensinamentos, incentivos diários, esclarecimentos importantes e intervenções decisivas, especialmente, o carinho, o respeito, a cumplicidade, a oportunidade e a confiança em mim depositada! Obrigada por tudo, de coração!

Ao Prof. Dr. Haroldo Cristovam Teixeira Leite, primeiro orientador, que tive o privilégio de conhecer nesta jornada, sou grata por seus ensinamentos e compreensão.

Prof. Dra. Lucia Rejane Gomes da Silva – Coordenadora do Curso de Mestrado Profissional em Ensino e Ciências da Saúde, pelas contribuições, incentivos, o carinho e o respeito que recebemos para o desenvolvimento e finalização deste trabalho.

Ao Secretario de saúde do Estado de Rondônia, Williames Pimentel de Oliveira, por ter compreendido a seriedade deste estudo e concedido à flexibilidade no trabalho, para que eu pudesse me dedicar ao mestrado.

Ao Secretario adjunto de saúde do Estado de Rondônia Luiz Eduardo Maiorquim pelo incentivo, o respeito e por compartilhar minhas angústias.

A Gerente de Programas Estratégicos em Saúde (GPES), Delcy Mazarello, pela confiança, parceria, e por compartilhar minhas angustias.

A Secretaria Municipal de Saúde e ao Departamento de Atenção Básica – DAB, de Porto Velho pela liberação para coleta de dados.

Aos Gerentes das Unidades de Saúde da Família de Porto Velho, pela contribuição espontânea, apoio e por abrirem as portas das unidades para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao corpo docente do Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde pelos ensinamentos e paciência de todos.

Aos meus amigos Lívia Julienne e Marcuce Antônio que mesmo sobrecarregados com as atividades do mestrado e doutorado, destinaram boa parte do seu tempo para me ouvir, me motivar! Obrigada por seus carinhos e otimismo. Sem dúvida, as palavras de vocês não me deixaram desistir, é parte desta conquista!

Aos colegas de turma que juntos dividimos esta jornada; fomos “sobreviventes” e parceiros até o fim! Nosso convívio foi prazeroso e descontraído em meio aos desgastes inevitáveis nesse processo de intenso aprendizado e amadurecimento profissional.

Aos amigos Ângela Ribeiro, Aldrin Pinheiro, e Valentina Barbosa pelo apoio mútuo, dos risos compartilhados, todos se tornaram especiais, todos no mesmo “barco”, mas sempre ofertando ajuda. É bom saber que bons amigos, nós escolhemos, para fazer parte de nossa história.

"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 estudo objetivou analisar as competências gerenciais dos profissionais que atuam na direção das Unidades de Saúde da Família (USF), sob a ótica dos próprios diretores, bem como identificar quais são as estratégias e instrumentos utilizados em seus processos de trabalhos. Para tal, realizou-se um estudo qualitativo, junto aos gerentes das unidades de Saúde da Família da área urbana da cidade de Porto Velho-RO. Os instrumentos de pesquisa foram a observação sistemática direta do trabalho da gerência das unidades básicas de saúde e a entrevista semiestruturada. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade Análise Temática (Bardin, 1977). Os resultados apontaram que no grupo de gerentes estudado, a maioria é do sexo feminino (12), 75%, com idade média de 41,5 anos. Neste estudo, (3) 18,75% possuem formação técnica na área da saúde e (5) 31,25% na área administrativa. Quanto ao tempo de atuação na função de gerente, (13) 81,25% referiram menos de um ano, (3) 18,75% mais de um ano de atuação. Sobre a forma de contrato dos gerentes (6) 37,5% referem ser estatutários e (10) 62,5% são oriundos de cargos comissionados. Neste estudo, das falas analisadas emergiram duas categorias temáticas: A dificuldade de organização e de diferenciação no processo de trabalho do gerente e da equipe de saúde da família, o desconhecimento da Atenção Básica como modelo de reorganização das práticas assistências de saúde no Sistema Único de Saúde. Foi possível identificar que o grande volume de atividades dos gerentes se concentra nas ações de organização do processo de trabalho, da infraestrutura e do planejamento de serviço. A gerência está pautada no estilo da Administração Clássica, caracterizada por uma lógica da produtividade permeando o processo gerencial. Entretanto, foi possível perceber no cotidiano da prática gerencial traços de comunicação horizontalizada com a utilização das tecnologias leves, que são indicativos de possíveis mudanças. Apesar disto, observa-se nas falas a ausência de um conceito de atenção básica, ajustado no modelo de reorganização e ordenador da rede de atenção à saúde. Diante disto, esse estudo aponta para uma evidente necessidade de investimentos na educação permanente destes sujeitos. Uma das recomendações do estudo é que se altere a forma de ingresso desses gerentes ao serviço público, de tanta importância como é o da saúde, bem como inclua na Lei Orgânica do Município de Porto Velho eleições diretas pela comunidade a esses cargos. Temos a convicção que este estudo, não conseguiu retratar em 100% a realidade enfrentada pelos gerentes no dia-a-dia das UBS, mas sua maior contribuição talvez seja justamente a constatação científica das fragilidades que caracterizam o desempenho gerencial nas UBS de Porto Velho.

Palavras-chave: Competências Gerenciais. Processo de Trabalho. Atenção Básica.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze the managerial skills of professionals working in the direction of the Family Health Units (FHU), from the perspective of the directors themselves, and to identify what are the strategies and tools used in their work processes. To this end, we performed a qualitative study, together with the managers of the units of the Family Health of the urban area of the city of Porto Velho-RO. The research instruments were the systematic direct observation of the work of management of basic health units and semi-structured interview. For data analysis we used the technique of content analysis, thematic analysis mode (Bardin, 1977). The results showed that in the group of managers studied, the majority were female (12), 75%, with a mean age of 41.5 years. In this study (3) 18.75% have technical education in health and (5) 31.25% in the administrative area. As for time of work in the role of manager, (13) 81.25% reported less than one year (3) 18.75% more than a year of operation. On the form of contract of the managers (6) 37.5% said they were permanent and (10) 62.5% were from the appointed positions (temporary). In this study, the analyzed statements identified on two thematic categories: The difficulty of organization and differentiation in working process of the manager and team of family health. The unknowledge of Primary Care as a reorganization of health care practice model in the Unified Health System. It was identified that the large volume of activities of the managers focuses on the actions of the organization of the work process, the infrastructure and service planning. The management is based on the style of Classical Administration, characterized by a logic of productivity permeating the managerial process. However, it was revealed in the everyday practice of management traces of horizontalized communication with the use of soft technologies, which are indicative of possible changes. Despite this, it is noted in the speeches the absence of a concept of basic care, set the model for the reorganization of the health care network. Given this, this study points to a clear need to invest in continuing education of these subjects. One of the recommendations of the study is to amend the form of entry of these managers to the public service, especially in the health sector, as well as add on the Organic Law of the City of Porto Velho direct elections by the community for these positions. We are convinced that this study failed to portray in 100% the reality faced by managers in the day-to-day BHU, but his greatest contribution is perhaps precisely the scientific finding of the weaknesses that characterize the management performance of BHU in Porto Velho.

Keywords: Managerial Skills. Work process. Primary Care

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CEM	Centro de Especialidades Médicas
DAB	Departamento de Atenção Básica
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SEMPLA	Secretaria Municipal de Planejamento
SEMUSA	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TGA	Teoria Geral da Administração
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
1.1.JUSTIFICATIVA.....	7
1.2 OBJETIVOS.....	9
1.2.1 Objetivo Geral.....	9
1.2.2 Objetivos Específicos.....	9
2. QUADRO TEÓRICO.....	10
2.1 COMPETÊNCIAS GERENCIAIS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.....	10
2.2 GERÊNCIA EM SAÚDE.....	12
2.3 A GERÊNCIA DOS SERVIÇOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	14
2.4 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS).....	16
2.5 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	19
3.PERCURSO METODOLÓGICO.....	23
3.1 CENÁRIO DA PESQUISA.....	23
3.2 DEFINIÇÃO DOS SUJEITOS	25
3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA	25
3.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	26
3.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE.....	27
3.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
4.1 O PERFIL DOS GERENTES DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO VELHO, RONDÔNIA.....	30
4.2 A DIFICULDADE DE ORGANIZAÇÃO E DE DIFERENCIAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DO GERENTE E DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	35
4.3 O DESCONHECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA COMO MODELO DE REORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	41
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
5.1 RECOMENDAÇÕES.....	45
5.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
APÊNDICE.....	53
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	54
APÊNDICE B- Roteiro de entrevistas.....	55
APÊNDICE C - Roteiro de observação direta-atividades desenvolvidas pelos gerentes.....	56
APÊNDICE D - Descrição do inventário das atividades desenvolvidas pelos gerentes em uma semana de trabalho na unidade de saúde da família (TEIXEIRA, 2002).....	57
ANEXO.....	58
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP.....	59
ANEXO B- Termo de Autorização do Gestor.....	62

I INTRODUÇÃO

Muito se tem discutido e proposto para aperfeiçoar a administração pública e torná-la mais eficiente e eficaz. A sociedade do século XXI, devido a fenômenos como a globalização, internacionalização, automação e desenvolvimento da tecnologia da informação, vem experimentando profundas transformações e mudanças que, direta ou indiretamente, influenciam nas atividades de todos os profissionais, em suas mais diversas áreas de atuação. Esses avanços têm dirigido as organizações no sentido da melhor capacitação e adaptabilidade, competências e habilidades, a fim de se fortalecerem e continuarem no mercado (CASTRO, 2007).

Essas mudanças têm causado impactos em vários segmentos e, em especial, têm influenciado o pensamento e comportamento administrativo dos gerentes. A esse respeito Davel & Melo (2005, p.29), consideram que:

Nesse conjunto de mudanças materiais e intangíveis, o gerente *homo administrativus*, destaca-se como personagem central na compreensão da sociedade contemporânea (...). Diante de mercados globais interligados em tempo real, os gerentes, inseridos em suas empresas, vêem-se diante do desafio de tornarem-se mais flexíveis, concentrarem-se em suas principais competências e, sobretudo, terem capacidade de dar respostas rápidas e adequadas a essas mudanças.

De acordo com Fernandes *et al.* (2009), os serviços públicos de saúde são alvo de discussão no que diz respeito à qualidade do atendimento prestado, acesso e escuta qualificada, solução dos problemas identificados e encaminhamentos resolutivos.

A formação e a gestão de recursos humanos em saúde, face aos desafios para a transformação das práticas profissionais e a consolidação do SUS, se percebem em crise diante da incapacidade do conhecimento atual e das práticas hegemônicas responderem aos novos problemas e às necessidades de saúde da população.

A crise se explicita principalmente na contradição entre o paradigma dominante que vê a saúde de um ponto de vista biologicista, centrado na doença, na hegemonia médica, na atenção individual e na utilização intensiva de tecnologias; e num outro, baseado no fortalecimento do cuidado, de cura, da proteção, promoção e manutenção à saúde, na ação intersetorial e na crescente autonomia das pessoas e populações em relação à saúde. Esse novo paradigma pretende ser capaz de reorientar as relações entre profissionais da saúde e população em geral e de redefinir o peso e o papel do setor de prestação de serviços na construção da saúde (MERHY & ONOCKO, 1997; FEURWERKER & LIMA, 2002).

É reconhecida (DUSSAULT, 1992), a necessidade de se considerar as particularidades dos serviços de saúde ao se refletir sobre sua organização e gestão. Inicialmente é preciso compreender que se trata de serviços de atendimento a necessidades complexas e variáveis, de modo que, em certa medida, cada problema é único. Assim, as normas de qualidade não podem ser formalizadas demais, pois sem autonomia é inviável aos profissionais adaptar os serviços às necessidades dos usuários.

Outra característica apontada pelo autor refere-se à falta de informação dos usuários sobre necessidades e formas de atendê-las, fazendo com que não seja possível aplicar ao campo da saúde as regras do mercado como se observa em outros setores. Há que se levar em conta também a dimensão ética (biomédica e administrativa) da prestação de serviços de saúde, assim como, considerar as divergências de interesses que fazem desse setor uma área de disputa entre diferentes atores: usuários, profissionais, empresas, seguros, instituições privadas e governo.

Entender a articulação do gerenciamento às práticas de saúde pode se dar por diferentes caminhos. Mishima (1995) aponta que uma delas pode ser pela abordagem da Teoria Geral da Administração (TGA). Essa é definida como o campo do conhecimento que se ocupa da administração em geral, não se preocupando estritamente onde ela é aplicada, ou seja, trata do estudo da administração das organizações. A TGA aponta pelo menos cinco concepções enfatizadas pelas teorias administrativas concebidas:

- Ênfase nas tarefas, valorizando os aspectos de racionalização do trabalho com a Administração Científica de Taylor, que foi o passo inicial de uma abordagem científica da administração;
- Ênfase na estrutura, evidenciando-se os princípios da gerência com a Administração Clássica de Fayol e a racionalidade organizacional da Teoria da Burocracia de Weber;
- Ênfase nas pessoas, que pode ser chamada de reação humanista na administração, com enfoque para os aspectos de motivação, liderança, organização informal do trabalho;
- Ênfase no ambiente com a formulação da Teoria dos Sistemas, tão em voga contemporaneamente;
- Ênfase na tecnologia com a aceitação da existência de indeterminação (contingência) dentro de uma visão que enfatiza a complexidade, o caráter sistêmico e holográfico das organizações, a multicausalidade e a indeterminação das mudanças.

A administração, portanto, trata do planejamento, organização (estruturação), direção e controle de todas as atividades diferenciadas pela divisão do trabalho que ocorrem dentro de

uma organização, sendo que ao fazê-lo a administração nada mais é que a condução racional das atividades, adequando os meios aos fins.

Os serviços de saúde e o trabalho de gerência precisam sofrer profundas transformações para se adequarem às propostas do Sistema Único de Saúde (SUS). Enquanto o trabalho de gerência, dos antigos gerentes locais, se conformava na observação do processo de planejamento, na inspeção das atividades e na alimentação do sistema de informação, o novo trabalho da gerência exige do gerente a responsabilidade pelo desenvolvimento de conhecimentos epidemiológicos locais para subsidiar o planejamento, coordenação e avaliação das ações de saúde de forma ativa (FRACOLLI, 1999).

Castanheira (1996), define a gerência como atividade de organização e controle dos processos técnicos de trabalho, que tem como objetivo garantir a execução de uma determinada finalidade posta para estes processos. Como essa finalidade não é somente definida com base na diretriz política e institucional que a gerência representa essa organização e controle implica que o gerente, também deveria assumir a dinâmica de outra relação: os objetivos da política de saúde e da Unidade Básica de Saúde (UBS) com as finalidades tecnicamente definidas de cuidado médico-sanitário.

Castanheira (1996) define o trabalho da gerência como: trabalho intelectual, portador de um projeto definidor das finalidades do trabalho assistencial e que apresenta traduções operativas para propostas técnico políticas de base institucionais. Para a gerência de serviços de saúde ficam postas duas dimensões de organização e controle: uma que diz respeito à operação administrativa da máquina institucional, ou seja, da estrutura organizacional que dá sustentação ao trabalho-fim, e outra mais intimamente relacionada à execução do produto final, tradutor último do projeto institucional. Nesta segunda dimensão é que ocorre a mediação entre o trabalho que diretamente produz o cuidado assistencial e a perspectiva operatória derivada dos princípios gerais das políticas de governo.

Em relação a essas duas dimensões a gerência assume a função de mediação entre a necessidade de organizar operações tecnologicamente assimiláveis pelas técnicas dos cuidados assistenciais e o compromisso de realizar o projeto político geral e os objetivos institucionais.

Dessa maneira o trabalho de gerência necessita incorporar, nos seus pressupostos, certa flexibilidade que permita ser capaz de captar as necessidades/problemas da população (que não são passíveis de serem fixados, pois dependem do impacto dos contextos socioeconômico sobre a população) e transformar as estruturas de serviço para o atendimento de forma dinâmica e ágil, garantindo um dado projeto político institucional.

Segundo Cecílio (1994), o tipo de gestão mais adequada aos serviços públicos de saúde é consensual, colegiada, em contraposição ao tipo autoritário. Esse tipo de gestão exige o dirigente um comportamento gerencial que reconheça o papel central dos profissionais (como sujeitos sociais) e ao mesmo tempo tenha mecanismos para evitar os efeitos não desejados da autonomia da prática profissional e do corporativismo, que enfatize a definição e adoção de mecanismos de tomada de decisão que envolva os profissionais tanto na formulação dos objetivos e das orientações gerais, quanto na avaliação dos resultados e que pressuponha que os profissionais trabalhem não por obedecerem a ordens, mas por responsabilidade.

Para Mishima (1995) as competências gerenciais estão vinculadas a dimensões técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania, própria do ato gerencial. Pela dimensão técnica estariam relacionadas às competências mais gerais e instrumentais do próprio trabalho tais como o planejamento, coordenação, supervisão, monitoramento e avaliação no que diz respeito ao manejo de recursos humanos e físicos (equipamentos e instalações).

No caso da saúde coletiva estariam incluídos os saberes como: Epidemiologia; Sociologia; Geografia humana; Antropologia; Informações em Saúde; Planejamento em Saúde; dentre outros. Ou seja, competências (conhecimento, habilidades, atitudes) necessárias para a consecução de objetivos colocados pelo projeto que se almeja atingir, no caso, a construção do SUS.

Na dimensão política estariam envolvidas as competências que possibilitam a articulação do trabalho gerencial com o projeto que tem que ser empreendido (consolidação do SUS). Competências capazes de articular o momento mais interno do processo de trabalho às determinações externas deste que dizem respeito às políticas sociais e de saúde em específico, e das contradições e conflitos presentes na sociedade para sua efetivação. Pressupõem também, competências que possibilitam garantir uma dada coerência na articulação dos meios para que ocorra deslocamento de poder a determinados grupos/atores sociais, e os objetivos serem atingidos, numa relação dialética entre objetivos e meios (entre política e estratégia) onde é possível supor a participação de atores sociais envolvidos no processo de manutenção ou transformação de uma dada realidade (TESTA, 1995).

A dimensão comunicativa envolve competências de negociação ao lidar com as relações de trabalho na equipe de saúde e nas relações da unidade com a comunidade. Esta dimensão encontra-se intimamente colada ao conceito de ação comunicativa (INGRAM, 1993).

Em relação ao desenvolvimento da cidadania implica em conceber gerência como uma atividade que contém e está contida numa perspectiva de emancipação dos sujeitos sociais, quer sejam eles os trabalhadores presentes no processo de trabalho, ou os usuários que utilizam os serviços de saúde.

Mishima (1995) aponta que as dimensões comunicativas e de desenvolvimento da cidadania estão estribadas na concepção da racionalidade comunicativa (trabalhada por Habermas) onde há o estabelecimento dialógico permanente, onde é buscado o consenso possível, por meio da argumentação.

Mesmo com características diferenciadas, o trabalho de gerência, desenvolvido em uma unidade de saúde, pode ser concebido como um meio para se consolidar um determinado processo de produção de ações de saúde (modelo tecnoassistencial) ou para transformá-lo (CAMPOS, 1992).

O trabalho gerencial, frequentemente, tem sido colocado como uma área estratégica para a viabilização da substituição dos modelos de saúde, uma vez que, sua posição intermediária entre as estruturas centrais, com poder de definição de diretrizes políticas e a prestação direta de serviços, onde está em contato com o processo de produção e com seus usuários, caracteriza-a como um polo privilegiado para a tradução de políticas em formas concretas de organização de ações de saúde (CAMPOS, 1994).

Para Merhy (1992), falar de modelo tecnoassistencial pressupõe analisar as ações de saúde, a partir dos saberes que estas mobilizam para se efetivarem e do processo de trabalho institucional-assistencial que as concretiza. Os saberes mobilizados e os processos de trabalho institucionais, para esse autor, irão expressar uma determinada construção do que seja o objeto saúde e doença, mediante uma maneira particular de organizar a produção destas ações nos serviços de saúde.

Sobre processos e tecnologias de trabalho em saúde Merhy (1992), descreve como matriciadas em três categorias: tecnologias duras, as que se inscrevem em máquinas e instrumentos; tecnologias leve duras, aquelas presentes nos conhecimentos técnicos estruturados e tecnologias leves.

“(…) é leve um saber que as pessoas adquiriram e está inscrito na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles; mas é dura à medida que é um saber fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado. Tecnologias leves são as tecnologias das relações, presente em toda abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente” (MERHY, 1998, p. 106).

A produção do cuidado requer o uso de tecnologias duras no processo de trabalho, mas é fundamental que os serviços de saúde sejam determinados por tecnologias leves, trabalho vivo dependente, condição para um serviço centrado no usuário (MERHY & ONOCKO, 1997; MERHY, 1998). Estas práticas precisam estar embasadas em uma nova ética do trabalho em saúde, organizadas a partir dos princípios de solidariedade, acolhimento, vínculo/responsabilização e a autonomização do usuário entendida como as autonomias nos modos de andar a vida. (CAMPOS, 1992; MERHY, 1998). Um serviço pautado por estes princípios produz sujeitos entre os usuários e torna-os agentes da produção de saúde, junto com o trabalhador em relação.

É nesse sentido que a dimensão gerencial assume importância na implementação da Reforma Sanitária, uma vez que o gerente ao organizar tecnologicamente o trabalho, o faz baseado num dado projeto que é ao mesmo tempo pessoal, social e institucionalmente determinado, ou seja, a forma como se gerenciam as unidades de saúde é um meio para se consolidar ou transformar um determinado processo de produção de ações de saúde. (CAMPOS, 1994).

No modelo de atenção à saúde, pautada na estratégia saúde da família, os gerentes têm assumido fundamental importância na articulação entre os vários profissionais da equipe, além de organizar o processo de trabalho, buscando concretizar as ações a serem realizadas junto aos usuários, que procuram os serviços para atender às suas necessidades de saúde-doença (SPAGNOL, 2005).

Fator comumente observado na rede pública é que os prestadores de serviços têm grande desejo de proporcionar um cuidado assistencial de forma diferenciada, com eficiência e eficácia. Entretanto, esse desejo pouco se concretiza, pois a administração é, por vezes, realizada por pessoas bem intencionadas, sem, porém, possuírem o conhecimento técnico gerencial adequado (BRASIL, 2004).

Com base neste pressuposto, a realização deste estudo busca compreender as competências gerenciais dos gerentes das unidades de saúde da família do município de Porto Velho, investigando se essas competências são resultados de uma organização com planejamento, com gerências responsáveis e participativas, contribuindo positivamente para o processo de trabalho das equipes de saúde da família das unidades. Assim, diante desta problemática, surgem como condutoras deste estudo algumas indagações: Que fazer gerencial está se conformando a partir de novos enfoques e de novas propostas de cuidado e de gestão em Saúde da Família? Como ocorre o processo de trabalho na prática gerencial da ESF, no

município de Porto Velho, capital do estado de Rondônia? Como esses atores compreendem a Atenção Básica?

1.1 JUSTIFICATIVA

A gestão em saúde é um dos maiores nós críticos para “fazer andar” as instituições, inclusive no que diz respeito à maneira de produzir e organizar o trabalho em saúde na atenção básica. A maioria dos profissionais que atuam como gerentes não foram suficientemente preparados, em sua graduação, para o gerenciamento de processos de trabalho, muito menos para aqueles que pretendem se constituir em dispositivos de transformação das práticas de saúde. Em diversas situações, o usuário do serviço procura diretamente o gerente da unidade, conhecido como “diretor”, para ter sua necessidade atendida. Esse fluxo se dá, muitas vezes, pela insuficiência de vagas para os atendimentos, seja de usuários pertencentes ou não à área de abrangência da unidade de saúde, ou mesmo pela desorganização do processo de trabalho realizado na própria unidade de saúde.

Além disso, há um amplo consenso sobre a necessidade de superar entraves como este que comumente ocorre nas unidades de saúde, tornando-se indispensável elaborar propostas e trabalhar sua viabilidade, buscando sempre a inovação e o aperfeiçoamento das práticas de administração do trabalho nos serviços de saúde (BRASIL, 1995).

Segundo Daher & Schiell (2006), a gestão do conhecimento nas atividades organizacionais pode ser representada pela utilização de práticas gerenciais, porque é o conhecimento que permitirá a condição para a gestão dos processos. Esta e outras situações, comuns nos ambientes de saúde, têm alavancado uma discussão acerca da necessidade de superar dificuldades e limitações dos processos gerenciais, tradicionalmente adotados pelas instituições de saúde.

A prática profissional na atenção primária em saúde e na gestão da atenção básica do município de Porto Velho possibilitou observar *in loco* a rotatividade dos gerentes das unidades de saúde, principalmente pelas questões políticas envolvidas na efetivação desta função, já que no município esses gerentes são cargos de confiança do gestor municipal de saúde, tal realidade motivou meu interesse pela temática.

O gestor da unidade básica de saúde não tem autonomia, ele se depara com a falta de orçamento próprio, o que impossibilita a compra de materiais e equipamentos e, mesmo a manutenção preventiva dos existentes.

No que se refere à gestão de pessoas, a autonomia do gerente é limitada pelo fato dos servidores serem concursados, não podendo ser demitidos. Mesmo para transferência o gestor depende da anuência do nível central municipal (SEMUSA).

Para o fechamento da unidade, seja para manutenção, reforma ou mesmo para um simples treinamento o gestor deve solicitar autorização às devidas instâncias e caso aprovada, deve aguardar a publicação com antecedência no diário oficial do município.

Assim, qualquer iniciativa mesmo com a finalidade de melhoria do serviço deve ser discutida a coordenação da ESF da SEMUSA e com o Departamento de Atenção Básica (DAB/SEMUSA).

Além das limitações de ordem prática, financeira e outras pertinentes à legislação municipal, existem as intersubjetividades que permeiam as relações de poder advindas da área político-partidária, como o fato de serem esses gerentes indicados, mantendo, portanto, a fidelidade ao seu indicador, que via de regra está ligada a determinado partido político, que direta ou indiretamente, interfere nas decisões.

A ascensão à posição de gerente das UBS não é uma ascensão de caráter meritório, mas sim, proveniente das relações de amizade e confiança mantidas com o superior hierárquico imediato, ou com as instâncias políticas superiores.

A realização deste estudo tem o intuito de identificar as vivências de práticas gerenciais na Estratégia Saúde da Família (ESF), com o olhar sobre a aplicabilidade do SUS, buscando respostas para um novo significado da gerência como uma ferramenta potente no processo de mudança aguardada na ESF, tanto no modelo de atenção à saúde, como na gestão. Além disso, nossa motivação para este estudo pauta-se na oportunidade de se apreender a concepção dos gerentes das unidades de saúde da atenção básica do município de Porto Velho, acerca de suas competências gerenciais.

Desta forma, acreditamos que a identificação da execução das práticas gerenciais pode resultar na construção de novos conceitos, já que as dificuldades atualmente apontadas por estes gerentes podem estar atreladas a uma fragilidade de confiança dos mesmos, bem como a ausência de formação direcionada à gestão dos serviços de saúde.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral:

Analisar as competências para gerenciar unidades de saúde, por meio das práticas desenvolvidas pelos gerentes das unidades de saúde da família de Porto Velho, Rondônia.

1.2.2 Objetivos Específicos:

- Descrever o perfil dos gerentes das Unidades de Saúde da Família de Porto Velho;
- Identificar os instrumentos utilizados pelos gerentes no processo de trabalho gerencial nas Unidades de Saúde da Família;
- Aprender os conhecimentos dos gerentes acerca da Atenção Básica.

II QUADRO TEÓRICO

2.1 COMPETÊNCIAS GERENCIAIS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), ainda hoje conhecidas pela população como postos de saúde desenvolveriam “as ações básicas de promoção à saúde, prevenção e recuperação, utilizando-se, quando necessário, da referência e contra-referência aos outros níveis” (CHIAPINOTTO; FAIT; MAYER JÚNIOR, 2007, p. 158).

A UBS é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Consiste em um estabelecimento de saúde voltado à realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior (BRASIL, 2013). Este tipo de estabelecimento de saúde objetiva atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para hospitais (BRASIL, 2006). As UBS utilizam a delimitação de áreas com clientela definida para o reconhecimento das necessidades de saúde da população e amplia as possibilidades de acolhimento das demandas por uma equipe multiprofissional.

Uma Unidade de Saúde da Família (USF) se destina a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, características do nível primário de atenção (BRASIL, 1997).

Uma organização é o resultado do desempenho das pessoas que a compõem. Sendo assim, uma UBS, se gerida adequadamente, sinaliza a possibilidade da constituição de um modelo que responda aos princípios do SUS, entretanto, o que se vê, na prática é o preenchimento de cargos por critérios políticos, por pessoas sem formação adequada, desconsiderando que, para gerenciar no serviço público são necessárias habilidades técnicas, administrativas e psicossociais.

Com o intuito de melhorar a atuação gerencial neste ambiente de saúde, foi criado em 1993 pelo Ministério da Saúde no Brasil o Projeto GERUS, que aparece como uma intervenção no campo de desenvolvimento de recursos humanos em saúde, voltado para a qualificação técnica e administrativa dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), aumentando a capacidade gerencial, com o intuito de conseguir mudanças nas práticas sanitárias e de atenção à saúde (RAMIRES; LOURENÇÃO; SANTOS 2004, p. 206).

Ferreira (2004) aponta que a capacitação de recursos humanos nas unidades básicas de saúde (UBS), para o exercício de funções gerenciais, vem se defasando ao longo dos anos. Esta realidade pode ser observada nas instâncias superiores de comando político-administrativo dessas unidades. Além disto, os treinamentos de capacitação de pessoal das UBS devem contemplar aspectos que englobem a avaliação do sistema local de saúde, a reorganização dos seus serviços e a operação dessas unidades.

Ainda no que tange o desempenho profissional dos gerentes, há um consenso em torno da necessidade de trabalharem em prol de organizações mais ágeis, mais eficientes e focadas em resultados, o que tem acirrado discussões acerca das novas funções, papéis e habilidades que devem apresentar (CASTRO, 2007). Este conjunto responde as necessidades originadas no interior do processo de trabalho que, ao modificar-se, “exige” novos modelos gerenciais que possam instrumentalizar sua operação. Campos (1994) enfatiza que existe um movimento de mão-dupla, no qual a gerência ao se constituir num instrumento de efetivação de políticas, como um elemento estratégico ao processo de transformação dos serviços é, ao mesmo tempo, uma ação que resulta de alterações definidas desde o interior do processo de trabalho, subordinando-se a suas finalidades.

Gerenciar um serviço público é gerenciar a mudança, enfrentar alterações rápidas e complexas e confrontar-se com ambiguidades. Cabe compreender a necessidade de novos produtos e serviços, garantir um sentido de direção em meio ao caos e à vulnerabilidade e manter a calma diante da perda de significado daquilo que se ajudou a construir (MOTTA, 2003).

Von Sperling (2002) refere que a figura do gerente tornou-se mais necessária a partir do desenvolvimento do capitalismo industrial, principalmente com o crescimento das organizações e com o estabelecimento de novas relações sociais. Para ele, atualmente, a maioria dos dirigentes, quando questionada sobre o seu trabalho, informa que encontra sempre uma carga inesperada de tarefas imprevistas, com reuniões, interrupções e trabalhos administrativos intensos, descontínuos e de natureza variável.

Além disto, Motta (2003) refere que a atenção dos gerentes é constantemente desviada por chamados diversos, o que fragmenta sua ação e torna intermitente o seu envolvimento no processo decisório organizacional. Em seu cotidiano, os gerentes tomam decisões por meio de interações diversas, ações isoladas e opiniões manifestadas esparsamente, às vezes pouco coerentes. Aproximam-se dos problemas à medida que estes vão surgindo, na busca de soluções baseadas em informações parciais, imperfeitas e de primeira mão, quase sempre envoltas por grandes incertezas.

Na área pública, também é exigida a competência e modernização dos seus gerentes. A condução das mudanças na administração exige novas competências dos gerentes e, antes disso, requer gerentes profissionais. Os gerentes devem engajar-se no compromisso com resultados para os cidadãos e, não apenas, no cumprimento de formalidades e legalidades, além de se comprometerem com a otimização de recursos públicos escassos, gerenciando custos, desburocratizando procedimentos e produzindo serviços de qualidade (VON SPERLING, 2002).

2.2 GERÊNCIA EM SAÚDE

O termo gerência usado geralmente como sinônimo de administração aparece no início do capitalismo industrial no final do século XIX.

Conceitua-se administração como planificar, coordenar, dirigir, ministrar, aplicar. Gerente é aquele que administra e sua prática está vinculada a organização do trabalho. Portanto, o desempenho da função gerencial requer conhecimento e habilidades técnicas, administrativa, política e psicossocial, à medida que lida com pessoas e é responsável pela consecução dos objetivos da organização (JUNQUEIRA, 1997, p. 3).

Numa organização, tecnologia, tarefas, recursos e administração não podem conviver isoladamente, pois são interdependentes, inclusive com o ambiente, ou seja, com a realidade que cerca a organização, sua clientela, outras organizações, interesses e articulações presentes no dia-a-dia, mediante planejamento, coordenação, direção e controle. Sendo assim, o gerente deve possuir aperfeiçoado conhecimento e habilidades administrativas, nas funções de planejamento e controle das atividades organizacionais, para alcançar os objetivos e mais, a capacidade de lidar com pessoas, conhecer suas necessidades, valores, motivando-as para a realização da tarefa organizacional.

A organização é um organismo vivo composto de pessoas que interagem umas com as outras. Os setores inter-relacionam-se trocando informações, com a finalidade maior de alcance dos objetivos da organização. Os níveis hierárquicos são compostos por diversos gerentes, aos quais cabem a disseminação e a observância dos princípios, valores e crenças que constituem a cultura organizacional. Esses gerentes, mesmo tendo como parâmetros a missão da organização, impõem explicitamente ou implicitamente o seu estilo pessoal de liderança. Seu comportamento influencia decisivamente na produtividade dos colaboradores, bem como no seu nível de motivação para o trabalho.

Os modelos de comportamento organizacional têm relação direta com cultura da empresa, bem como as experiências individuais de cada gerente. A orientação do comportamento organizacional justifica-se pelo tipo de negócio da organização, o mercado de trabalho, tipo de colaborador e a cultura organizacional. A alta direção determina que tipo de comprometimento e envolvimento queira de seus colaboradores, repassando isso às gerências inferiores. Essas orientações podem estar voltadas para o empregado, para a gerência, para os resultados psicológicos dos colaboradores, pelo atendimento de suas necessidades, bem como para os resultados de desempenho.

Os tipos de liderança podem ser autocráticos, liberal e democrático, segundo Chiavenato (1979, p.159), cada um deles com um grau de particularidade voltado para o ambiente de trabalho e da prática gerencial. Nenhum modelo é melhor que o outro; ao contrário, os modelos são complementares.

Enquanto processo histórico, a ação gerencial nos serviços de saúde toma importância a partir da Segunda Guerra Mundial, com o processo de extensão dos serviços que se dá no Ocidente. Mas nem sempre essa ação gerencial se deu nos moldes nos quais são hoje problematizadas. As diretrizes políticas implementadas pelo setor saúde, na década de 80, impulsionaram modificações substanciais nas instituições responsáveis pela prestação de serviços de saúde com o processo de implantação e implementação do SUS, a descentralização dos serviços, a municipalização da saúde, quando a autoridade e a gestão dos serviços básicos de saúde passaram a ser de responsabilidade do município.

Nesse contexto, a gerência surge nos serviços de saúde para dar respostas às reivindicações de trabalhadores e usuários respaldados pela Constituição Federal e como um meio de proporcionar eficácia aos serviços.

O gerenciamento dos serviços de saúde na década de 70 caracterizou-se por um gerenciamento centralizado, uni-institucional, com acentuado caráter normativo e com nítida separação entre as ações preventivas e curativas. Na década de 80, devido principalmente às pressões sociais e à presença de novos executivos municipais, que respaldados por eleições democráticas, reivindicam maior autonomia, observa-se a implementação da gestão colegiada das instituições prestadoras de serviços de saúde nos diferentes níveis de poder.

No início da década de 90, em que o processo de democratização do país encontrava-se em franca evolução, com manifestações das distintas camadas da sociedade, fez-se necessário a busca de uma adequada compreensão dos diferentes tipos de gerenciamento adotados nas instituições públicas na década de 80, com a esperança de servir de base para a construção consciente de um novo modelo assistencial capaz de responder, efetivamente, às

reais necessidades de saúde da população. No entanto, dificilmente haverá mudança se não for identificada a lógica que deve permear a gestão pública, que não coincide com a do setor privado em que o planejamento e o controle são assegurados. Na administração pública, os dirigentes não estão comprometidos com os objetivos da organização; na maioria das vezes os gerentes estão comprometidos apenas com seus interesses particulares e do seu grupo e não com as necessidades de saúde da população em geral (JUNQUEIRA, 1990).

Neste contexto, visualiza-se a necessidade urgente de uma gerência comprometida com os resultados, exercida por meio de práticas de planejamento e controle condizentes com a realidade dos serviços, os recursos disponíveis e as necessidades de saúde, respeitando a nova Constituição, que tem como premissa a saúde enquanto direito do cidadão e dever do Estado.

Esses direitos não são respeitados se os serviços de saúde continuam incompetentes, mal administrados. Baixo salário falta de infraestrutura, más condições de trabalho, incompetência, desmotivação têm sido apontadas como causas principais do baixo desempenho no setor público. No entanto, a inexistência da responsabilidade gerencial, as diversas e inadequadas formas de ingresso dos gerentes, o desconhecimento das ferramentas para uma administração eficiente e eficaz, a falta de capacitação para o desempenho gerencial provavelmente são os fatores que mais contribuem para a ineficácia organizacional.

Desponta em alguns estados brasileiros uma geração de administradores que usam soluções inspiradas na iniciativa privada para melhorar o serviço público, com formação especializada e munidos de métodos de gestão até pouco tempo exclusivos da iniciativa privada, como a fixação de metas e a meritocracia. Provenientes da burocracia estadual, do governo federal, do setor privado e de universidades, esses administradores são definidos por estudiosos de gestão pública como empreendedores de políticas. No dizer de Abrúcio (2007, p. 32), “... é um grupo formado por funcionários de carreira com um perfil híbrido, que alia conhecimento técnico e habilidade política.” Com isso, cria-se uma expectativa de que, futuramente, possamos ter gestores, e não apadrinhados políticos, na administração pública mudando a prática atual de fazer saúde.

2.3 A GERÊNCIA DOS SERVIÇOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Os serviços de saúde têm características que geram exigências particulares. Em termos de organização e de gestão, podem estabelecer suas normas administrativas e padrões de funcionamento, mas, ao mesmo tempo, não podem estar formalizados demais, pois

precisam adaptar-se às necessidades específicas dos servidores. Com isso, deve-se ter capacidade de tomar decisões rápidas em função dos problemas e das peculiaridades locais. A autonomia dos profissionais não é tanto um direito, mas uma condição necessária para a produção de serviços de qualidade (MISHIMA, 1995).

O desafio posto aos gestores consiste, portanto, no exercício de suas funções de governo local. Segundo Vanderlei (2005) é colocar as questões da organização do trabalho na perspectiva das intenções de satisfação, de necessidades da população, de aspirações por qualidade de vida, para qual o trabalho profissional é um dos instrumentos de realização. Para que isso ocorra, o trabalho em unidades de saúde, ainda centrado em doença, modelo biomédico, curativo, individualizante e fragmentador das ações, tem que sofrer modificações.

As práticas de serviços devem ser recriadas para responder às necessidades dos usuários e os limitados recursos, não podem ser elementos que imobilizem a ação criativa dos trabalhadores de saúde. Essas práticas visam consolidar a nova política de saúde iniciada nos anos 80 e 90, que dá aos municípios a responsabilidade, a autoridade e a gestão dos serviços básicos de saúde, sustentados pelo processo de descentralização, que confere aos gestores grandes desafios tais como: garantir a universalidade e a equidade, possibilitar a participação popular e profissional, lidar com a integralidade, obter resolutividade e boa qualidade das ações. Diante destas transformações, é necessário que aconteça também, mudanças na forma de atuação dos gerentes, entendidos aqui como aqueles que respondem pela consecução dos objetivos da organização. Portanto, o gerente deve estar consciente da necessidade de redefinição do seu papel na organização (RAMIRES *et al.*, 2004).

Sendo assim, o gerente não deve atuar como um mero chefe de pessoal e atentar apenas às atividades de ordem burocrática, mas ter conhecimentos gerenciais necessários para desempenhar seu papel de maneira eficiente e eficaz. Isso implica em conhecer os princípios orientadores do SUS, estar consciente das metas e prioridades da região e do município, saber quais as ferramentas indispensáveis à administração, ter conhecimento epidemiológico, da dinâmica das relações, do potencial de cada funcionário, e de como trabalhar a intersetorialidade.

Visualiza-se cada vez mais a necessidade de gerentes que tenham o entendimento de formar equipes de trabalho em suas unidades de trabalho, buscando a sinergia para que a equipe se desenvolva de forma harmoniosa na consecução dos objetivos da organização com práticas voltadas para o atendimento humanizado compartilhando decisões com usuários e profissional de saúde via conselhos gestores, tornando-se assim um agente de mudança, um verdadeiro coordenador no atendimento da população (MISHIMA, 1995).

2.4 O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS)

As definições de atenção primária são numerosas, mais descritivas ou mais normativas, dependendo do propósito a que servem. A abordagem normativa tem sido estreitamente relacionada à Declaração de Alma-Ata da OMS em 1978 sobre atenção primária, cujo foco estava na solidariedade e acesso equitativo ao cuidado em saúde; na proteção e promoção de saúde em vez da cura das doenças; na maior influência da população na atenção à saúde em vez do exclusivo domínio profissional; e na ampla colaboração intersetorial ao se lidar com os problemas da comunidade (OMS, 1978).

Para Starfield (1998), embora os conceitos de “atenção primária em saúde” e “atenção primária” sejam frequentemente usados como sinônimos, eles representam diferentes aspectos do desenvolvimento e da articulação do primeiro nível de cuidado. O tema desse livro não é a ampla estratégia social de atenção primária em saúde, conforme estabelecido em Alma-Ata, mas sim uma área mais limitada da atenção primária, como um subconjunto de funções ou serviços prestados especificamente no contexto dos sistemas de saúde. Evidente que um setor de atenção primária bem concebida também pode servir aos objetivos mais amplos da atenção primária em saúde.

No contexto europeu da atenção à saúde, o conceito de atenção primária pode ser entendido da seguinte forma: referindo-se a um nível de atenção entre cuidado informal e cuidado hospitalar; ou a um conjunto de funções e atividades; ou a um meio de executar essas funções e atividades; ou a um conjunto de características para a organização dos serviços de saúde (STARFIELD, 1998).

A função principal e mais evidente da atenção primária é fazer com que ocorra o primeiro contato dos usuários com o profissional de saúde. Encontra-se na transição do cuidado leigo para o cuidado profissional, onde acontece a identificação geral do problema, a informação e o histórico médico.

Neste contexto de saúde, a discussão do processo de trabalho nos remete ao tema do trabalho como prestação de serviços, o qual tem uma característica própria: seu objeto e todos seus componentes são pessoas que atuam e interferem no processo e no resultado final do trabalho, portanto, são todos sujeitos da ação.

É importante salientar que esse objeto/sujeito detém algo muito precioso que é seu próprio saber e que deve ser escutado e acolhido no processo de trabalho em saúde, gerando a

necessidade de comunicação eficaz entre quem presta e quem recebe o serviço, além de ser desejável que essa relação seja de troca, confiança, cooperação e parceria.

No início do século XX, os resultados da aplicação dos princípios da gerência científica, baseados nas formulações de Taylor, começam a ser conhecidos e ampliados de forma crescente, influenciando não só o trabalho industrial, mas também o trabalho no setor de serviços. Surgem estudos sobre o tempo de execução das tarefas, registros das quantidades de trabalho desempenhado, rotinizações, reorganização física dos ambientes de trabalho para diminuição dos tempos gastos sem produção, etc. Para aumentar a produtividade, expande-se a divisão parcelar do trabalho e a mecanização da produção (PIRES, 2000, p.258).

O trabalho em saúde é hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizado, do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho (PIRES, 2000).

Ao direcionar o processo de trabalho para o alcance de objetivos e metas, visando modificar uma situação não desejada, esta característica própria e especial do trabalho em saúde aponta para a complexidade da interação entre os diferentes recursos em jogo, incluindo os aspectos cognitivos, organizativos, políticos, subjetivos, financeiros e outros. Portanto, de forma muito particular na área de saúde, para alcance efetivo dos objetivos, é necessário tê-los claros, saber explorar os recursos existentes, fazendo interagir recursos, saberes e interesses. (SALES, 2009).

Com o aumento do fluxo de trabalho e a aplicação de novos métodos de gerência, o processo é dividido em operações mínimas, e os trabalhadores perdem a compreensão da totalidade do processo de trabalho. O tempo empregado na atividade está sob constante exame e controle. O trabalho pensante fica restrito a um pequeno grupo, esperando-se da maioria a execução das atividades delegadas de cunho manual (RIBEIRO, *et al.*, 2004).

No âmbito da ESF, a busca por melhores resultados no trabalho, almejando, em última análise, condições adequadas para a saúde e maior autonomia e satisfação de usuários, trabalhadores e gestores, também exige mudança no processo de trabalho, implicando em valorização da comunicação e dos espaços de participação e negociação, do trabalho em equipe, das parcerias, do uso de dispositivos de qualificação para a escuta e os projetos terapêuticos, da produção e apropriação coletiva de instrumentos, como protocolos clínicos e organizacionais, do uso da informação e ferramentas do planejamento, do monitoramento e avaliação das intervenções (RIBEIRO *et al.*, 2004).

Estudos de autores ligados à saúde coletiva tais como os de Campos (1997), Merhy (1999) e Sá (1999), entre outros, têm possibilitado o diálogo, que vem sendo desenvolvido no PSF, entre a teorização sobre “processo de trabalho em saúde” e realidade do trabalho.

Segundo Pires (2000, p. 259):

O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

Inicialmente questionado quanto a ser um programa ou estratégia, isso consistia em uma das controvérsias envolvendo o PSF. Lançado como programa em 1994, foi catalogado como estratégia, buscando diferenciar-se dos programas tradicionais já produzidos pelo Ministério da Saúde.

A segunda versão oficial do PSF, publicada em 1997, define-o efetivamente como estratégia de reorientação do modelo assistencial. Sua implantação segue abrigando tal dicotomia: de um lado, ratifica sua condição de programa que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos, ou seja, com uma formulação e com *modus operandi* estabelecido/normatizado; de outro lado, reivindica a posição de “estratégia” por sinalizar um caminho possível para se atingirem os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo, portanto, capaz de influenciar e produzir impactos no sistema como um todo (RIBEIRO, 2004).

As equipes de saúde da família, formadas basicamente pelo médico generalista ou de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, têm como objetivos centrais a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, às necessidades de saúde da população adstrita, destacando-se a perspectiva da família. Para atingir tais objetivos, requer-se abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social (BRASIL, 2006).

Esse processo de trabalho já foi estudado por diversos autores, demonstrando que as mudanças ocorrerem desde alto nível de satisfação da população com o atendimento das equipes; melhoria da vigilância à saúde da população; utilização adequada dos serviços de maior complexidade com redução das internações hospitalares desnecessárias; maior qualidade, cuidado com a atenção prestada; elevação da resolutividade das redes assistenciais básicas (que passou a girar em torno de 90%) (SOUZA, 2001, p.50).

Mesmo assim, pesquisas como as de Souza (2001) e Bertoncini (2000), têm exposto as condições de trabalho em que as equipes estão imersas, destacando a disponibilidade de recursos humanos, as formas de contrato, a infraestrutura material, a dinâmica da assistência e condições sociopolíticas para desenvolvimento do trabalho.

Assim, os autores citados apontam para composição básica insuficiente das equipes; insuficiência de profissionais com o perfil proposto pelo programa; várias modalidades de contrato de trabalho; heterogeneidade na estrutura física das unidades de saúde da família, estando algumas inadequadas e em situação precária; sobrecarga de atendimento, gerando dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho; comprometimento do fluxo e contrafluxo dos usuários e informações entre os diferentes níveis do sistema; problemas de fidedignidade no preenchimento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); diferentes estilos de gestão das equipes de saúde da família, configurando relações aproximativas, ora conflituosas; expectativas contraditórias e conflitos das equipes de saúde da família com os poderes locais; conflitos na relação entre o PSF e a população, quando as equipes não conseguem atender a demanda.

2.5 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Todos os municípios brasileiros têm passado pelo desafio de construir e consolidar, em parceria com a sociedade, um Sistema de Saúde equânime, integral e universal. O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e insustentáveis para os enfrentamentos futuros.

O cenário brasileiro caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde, bem como, pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo efetividade demonstra a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no Brasil (BRASIL, 2010).

Os Sistemas de Atenção à Saúde são definidos pela OMS como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (WHO, 2006). Daí que os Sistemas de Atenção à Saúde são respostas sociais, organizadas

deliberadamente, para responder as necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e em certo tempo.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária a saúde e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde (BRASIL, 2010).

Nas redes de atenção à saúde, essa concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas redes de atenção à saúde, não há hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal desses pontos de distintas densidades tecnológicas, sem ordem e sem grau de importância entre eles.

Todos são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2010). Estes modelos apenas se diferenciam pelas diversas densidades tecnológicas que os caracterizam.

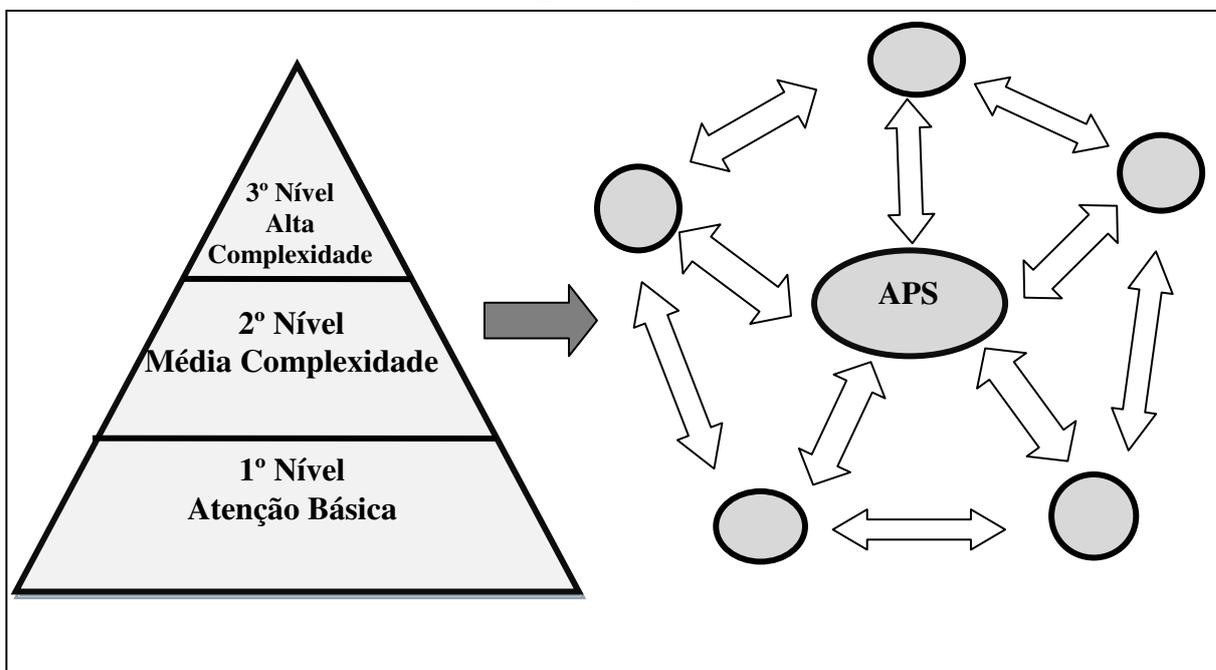
A figura 1 ilustra essa mudança de um sistema hierárquico, nos níveis de atenção básica, de média e de alta complexidade, para uma rede horizontal integrada, organizada a partir de um centro de comunicação, o ponto da atenção primária à saúde, representado pelo círculo central.

As lógicas subjacentes aos dois sistemas-tipo são definidas pelas singularidades da atenção às condições agudas e crônicas. Um dos problemas centrais da crise dos modelos de atenção à saúde contemporânea consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos – na maioria das vezes momentos de agudização das condições crônicas, auto percebidos pelas pessoas, por meio da atenção à demanda espontânea, principalmente em unidades ambulatoriais de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência. E desconhecendo a necessidade imperiosa de atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas insidiosamente evoluem (SILVA, 2011).

Neste contexto, a Atenção Básica (AB) à saúde representa hoje o eixo estruturante do atendimento prestado pelo SUS em Porto Velho, por meio da Estratégia de Saúde da Família. Segundo informações disponibilizadas pela Atenção Básica local (DAB/SEMUSA), essa rede possui o maior projeto de atenção Básica à Saúde da região Norte, ficando à frente de grandes

centros como Manaus e Belém, com a maior cobertura (61,3%) estimada pela Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2013).

Figura 1 – Ilustração do sistema de saúde hierárquico para o sistema de saúde poliárquico



Fonte: MENDES, 2012.

A lógica do trabalho desenvolvido está centrada na atuação em equipe e no reconhecimento dos problemas de saúde de maior prevalência em cada área de adstrição. Além disso, cada equipe deve ter habilidades em lidar com informações, planejar e avaliar as intervenções sobre a realidade na qual está inserida sua clientela.

O PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo PSF visa à reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, sua compreensão só é possível pela mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios (BRASIL, 2008).

Desta forma, o novo modelo de atenção à saúde é o sistema lógico que permite funcionamento das redes de atenção à saúde e nesse modelo, torna-se necessário engajamento de todos os atores envolvidos no sistema (SILVA, 2011).

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 às alterações no ambiente externo (RESCK, 2006). Portanto, para atender as demandas da consolidação do Sistema Único de Saúde requer um modelo de gestão participativa, que visa à abertura de novas configurações nas relações no processo de trabalho.

III PERCURSO METODOLÓGICO

Analisar a prática gerencial dos gerentes das unidades de saúde da família de Porto Velho, campo de uma dada experiência concreta, pressupõe levar em consideração as relações que se estabelecem entre os sujeitos sociais desse processo.

Assim, é necessário apreender como esses atores sociais realizam a prática gerencial no trabalho e como compreendem o Programa de Saúde da Família (PSF), enquanto estratégia de mudança e/ou reorientação do modelo assistencial, explorando inclusive as potencialidades e os limites ora existentes para a condução da política de saúde municipal. A natureza das questões indicadas na construção do objeto de estudo e do quadro teórico vai implicar em considerar esta investigação dentro de uma abordagem qualitativa.

Para Deslandes e Gomes (2007), essa abordagem visa uma maior proximidade do pesquisador para com a realidade que se quer conhecer, investigar e analisar, sendo ela capaz de aprofundar a complexidade de fatos, processos específicos de grupos e capazes de serem atingidos de forma mais intensa. A esse respeito, Gil (2008) assegura que a pesquisa do tipo descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis, sendo incluídas nesse grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população.

3.1 O CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa se deu no município de Porto Velho, capital do estado de Rondônia. A cidade possui uma área urbana que se situa à margem direita do Rio Madeira, com uma altitude de 98m, em relação ao nível do mar, na latitude Sul de 8°45'00 e na longitude norte de 63°58'00 a Oeste do Meridiano de *Greenwich* (PORTO VELHO, 2012).

O município de Porto Velho está limitado ao norte pelo estado do Amazonas; ao sul pelos municípios de Nova Mamoré e Buritis; a leste pelos municípios de Candeias do Jamari e Alto Paraíso; a oeste, pelo município de Nova Mamoré, pela República da Bolívia e o Estado do Acre (PORTO VELHO, 2012). A capital de Rondônia possui atualmente 428.527 habitantes (IBGE, 2012). A divisão urbana da cidade de Porto Velho conta com 68 bairros, segundo a Secretaria Municipal de Planejamento/SEMPLA.

Em relação à extensão territorial, o município possui uma grande área, semelhante a um estado brasileiro, sendo três grandes áreas: área urbana, área rural ribeirinha e área rural terrestre. A área ribeirinha, situada ao longo do Rio Madeira, é constituída por quatro distritos (Cujubim Grande, São Carlos, Nazaré e Calama), enquanto que a área rural terrestre é constituída por oito distritos (Jacy-Paraná, Nova Mutum, Abunã, Fortaleza do Abunã, Vista Alegre do Abunã, União Bandeirantes, Nova Califórnia e Extrema); localizados, em sua grande maioria, ao longo da BR 364 (PORTO VELHO, 2012).

No que tange a estruturação da rede de atenção à saúde da cidade de Porto Velho, atualmente a cidade conta com 22 Unidades Básicas de Saúde, sendo 17 destas no modelo Saúde da Família, compreendendo 78 equipes de saúde da família. Destas, 61 localizam-se na área urbana da cidade e 18 na área rural terrestre e ribeirinha (PORTO VELHO, 2012). A cobertura da estratégia saúde da família na cidade é de 61,3%, conforme apontado na figura abaixo.

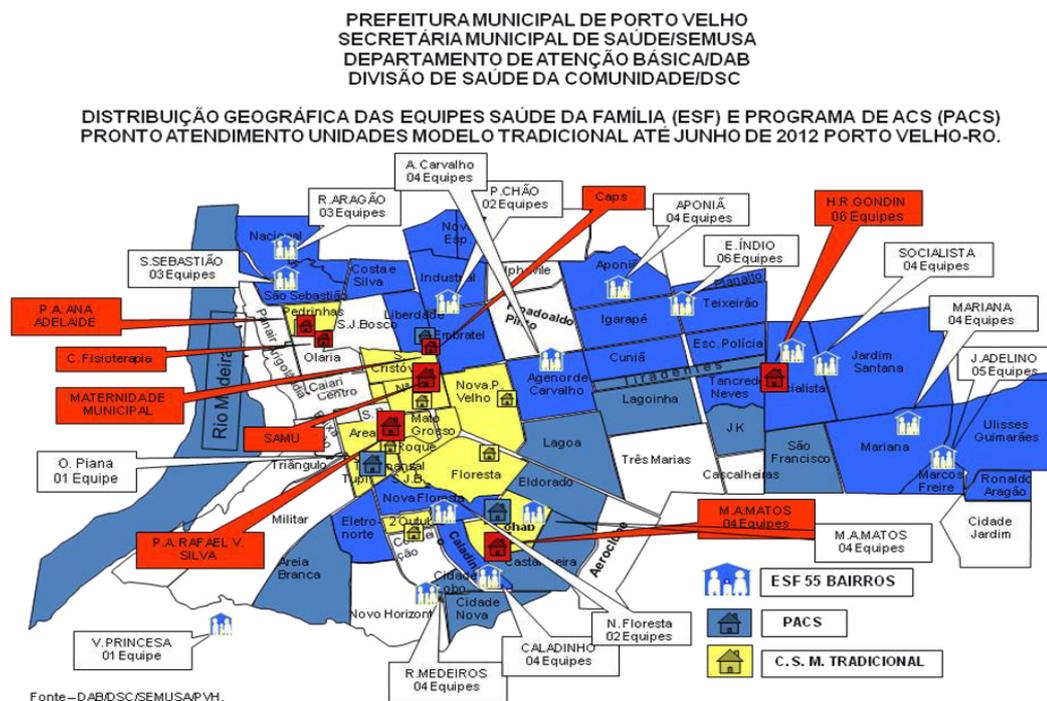


Figura 2 - Distribuição Espacial da Rede Básica de Saúde de Porto Velho Área Urbana, 2012

3.2 A DEFINIÇÃO DOS SUJEITOS

Os sujeitos da pesquisa foram 17 gerentes, que no momento da coleta de dados estavam atuando como diretores nas unidades de saúde da família de Porto Velho de segunda a sexta feira, horário integral. Para preservar a identidade dos participantes desta pesquisa, eles foram enumerados de um a dezesseis (gerente1 a gerente16). Os critérios de inclusão foram os gerentes em cargo de gerência nas unidades de saúde da família e os de exclusão os gerentes que não aceitaram participar do estudo, que estivessem em férias ou licença. Um gerente, não participou da entrevista e nem da observação porque estava frequentemente em reuniões externas na Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA, informações estas repassadas, várias vezes, a cada tentativa de contato via telefone ou em visita *in loco* para agendamento.

Segundo Bardin (1977), a definição amostral em uma pesquisa qualitativa não se encontra vinculada à representatividade numérica, ou seja, neste tipo de abordagem metodológica preconiza-se a amostra capaz de identificar as irregularidades presentes nos enunciados, quer sejam eles escritos, falados ou observados, assim como que possam apontar suas peculiaridades, direcionando a atenção diretamente para o aprofundamento da compreensão do problema de pesquisa, e não com generalizações.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA

A coleta de dados deste estudo foi realizada por meio de documentação indireta: (pesquisa bibliográfica) e documentação direta: (inventário, entrevista e observação direta).

Os instrumentos adotados para a coleta de dados a fim de analisar o processo de trabalho dos gerentes das unidades de saúde no gerenciamento do PSF foi o “Inventário das atividades desenvolvidas pelos gerentes” (APENDICE D), consiste em um instrumento fechado que possibilitou a identificação da realização da frequência das ações, o qual foi adaptado por Teixeira (2002) e Mishima (1995). Neste estudo, inserimos atividades desenvolvidas pelos gerentes nas Unidades Básicas de Saúde. Além disto, utilizamos a observação direta e a entrevista semiestruturada.

Foi utilizada a classificação do inventário proposta por Mishima (1995) e Teixeira (2002). Os dados, obtidos com a aplicação do inventário, subsidiaram a entrevista semiestruturada e a observação de campo, até porque reconhecemos que por se tratar de um questionário, mesmo que bem elaborado, pode ter limitações, já que entre o que se faz

realmente e o que se pretende fazer existem diferenças, pois sempre a idealização estará presente (ALMEIDA, 1991).

A partir da aplicação do Inventário de Atividades, foi possível agruparmos as ações de acordo com o grau de concentração, definindo assim quatro grupos, sendo eles: atividades complementares ao trabalho de outros profissionais de saúde; atividades próprias da enfermagem voltadas para o cuidado de indivíduos ou grupos específicos; atividades educativas; atividades voltadas à organização e ao acompanhamento do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem.

A entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um importante instrumento de coleta de dados (MARCONI, 2008).

O roteiro de entrevistas (APÊNDICE B) foi composto por cinco questões abertas, além da identificação do sujeito, descrevendo o perfil do gerente da unidade pesquisada, conhecendo os instrumentos utilizados pelos gestores no processo de trabalho gerencial nas unidades de saúde da família pesquisadas e apreendendo os conhecimentos dos gerentes acerca da Estratégia Saúde da Família.

A realização da Observação direta (APÊNDICE C) permitiu a captação de fenômenos não obtidos por meio das entrevistas e que foram observados na sua realidade, com a rotina de um dia de trabalho.

O período destinado para a coleta dos dados através do inventário, observação de campo e entrevista, foram os meses de agosto a dezembro de 2013.

3.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

As dezesseis entrevistas foram realizadas em ambientes separados, garantindo assim a qualidade das gravações, bem como a confidencialidade das falas. A visita permitiu reconhecer o ambiente e o estabelecimento de um primeiro contato com o gerente da unidade a ser pesquisada, possibilitando explicar ao sujeito acerca dos objetivos da pesquisa.

Após a assinatura do termo, todas as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade de cada gerente das unidades, e realizadas nos ambientes da própria unidade de saúde. Em seguida, as entrevistas foram gravadas pela própria pesquisadora utilizando um gravador de voz portátil.

Após as entrevistas, utilizou-se a técnica de observação direta, com auxílio de um roteiro de observação, utilizado para nortear as atividades desenvolvidas pelo gerente durante

a coleta de dados, contendo variáveis que apontaram como se dá às atividades desenvolvidas, o relacionamento interpessoal, as formas de comunicação utilizadas no dia a dia de trabalho com a equipe e usuários, o poder de decisão e a participação nas atividades diárias das equipes.

3.6 PROCESSAMENTO DE ANÁLISE

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de Análise de Conteúdo, modalidade Análise Temática que, de acordo com Bardin (1977) e Minayo (2008), é fundamentada no tema, o qual pode ser representado graficamente por meia palavra, frase ou resumo, além do fato de se definir tema como a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado.

Antes de "recortar" os conteúdos das entrevistas obtidas, foi examinada cada uma delas, procedendo à ordenação dos dados empíricos através de leituras sistemáticas dos textos e transcrição dos seus conteúdos (DESLANDES; GOMES, 2007).

Foi realizada uma leitura exaustiva e interrogativa dos dados das entrevistas obtidas, que contribuiu para a constituição de um “*corpus*” de comunicação, fornecendo informações e representações específicas, constituindo assim, conjuntos diferenciados (MINAYO, 2008).

A leitura transversal de cada “*corpus*” permitiu recortar os dados empíricos, sistematizados em termos de unidade de registro e referenciados por tópicos de informações e temas.

As respostas semelhantes foram analisadas, bem como aquelas que não acompanharam o mesmo padrão. Portanto, mesmo sendo uma resposta diferente, esta foi analisada, dependendo logicamente da sua importância para a discussão da questão. A partir das categorias temáticas construídas os dados foram abordados com o mínimo de formalização teórica, sendo progressivamente elaborada a melhor explicação para o fenômeno, fazendo uma correlação entre a realidade empírica encontrada e a fundamentação teórica deste estudo.

O material obtido por meio das entrevistas e das observações foi analisado em três fases: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos.

A pré-análise foi iniciada com a transcrição das falas e a oportunidade de transcrever pessoalmente as entrevistas permitiu a lembrança do momento de sua realização e do

comportamento dos entrevistados durante a mesma. Foi feita a reunião de todos os materiais e documentos para serem analisados. Para a exploração do material, a organização foi feita por campo específico para o qual foi fixada a atenção da pesquisadora, permitindo assim uma visão contextual dos dados. As análises foram realizadas atingindo uma representação do conteúdo, de maneira que foram identificadas as suas características, realizando os recortes por agregação, agrupados de acordo com as ocorrências através dos recortes das unidades de significado que se constituíram nas unidades de registro e de contexto apresentadas neste estudo.

Como aponta Bardin (1977), a fim de analisar os dados obtidos, o analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

Para compor o arcabouço dos resultados e análise dos dados, após a leitura exaustiva das entrevistas, apoiadas pelo que foi observado *in loco*, constituíram-se as categorias temáticas agrupadas nos seguintes itens:

- **A dificuldade de organização e de diferenciação no processo de trabalho do gerente e da equipe de saúde da família.**
- **O desconhecimento da Atenção Básica como modelo de reorganização das práticas assistências de saúde no Sistema Único de Saúde.**

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi realizado após a autorização do Gestor Municipal de Saúde (ANEXO B). Os sujeitos da pesquisa que concordaram em participar o assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A).

Foi garantida e preservada a identidade e a privacidade dos sujeitos desta pesquisa, de acordo com a Resolução nº. 466/2012, que regulamenta o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Os conteúdos das gravações foram apagados após a transcrição das falas às quais somente a pesquisadora e sua orientadora tiveram acesso. Em nenhum momento neste estudo,

os nomes dos profissionais foram revelados, bem como não houve nenhum tipo de despesa para os participantes da pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia-CEP-UNIR em 15/03/2013, pela folha de rosto n.º 220956 (ANEXO A).

IV RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O perfil dos gerentes das Unidades de Saúde da Família de Porto Velho, Rondônia.

O perfil dos gerentes de saúde entrevistados, segundo idade, sexo, escolaridade, tempo de atuação na unidade de saúde e forma de admissão estão apresentados no Quadro 1.

No grupo de gerentes estudado, a maioria é do sexo feminino (12), 75%, com idade média de 41,5 anos. Dentre os sujeitos o mais novo tem 25 anos e o mais velho com 60 anos. Dos 16 gerentes sujeitos da pesquisa, (2) 12,5%, possuem ensino fundamental completo, (4) 25% nível médio completo, (2) 12,5% superior incompleto e (8) 50% referiram possuir ensino superior completo. Neste estudo, (3) 18,75% possuem formação técnica na área da saúde e (5) 31,25% na área administrativa.

Com relação à formação superior, (3) 18,75% sujeitos relataram ser graduado em cursos na área da saúde e (4) 25% na área de administração. Quanto ao tempo de atuação na função de gerente de unidades de saúde, (12) 75% referiram menos de um ano, (4) 25% mais de um ano de atuação. Sobre a forma de contrato dos gerentes (6) 37,5% referiram ser estatutários e (10) 62,5% são oriundos de cargos comissionados.

Sobre a escolaridade dos sujeitos da pesquisa, preocupa a ausência de formação específica para a administração de serviços de saúde, pois a ausência de graduação ou pós-graduação nesta área pode ser considerada um fator dificultador no conhecimento do processo decisório e na participação dos processos de educação permanente, sendo considerado um fator inibidor para tal. O processo de formação profissional e desenvolvimento de competências nunca terminam. É um método de aprendizagem para toda vida profissional.

Quanto ao sexo, o achado de 12 gerentes do sexo feminino, corrobora com os achados de André e Ciampone (2007) em seu estudo sobre competências gerenciais, realizadas nas unidades básicas de saúde do município de São Paulo em 2007, onde encontraram no grupo de 19 gerentes, 70% do sexo feminino e 30% do sexo masculino.

Esse dado contraria o que é instituído nas sociedades capitalistas construídas, segundo Davel e Melo (2005), com base em uma divisão sexual do trabalho que tende a se reproduzir nos serviços públicos de saúde. Apesar de não ser uma variável de análise nesta pesquisa, a questão do gênero é vista como um fator que exerce significativa influência nas possibilidades de ação das mulheres na função gerencial.

Quadro 1 – Distribuição dos gestores entrevistados, segundo idade, sexo, escolaridade, tempo de atuação na unidade de saúde e forma de admissão. Porto Velho, 2013

Nº	Sexo		Idade	Escolaridade	Curso	Ano de conclusão	Possui Pós	Tempo de atuação	Forma de admissão
	M	F							
1		X	43	Superior completo	Pedagogia	2008	Sim	2 anos,3 meses	Estatutária
2		X	48	Fundamental completo	Técnico de Enfermagem	2003	Não	6 meses	Comissionado
3	X		31	Superior completo	Enfermagem	2010	Sim	8 meses	Comissionado
4		X	32	Superior completo	Administração	2009	Sim	5 meses	Comissionado
5		X	39	Médio completo	Técnico em enfermagem	1995	Não	7 meses	Comissionado
6	X		44	Médio completo	Auxiliar de Enfermagem	2013	Não	9 meses	Estatutário
7		X	24	Superior incompleto	Psicologia	-	Não	3 meses	Estatutário
8		X	36	Médio completo	Técnico em enfermagem	2003	Não	7 meses	Comissionado
9		X	35	Superior completo	Enfermagem	2008	Sim	3 anos	Estatutário
10		X	34	Superior completo	Administração	2005	Não	11 meses	Comissionado
11		X	39	Superior completo	Administração	2005	Não	10 meses	Comissionado
12	X		45	Médio completo	Técnico em contabilidade	1989	Não	18 anos	Estatutário
13	X		55	Superior completo	Administração	2005	Não	11 meses	Comissionado
14		X	44	Superior incompleto	Pedagogia	-	Não	11 meses	Comissionado
15		X	60	Fundamental completo	Auxiliar de Enfermagem	1992	Não	17 anos	Estatutária
16		X	56	Superior completo	Odontologia	2006	Não	11 meses	Comissionado

Ao buscarem uma carreira profissional, as mulheres, muitas vezes, acabam ocupando cargos que não oferecem as mesmas perspectivas de carreiras ou os mesmos níveis salariais que os ocupados predominantemente por homens. Neste sentido percebe-se que os cargos comissionados nas USF são puramente políticos, demonstrando assim uma facilidade de manutenção de mulheres na função gerencial com baixa remuneração e um maior poder de decisão sobre elas.

Outro aspecto relacionado à presença majoritária de mulheres na função de gerente, pode estar relacionada com o que afirmam Alves *et al.* (2004), que afirmam que um dos aspectos influencia essa situação é o fato de serem, os métodos e técnicas tayloristas aplicados majoritariamente às mulheres, quando ao capital interessa organizar a produção, tirando vantagem dos baixos salários e da fraca regulamentação do trabalho existente em países do Terceiro Mundo. Essa tendência parece ser uma realidade nas USF estudadas, apesar de todo o discurso de mudança existente no setor saúde.

Em relação à média de idade, neste estudo percebe-se um perfil de adultos jovens (41,5 anos), compondo um quadro gerencial que possui maturidade profissional, em plena fase de produção, formado por profissionais jovens, em início de carreira, com oportunidade de assumir cargo gerencial nas USF do município. Essa situação, de certa forma, se assemelha aos padrões atuais da gerência, em que é detectada a tendência de incorporação de profissionais jovens, que devem ser treinados pela instituição, para desenvolver alto grau de identificação com o trabalho e com as ações desenvolvidas. No entanto, o setor público, em particular o da saúde, segue princípios habituais de gerência e construção de carreiras severas ao longo da vida profissional, desconsiderando outros critérios como o conhecimento gerencial e a capacidade de inovação.

Chama a atenção que dentre os 16 sujeitos, (12) 75% possuíam menos de um ano de atuação na função de gerente das unidades. A explicação para o tempo de atuação encontrado está no fato de no momento de coleta de dados, coincidiu com a transição da gestão municipal de saúde, tendo sido trocados os gerentes da gestão anterior, já que os cargos de gerentes de unidades de saúde são, conhecidamente, cargos políticos, também denominados como cargos de confiança.

Dentre este grupo (4) 25% atuam na função de gerentes há mais de dois anos. Mesmo assim na observação de campo foi possível detectar que a prática gerencial diária não difere dos demais que possuem menos de um ano, sendo delegadas, as atribuições de gerente para servidores de função administrativa, que sejam de confiança do gerente. Além disto,

quando analisamos a natureza dos cursos de graduação e pós-graduação dos gerentes, apenas um possuía formação na área de Saúde Pública ou Saúde da Família.

Diante desta evidência, concordamos com Peduzzi & Palma (2000) quando afirmam que essa intervenção na dimensão da qualificação dos trabalhadores, entendidos como agentes- sujeitos históricos e sociais que conduzem o processo de trabalho em unidades básicas de saúde explicitam que a concepção gerencial (condução do processo de trabalho), é ponto estratégico para a transformação das práticas sanitárias.

Para a formação dos gerentes, Mintzberg (1995) propõe o desenvolvimento de quatro tipos de competências, a fim de proporcionar conhecimentos adequados ao desenvolvimento e formação gerencial.

Esses conhecimentos perpassam pela formação da Competência pessoal, a fim de possibilitar a programação de atividades próprias e autorreflexão; Competências interpessoais de liderança que, segundo definição do autor, é a capacidade de conectar os indivíduos dentro da organização e de inserir a organização no seu contexto; Competências ligadas à capacitação para a informação e, por último, competências ligadas à ação de conceber, planejar o tempo e mobilizar-se para conduzir bem uma ação ou um projeto.

O gerenciamento, a formação e a supervisão dos recursos humanos foram apontados como fatores críticos para a implantação do modelo assistencial pretendido no país. (BARBIERI & HORTALE, 2005).

Em relação ao tempo de atuação na unidade, (12) 75% dos gerentes possuíam menos de um ano de atuação. Sobre o tempo de permanência na gerência nas Unidades de Saúde da Família, apesar de se caracterizar como um cargo de confiança foi observado mudanças significativas nos períodos eleitorais, época em que os gerentes das USF são substituídos. Essa situação reforça a redução de indicações políticas para a ocupação do cargo, quando se constata o tempo de permanência no cargo. Há uma sensação de fragilidade dos gerentes quanto aos seus cargos e evidenciados pelo número de sujeitos com menos de um ano de atuação no cargo de gerente.

Esses resultados levam a pensar sobre a reestruturação administrativa ocorrida nos serviços de saúde nos últimos anos. Percebe-se que houve um decréscimo das indicações políticas para o cargo, como muitas vezes ocorria anteriormente e aumento das indicações pelos próprios pares que, pela proximidade no dia a dia dos serviços, identificam o melhor perfil para exercer a função gerencial nas USF. Pode-se entender, no entanto, que essa modalidade de escolha traz a possibilidade de privilegiar as relações pessoais e a experiência

profissional nas UFS em detrimento da competência gerencial para exercer as atividades exigidas pelo cargo.

4.2 A dificuldade de organização e diferenciação no processo de trabalho do gerente e da equipe de saúde da família.

Este tópico representa a parte das atividades de trabalho dos gerentes, captando a realidade de trabalho vivenciada entre o discurso e a prática, e se de fato a gerencia está sendo tomada ou não, como ferramenta de transformação do processo de trabalho, na ESF.

Acreditamos que na atualidade, é necessário que os gerentes ultrapassem os limites internos das unidades de saúde da família e que assumam e reconheçam a comunidade, fazendo parte deste contexto. Compreende-se que o gerente ao ostentar o cargo de confiança, se sente responsável pela defesa do funcionamento do sistema, embora sua autonomia seja restrita às ações operacionais e sua posição desconfortável diante dos usuários. Todos os gerentes possuem habilidades gerenciais que envolvem a comunicação (acolhimento), a organização de serviços, o planejamento de ações e a negociação.

O desenho das atividades dos gerentes das USF foi avaliado conforme descrito na metodologia por meio de um Inventário de Atividades, respondido pelos próprios gerentes e a observação sistemática no campo realizado pela pesquisadora.

As atividades do Inventário estão descritas no Quadro 2 segundo as atividades e a frequência das realizações. Neste quadro estão organizadas as atividades conforme o processo de trabalho e infraestrutura, planejamento de serviços ou ações de planejamento. Observamos que menos de 50% das atividades são realizadas pelos gerentes nas três dimensões: diariamente, semanalmente e mensalmente. Com relação às demais atividades existem diferenças de algumas especificidades quanto à execução e à intensidade do trabalho. Entretanto, atividades como, por exemplo, enviar relatórios a Secretaria Municipal de Saúde, conferir e levar pessoalmente as frequências dos funcionários a SMS e elaborar relatórios e boletins, que só são feitas por um gerente específico de cada ação.

No processo de observação e nas entrevistas, percebemos que entre as principais atividades desenvolvidas pelos gerentes das Unidades de Saúde da Família é referido o planejamento das atividades tanto com a equipe quanto com a comunidade. Também foi possível perceber que para a grande maioria dos gerentes, o planejamento consiste em delegar as funções específicas a cada profissional, conforme evidenciado pela fala a seguir:

“A gente desenvolve com planejamento e delega funções pra determinados ambientes de trabalho dentro da unidade de saúde, como por exemplo, no laboratório, que tem o bioquímico que tem uma equipe lá dentro, então a gente delega uma função pra essa bioquímica ficar responsável por aquele grupo naquele exato momento do trabalho dela, e saúde bucal na parte do centro odontológico a gente também delega função pra uma dentista ficar responsável por todos aqueles servidores (...) e assim sucessivamente”. (Gerente 6).

“(...) Chegando de manhã à gente ver o que tem pra fazer. Geralmente o guarda já deixa tudo aberto, tudo organizado; já organiza as filas, ver quem já tem que marcar os exames, já direciona quem vai fazer o quê. Se tem algum atrasado procuro alguém pra colocar, pra começar o atendimento. Porque senão já gera confusão “né”? E, me virando em mil. (risos) Porque às vezes eu tenho que fazer o serviço da pessoa do Same, vou lá, na frente e atendo. “Falta do RH né”(Gerente 11).

Durante a observação de campo, confirmado pela entrevista, foi possível perceber, que as primeiras atividades dos gerentes ao chegar à unidade, limitam - se a observar os ambientes, para confirmar a presença ou ausência de servidores, sem prévio planejamento. Além disto, remanejam os servidores para os ambientes das unidades onde há ausência de servidor, sem que haja habilidade destes para efetuar tal ação.

Segundo Chiavenato (2000), o planejamento é definido como uma função administrativa que determina antecipadamente o que se deve fazer e quais os objetivos que devem ser atingidos. Portanto, planejar é propiciar meios de compreensão, antecipação, cooperação e exploração das mudanças.

Além disso, foi evidenciado que o processo de planejamento dos gerentes ainda estar longe de ser uma prática pautada em base teórica, pois se percebe que o planejamento de suas atividades limita-se a participação nas reuniões das equipes de saúde da família, para construção de um “cronograma de atividades”, sendo este instrumento uma simples descrição das atividades desenvolvidas pelas equipes, onde os mesmos possuem voz de contribuição para a sua elaboração.

“(...) Todo mês é montado o cronograma aonde ele vai se desenvolver todo dia a cada dia, um atendimento a essa micro área, tem visita domiciliar, tem reuniões estratégicas, técnicas (...) temos as prevenções, temos as palestras, temos vídeos tudo isso de desenvolvimento de ações, esses atendimentos, a gerência que é minha parte que me cabe, é gerenciar estas estratégias, essas normas que foca a estratégia de saúde da família essas diretrizes que é passada pra gente tem que gerenciar juntamente com toda a equipe com todos, todos, todos, sem exceção de nenhum.” (Gerente 16).

QUADRO 02 - Distribuição das respostas dos sujeitos da pesquisa, quanto às atividades desenvolvidas e a frequência. Porto Velho, RO, 2013

Atividades	Todos os dias	Todas as semanas	Todos os meses	Raramente	Nunca
Resolver problemas de abastecimento e/ou reposição de material	1	6	15	-	-
Enviar relatórios a Secretaria Municipal de Saúde	-	-	16	-	-
Providenciar medicamentos, repor os pedidos da farmácia	-	8	16	-	-
Reunião os profissionais, coordenadores, ACS, Conselho municipal de saúde e outros	1	4	15	-	-
Conferir e levar pessoalmente as frequências dos funcionários a SMS	-	-	16	-	-
Participar de eventos de saúde como: conferências, seminários e outros	-	11	12	2	-
Abonar e encaminhar relatórios de faltas abonadas	5	2	14	-	-
Planejar atividades junto à comunidade	-	2	14	-	-
Planejar, coordenar e supervisionar serviços de saúde	12	2	7	-	-
Planejar, implantar e/ou participar de planos e programas de saúde	4	4	11	-	1
Elaborar e implantar normas/rotinas administrativas	3	2	11	2	-
Elaborar relatórios e boletins	-	-	16	-	-
Planejar, solicitar e distribuir recursos humanos	11	1	8	9	-
Distribuir tarefas	16	-	2	-	-
Prever material permanente	5	2	8	2	-
Supervisionar limpeza	16	1	-	-	-
Providenciar reparo e manutenção de aparelhos e equipamentos	1	7	12	-	-
Realizar reunião com a equipe de saúde da família	-	5	14	-	-
Substituir outros funcionários em licença, férias ou faltas.	13	7	13	-	-

Gerenciar em uma era de constante mudança é tarefa complexa, que requer disciplina e criatividade. Apenas reformular cronogramas e procedimentos não é suficiente para atender as múltiplas demandas e desafios do mercado. É necessário incorporar, no dia-a-dia, a discussão sobre os impactos causados pelas alterações contínuas do ambiente e criar condições para a obtenção de resultados efetivos, que atendam as expectativas da clientela atendida (GRÖNROOS, 2003).

Para Lima (2010), o planejamento visa orientar a adequada construção de planos de ação para a organização. Já Bezerra (2010), mostra esse conhecimento como ferramenta necessária para garantir a sobrevivência organizacional.

Outro aspecto relevante refere-se à comunicação, compreendida neste estudo como troca de conhecimentos, esclarecimentos, coordenação, supervisão e motivação de pessoas. Estas características da comunicação estão contidas nas competências gerenciais, entretanto são as mais fragilizadas e mais relevantes, pois saber como e quando repassar ou compartilhar conhecimentos demanda a compreensão dos indivíduos.

Durante a observação de campo, foi possível identificar que dos 16 gerentes, 13 utilizam a comunicação com os servidores da unidade e com usuários, porém focando nas necessidades imediatas de saúde da população restringindo-se a encaixes de consultas, reclamações da ausência do agente comunitário de saúde na área de atuação, entrega de medicação, agendamento para demanda espontânea, entre outros.

Além disto, observa-se que esta comunicação sofre alguns vieses no que tange ao poder decisório dos gerentes, pois se percebeu nos campos de pesquisa, que os gerentes não detinham poder sobre os servidores das unidades, principalmente no cumprimento de horários de trabalho, na manutenção dos serviços básicos das unidades, na manutenção da infraestrutura e no cumprimento do cronograma de atividades exposto.

Solicitados a discorrer acerca dos instrumentos ou estratégia utilizados para o desenvolvimento das ações na unidade, diversos gerentes trouxeram a fala sustentada pela comunicação entre os servidores e a gerência, como instrumento de desenvolvimento do seu trabalho com a equipe. As gerentes 4 e 7 fazem alusão a Gestão de Talentos e a Gestão de Conflitos e parece utilizar-se de conceitos desta competência (comunicação), mesmo sem saber que esta possui conteúdos teóricos que facilitam a utilização e o desenvolvimento de habilidades e atitudes pertinentes, conforme evidenciado nas falas:

“(...) como diretora minha primeira ação foi unir todo o corpo da unidade, todos os servidores fazem uma reunião, o nome da nossa reunião é até engraçada (vamos falar a mesma língua), e deu super certo por que acho

que o mais importante dentro das unidades é a comunicação, então após essa reunião, uma vez a cada mês ou a cada dois meses eu tento reunir as duas equipes do período da manhã e do período da tarde, pra gente esta elaborando um melhor atendimento (...). (Gerente 7)

”(...) falta de comunicação hoje não é tolerável, a gente tem que aprender a se comunicar com os pacientes externos e com os pacientes internos também, eu costumo dizer que a falta de comunicação ela pode derrubar um ciclo todo um trabalho todo e isso tanto as coordenadoras de equipe quanto eu que estou na gerencia a gente tem batido muito nessa tecla, qualidade comunicação e atendimento”. (Gerente 4)

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, abre 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 auto analíticos, 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. 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 no processo comunicativo, a reflexão crítica do processo de trabalho, num movimento de cogestão.

Ao focarmos o setor público de saúde e, mais especificamente, o papel dos gestores de Unidades Básicas de Saúde é importante ressaltar que no nível local eles também são reféns de regulamentações que restringem, no plano formal, sua autonomia. Dentre outras limitações, não contam com orçamento próprio para gerir recursos humanos, contratar, descontratar, realizar negociações salariais ou instalar mecanismos de incentivo ou sanção condicionados à produção de metas quanti ou qualitativas (ANDRÉ & CIAMPONE, 2007).

Sobre isto, Cubas (2005), relata que em uma pesquisa qualitativa sobre o gerenciamento de UBS em sua maioria, a agenda do gerente era lotada de problemas

emergenciais, não sobrando tempo para o planejamento; havia sobrecarga de demandas dos níveis mais centrais das secretarias, muitas vezes antagônicas e que até confrontavam o planejamento e as prioridades locais, além de pouca autonomia gerencial.

O gerente de uma UBS é responsável por uma equipe multiprofissional que precisa atuar sobre os problemas e as demandas de saúde de uma comunidade de referência, considerando os diferentes determinantes do processo saúde-doença (ambientais, sociais, biológicos e psicológicos). Isso implica em atividades interinstitucionais, alta capacidade de adequação às necessidades e flexibilidade. No entanto, sua perspectiva estratégica fica reduzida, à medida que as pesquisas demonstram que os modelos de gerenciamento local são predominantemente considerados clássicos, autocráticos, centralizados e com pouca participação da equipe na organização do processo de trabalho nas UBS (FRACOLLI & EGRY, 2001).

Vários gerentes, quando questionados sobre suas ações, informaram que há sempre inesperadas tarefas, como reuniões imprevistas, trabalhos administrativos intensos e de natureza variável. Além disto, percebe-se que para outros gerentes, o entendimento de planejamento de trabalho é ausente ou se confunde com o processo de trabalho da equipe de saúde da família, conforme evidenciado nas falas:

“Bom, eu desenvolvo o trabalho sempre buscando com as equipes ver quais são as dificuldades a decorrerência do dia a dia (...) a gente trabalha com quatro equipes da saúde da família, cada uma com medico, enfermeiro, dois técnicos de saúde e as equipes variam de quatro a seis ACS, que são os agentes comunitários, a gente atende o bairro que ainda não tem cobertura total, mas a gente, embora tenha um agravante que são localizar a unidade no bairro que não tem cobertura de PSF mas a gente sempre procura atender a demanda espontânea, na unidade também tem sala de vacina, farmácia, laboratório, pessoas especializadas odontológicas, a equipe também contem um dentista e um auxiliar odontológico, tem a equipe do NASF que é o núcleo de apoio a família, enfim tem todo um corpo, tem toda estrutura pra atender a população”. (Gerente 7)

“Então a gente desenvolve em cada equipe, a gente vai a cada equipe ter reuniões, eu vou lá discuto, debato com eles o que ta acontecendo na área, e a gente resolve o que tem pra resolver ali e bota em pratica aqui na unidade, por exemplo, entrega de formulários, então o trabalho que a gente desenvolve com a equipe, a gente fica também responsável pelas medicações as medicações da farmácia, ai tem os formulários de cada equipe tem que explicar direitinho pra cada um, os agentes comunitários principalmente porque eles que tão lá no foco da família eles que trazem pra mim às vezes não chega nem ao enfermeiro eles vem direto pra mim, eles dizem. Esta acontecendo isso, isso e isso. Eu digo, não, vamos lá, vamos lá e vamos resolver, então é isso aí”. (Gerente 5)

Podemos constatar que as atividades desses gerentes são administrativas, consiste em coordenar equipes, em coordenar e realizar atividades administrativas como escala de serviços, fluxo de atividades entre outras. Constata-se que para gerir melhor é preciso contar com bom contingente de profissionais e os recursos materiais são indispensáveis, o planejamento faz toda diferença no quesito de levantar problemas e buscar possíveis soluções.

De uma maneira geral os gerentes entrevistados restringem suas atividades a procedimentos técnicos específicos sobre a área de abrangência, sua unidade, o pessoal com o qual trabalha programas e políticas de saúde. Não existe a menor evidência de compreensão entre os entrevistados, que tais temas são importantes não só ao gestor, mas a todo e qualquer profissional que atue na Unidade.

Não existe também a crítica de que tais conhecimentos são alguns dentre os muitos a serem estudados por quem ocupará o cargo, necessita de um arcabouço teórico da formação específica para ser gestor, que possibilite liderar qualquer tipo de serviço.

Segundo Caproni (2002) os gestores devem desenvolver habilidades culturais gerais e específicas, habilidade de liderança de equipe, habilidades sociais, habilidades de “auto monitorização”, habilidades associadas à criação de uma missão clara e envolvente, habilidades associadas ao desenvolvimento da coerência, habilidades associadas à promoção da adaptabilidade e habilidades associadas à criação de um ambiente de trabalho de alto envolvimento.

4.3 O desconhecimento da Atenção Básica como modelo de reorganização das práticas assistências de saúde no Sistema Único de Saúde.

O conhecimento dos gerentes sobre o modelo de Atenção Básica foi citado neste estudo com a intenção de reconhecer o entendimento dos mesmos sobre o espaço de atendimento em saúde dentro da rede assistencial do Sistema Único de Saúde.

Nas falas, foi possível apreender que alguns gerentes atrelam o conceito do modelo de Atenção Básica em Saúde, as condições de oferta de serviços e como este é desenvolvido nas unidades onde gerenciam:

“Esse é bonitinho! (risos). A atenção básica em saúde deveria funcionar o básico em tudo. E na realidade não acontece! Não acontece porque às vezes sendo desenvolvido, é as pessoas chega com alguns sintomas, o médico encaminha, ele não tem certeza, mas ele encaminha pra Unidade, aqui não tem um Laboratório Químico, tem que encaminhar pra outra Unidade, onde tem Laboratório. Às vezes as pessoas chega lá e ‘ah, é tal área’, aí não vai

atender... Lá volta depois, de volta pra cá. ‘você me encaminhou pra eu fazer os exames...’ Não tem! Então assim, atenção básica ainda tá muito carente. Muito carente mesmo! Porque o básico, que a gente tinha que dar, a população, tinha que proporcionar a população e nós não estamos conseguindo. É eu acredito que por falta de mais investimentos, mais profissionais e isso mesmo (...)’.(Gerente 11)

Para outros gerentes o modelo de atenção básica é o suporte ao primeiro atendimento, pautado na prevenção. Mesmo assim, observa-se nas falas a ausência de um conceito de atenção básica, pautado no modelo de reorganização e ordenador da rede de atenção à saúde.

‘Atenção básica pra mim, é o primeiro atendimento do paciente na Unidade, para prevenção. Para prevenir que não aconteçam coisas piores e que ele possa está resolvendo o caso dele de emergência’.(Gerente 10)

‘Priorizar o paciente, primeiro atendimento, prioridade minha aqui com a atenção básica, são os pacientes da localidade, são os pacientes muito carentes de atendimento médico, de enfermeiros, e nós priorizamos em primeiro lugar os nossos pacientes da região. ‘Isso é o que eu entendo mais ou menos de atenção básica’.(Gerente 13)

‘Eu no meu ponto de vista eu entendo como atenção básica é o principal meio de você evitar o gasto com as doenças, porque se a gente conseguir investir na atenção básica, conseguir fazer esses pacientes ser atendido dentro da nossa unidade, evitando que esses pacientes se agravem pra chegar a media e alta complexidade, a gente vai ta evitando um gasto grande porque a gente sabe que cada internação de um cliente nosso caberia na faixa de vinte atendimentos(...)’.(Gerente 6)

O conhecimento sobre o modelo de Atenção Básica deve embasar o trabalho dos gerentes das unidades de saúde da família, pois se reconhece que a atenção básica aborda os problemas mais corriqueiros na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para elevar ao máximo a saúde e o bem-estar dos usuários assistidos.

Segundo Starfield (2004), ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influenciam a resposta das pessoas os seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Os gerentes declaram enfrentar grandes desafios em exercer seu papel no cenário em que atuam. O planejamento, a coordenação, a supervisão, dentre outras atividades se confundem com as ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família. Não diferente do momento anterior à implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, quando os profissionais eram indicados e, na maioria das vezes, apenas ocupavam o cargo, sem basicamente praticar a

gerência e ou não tinha experiência em saúde, a atual proposta de gestão exige do gerente o desempenho de atividades internas e externas, sempre comprometidos com os resultados.

Os entrevistados ao narrarem suas atividades não conseguem diferenciar e ou perceber que suas ações possuem características que diferenciam do seu papel como gerente e que estão relacionadas ao seu trabalho que é a assistência à população do território definido:

“A gente desenvolve o trabalho aqui na unidade da seguinte forma, fazendo agendamentos com os agentes comunitários, realizando visita domiciliar nas áreas e abrangências, e no nosso caso que tem exames laboratoriais, vacinas, tem o sistema CADSUS nosso cartão do SUS, SISREG que é a marcação de consulta com o CEM, e outros mais”. (Gerente 12)

Gerenciar é a função administrativa da mais alta importância – é o processo de tomar decisões que afetam a estrutura, os processos de produção e o produto de um sistema. Implica coordenar os esforços das várias partes desse sistema, controlar os processos e o rendimento das partes e avaliar os produtos finais e resultados. Numa organização, o gerente se responsabiliza pelo uso efetivo e eficiente dos insumos, de forma a traduzi-los em produtos (serviços, por exemplo) que levam a organização a atingir os resultados que se esperam dela. (PASSOS & CIOSAK, 2006).

Nessa situação é responsabilidade do gerente, coordenar as atividades e os recursos para o atendimento, por meio dos programas de saúde, definidos pelo Ministério da Saúde com o intuito de manter o funcionamento da unidade de saúde da família:

“(...) os programas, que a gente tem vários programas, programa de bebê, planejamento familiar e outros mais que no momento..., gestante, no caso o pré-natal, teste neonatal que agente realiza, tem o programa q eu já falei também que é, TB, hanseníase, DST, planejamento familiar, pré-natal, teste neonatal, acompanhamento da bolsa família também, os grupos de hiperdia, a gente faz o grupo de hiperdia, agora aqui na unidade tem uma nutricionista, acho que é a única unidade de saúde que ta tendo uma nutricionista é o Renato Medeiros, aí já tem acompanhamento com a nutrição também pra ajudar já”. (Gerente 12)

Quando discutimos que a descentralização, constitui fazer as coisas acontecerem o mais próximo do cenário ou da realidade da população, nos parece que os gerentes, que deveriam ser sabedores da situação da comunidade e detentores do poder de decisão (grande parte), estão vinculados ao gestor municipal que capta o poder dos recursos e decide como devem ser administrados.

Apresentam-se conformados, por diversas vezes, em fazer as unidades de saúde da família, funcionarem com escassez de recursos, fazendo o que podem para a população.

“Atenção básica, o que eu entendo sobre a atenção básica, também que me chamou muita atenção, é aquela, aquele companheirismo, de ajuda mesmo. Eu vejo assim, a atenção básica como um quadro, o coração da Secretaria da Semusa. Porque se ela está funcionando bem, com certeza as Unidades vão funcionar bem também. É o coração da Secretaria a atenção básica!”.(Gerente 16)

Diante dessa situação, aliada à falta de infraestrutura e a desmotivação dos funcionários, os gerentes se veem constantemente administrando conflitos e lidando com pressões de diversas naturezas, no nível local e na secretaria municipal de saúde, dos meios de comunicação, da comunidade e dos servidores, para proporcionar atendimento de qualidade e resolutivo.

Na base da despreocupação pelos problemas gerenciais do PSF está a visão ideológica da atenção primária seletiva que obscurece a complexidade da gerência dos cuidados primários. Essa visão simplificada da gerência do PSF faz parte da banalização da APS. Para solucionar esse problema é fundamental, primeiro, reconhecer que a gerência do PSF é uma tarefa de alta complexidade (MENDES, 2012).

V CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível a identificação do perfil dos gerentes das Unidades de Saúde da Família do Município de Porto Velho-RO. Considerando as características levantadas e discutidas, destacamos o número elevado de mulheres exercendo a função de gerente, reforçando a figura da mulher como a maior força de trabalho na saúde.

Diante dos resultados, preocupa o fato de que, em tempos de intensa reformulação na saúde, em especial na Atenção Básica e de utilização de novos modelos de gestão, pautados na flexibilidade e na participação multiprofissional e interdisciplinar, não tenha sido tomada como pré-requisito a capacitação e/ou a formação gerencial para ocupar os cargos de gerentes, analisando inclusive a especificidade da população atendida. Pela observação e pelas falas obtidas evidenciamos que os gerentes das USF de Porto Velho, em relação às competências gerenciais, possuem uma visão simplista e com despreparo para o desenvolvimento das ações.

Assim, entendemos que este despreparo, pode influenciar na maneira de operacionalização das ações e na dinâmica das equipes nas USF, podendo em muitas vezes, causar certa impotência e ineficiência às ações de saúde.

Além disso, por meio das falas, reconhecemos que gerenciar uma Unidade de Saúde da Família, vai além dos atributos individuais, sendo determinante para este processo, que a gestão municipal exerça seu papel, assumindo a responsabilidade no que tange ao aperfeiçoamento destes indivíduos por meio de Educação Permanente em Gestão em Saúde, possibilitando o acúmulo de conhecimentos mínimos necessários para responder às exigências da atual política de atenção básica.

Neste contexto, a comunicação entre gerentes, equipes e usuários, pode ser considerada um ponto facilitador para o desenvolvimento do trabalho gerencial, mesmo sendo esta técnica realizada em cenários internos em meio a filas de espera de atendimento, durante situações rotineiras da unidade.

Conhecer os desafios enfrentados por aqueles que assumem a função de gerente nas unidades de saúde, de fato, confirma que estes, necessitam de habilidades e atitudes adequadas para lidar com tais desafios.

Com isso, apesar da limitação indicativa deste cenário ter apontado apenas um pouco da complexidade e da variedade das situações inerentes ao município de Porto Velho, analisamos que o resultado dessa busca possa auxiliar nas políticas de recursos humanos que

torne válido um perfil de competências gerenciais que seja favorável à concretização de novos modelos de gestão em saúde em acordo com os novos modelos assistenciais desejados.

Diante disto, estudos como estes apontam para uma evidente necessidade de investimentos na educação permanente destes sujeitos, para que se possa alcançar uma competência gerencial, acreditando que a formação em saúde, pautadas no ensino em ciências da saúde, é de suma importância para o alcance deste novo modelo, encarando o gerente como parte integrante da equipe de saúde, com funções essenciais para contribuir com o fortalecimento da AB em Porto Velho.

5.1 RECOMENDAÇÕES

Que se altere a forma de ingresso desses gestores ao serviço público, de tanta importância como é o da saúde, bem como inclua na Lei Orgânica do Município de Porto Velho eleições diretas pela comunidade a esses cargos;

Que a SEMUSA constitua os conselhos locais de saúde e/ou os conselhos gestores nas USF para a democratização da gestão e controle social

Que seja efetivado um Programa de Capacitação em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas Municipais de Saúde, em parceria com a Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR. Tal capacitação deva ser anual para atingir a totalidade desses gestores, sendo instituída como um dos critérios de habilitação para futuros gestores administrativos das UBS de Porto Velho, para que estes gerentes se tornem verdadeiros agentes comprometidos com as políticas do SUS e com o atendimento humanizado nas instituições.

Que o Conselho Municipal de Saúde de Porto Velho acompanhe também todo esse processo de designação de pessoas externas e/ou trabalhadores do SUS como “gerentes” das UBS, exigindo que se cumpra o critério técnico de lotação de profissionais aptos para a execução dessas tarefas.

5.2 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

São muitas questões que merecem ser refletidas. Essas reflexões levam a variadas dimensões de investigação, visto que estabelecem um encadeamento dos processos que são

necessários para uma melhor assistência aos usuários das Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho. Torna-se conveniente a busca de novos estudos acerca do trabalho desenvolvido pelos gerentes nas UBS.

Embora os resultados obtidos possibilitem apresentar a percepção do trabalho gerencial, permanece a dúvida se, em algum momento, dados novos ou experiências individualizadas poderiam ser citadas, a fim de serem adotadas por outros gerentes em outras unidades da rede.

É comum na área de saúde, seus profissionais desenvolverem projetos de sucesso. Devido, porém, à dinâmica do próprio serviço, esses profissionais não se dispõem a divulgar o que é feito, nem apresentam seus resultados. Cada serviço é uma ilha. Então, é necessário construir pontes, a fim de possibilitar o intercâmbio de saberes e boas experiências.

Os resultados dessa pesquisa possibilita que novos estudos possam ser realizados, que vão desde a continuidade desse tema que é bastante amplo, bem como iniciação de outros. Ainda torna-se necessário repensar a gestão em saúde. Identificar quais aspectos precisa ser revisado, a fim de possibilitar a sua real aplicabilidade nas UBS.

Temos a convicção que este estudo, não conseguiu retratar em 100% a realidade enfrentada pelos gerentes no dia-a-dia das USF, mas sua maior contribuição talvez seja justamente a constatação científica das fragilidades que caracterizam o desempenho gerencial nas UBS de Porto Velho.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Rev de Adm Púb**, v. Edição comemorativa, p. 67-86, 2007.
- ALMEIDA, M. C.P. **O Trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva**. Rede Básica de Ribeirão Preto. 297fls. 1991. Tese (Livredocência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- ALVES, M; PENNA, C.M.M. BRITO, M.J.M. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) jul-ago;57(4): 441-6. 2004.
- ANDRÉ, AM, CIAMPONE, MHT, Competências gerenciais para a gestão de unidades básicas de saúde: percepção do gestor. **Rev EscEnferm**. USP. São Paulo. 2007.
- BARBIERI, A.R and HORTALE, V.A. Desempenho Gerencial em Serviços Públicos de Saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. , vol.21, n.5, pp. 1349-1356; 2005.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1977.
- BRASIL. **Informações de Saúde. Cobertura Saúde da Família**, 2013. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cesf/popmap.htm>. Acesso em 12 de mai 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. In: **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília: GTIT, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Mais Saúde: direito de todos: 2007-2011**. Brasília: Ministério da Saúde, Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 2008.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde /Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria 648/GM de 28 de março de 2006. In: **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. Ed. Série E: Legislação de Saúde. Série Pacto Pela Saúde. Brasília: MS, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária – Seminário do Conass para a construção de consensos/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição federal. 16 ed. São Paulo: 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução MS/ CNS/CNEP nº 196/96 de 10 de outubro de 1996.** Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf. Acesso em: 11 de mai 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário-Projeto GERUS.** 325i. Brasília-DF. 1995.

BERTONCINI, JH. **Da Intenção ao Gesto uma Análise da Implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau.** [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

BEZERRA, I. C. **Perfil de competências gerenciais no ensino superior tecnológico.** Dissertação de Mestrado. 2010. 147fls. Dissertação (Mestrado profissional em Administração). Universidade Potiguar, Natal.

CAMPOS. G.W.S. **Considerações sobre o processo de Administração e Gerência dos Serviços de Saúde.** In: CAMPOS, GWS; MERHY, EE; NUNES, ED. **Planejamento sem normas.** São Paulo: Hucitec, 1994.

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.

_____. **A saúde pública e a defesa da vida.** São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. **Reforma da reforma:** repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAPRONI, P.J. **Treinamento Gerencial:** como dar um salto significativo em sua carreira profissional. São Paulo: Makron Books; 2002.

CASTANHEIRA, E. R. L. **A gerência na prática programática.** In: SCHRAIBER, L. B. *et al.* (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica.** São Paulo: Hucitec, 1996.

CASTRO, M.F.S. **Tendências do Gerenciamento nas Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.** / Maria de Fátima da Silva Castro. Belo Horizonte: FNH, 2007.

CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

CUBAS, M.R. Planejamento local: a fala do gerente de Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2005 mai-jun; 58(3): 278-83

CHIAPINOTTO, L; FAIT, C.S. e MAYER JÚNIOR, M. O modo de fazer saúde: reflexões sobre o cotidiano de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre-RS. **Saúde e Sociedade,** v.16, n.1, p.155-164, jan-abril, São Paulo, 2007.

CHIAVENATO, I. **Teoria Geral da Administração.** v.1, São Paulo: McGraw-Hill, 1979

DAHER, O. R.; SCHIEHLL. E. **Práticas gerenciais como determinantes da gestão do conhecimento**: uma comparação entre empresas certificadas e não certificadas pela ISSO 9001:2000. HEC MONTREAL, 2006.

DAVEL, E e MELO, MCO. **Gerência em Ação**: singularidades e dilemas do trabalho gerencial: Editora FGV. Rio de Janeiro. 2005.

DESLANDES, S.F; GOMES, R. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 25 ed. Revista e atualizada. Ed. Vozes, Petrópolis, RJ 2007.

DUSSAULT, Gilles. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigência. **RAP: Revista de Administração Pública**. 26(2): 8-19, Rio de Janeiro, 1992.

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

FERNANDES, L.C.L.; MACHADO, R.Z.; ANSCHAU, G.O. **Gerência de Serviços de Saúde**:competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciênc. Saúde coletiva**[online]. v.14.2009.

FERREIRA, Avilmar Santos. Competências Gerencias para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 9(1):69-76, 2004.

FEUERWERKER, L. C.; LIMA, V. V. **Os paradigmas da atenção á saúde e da formação de recursos humanos**. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. MS/ OPAS/ OMS. 2002. Brasília, 2002.

FRACOLI, L.A. **O Processo de Trabalho de Gerência**: possibilidades e limites frente à reorganização do trabalho na rede básica de saúde de Marília. São Paulo, 1999. 2012fls. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRÖNROSS, C. **Marketing**: gerenciamento e serviços. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

IBGE. INSTITUO Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: [HTTP://www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 21 de jun de 2012.

INGRAM, D. **Habermas e a dialética da razão**. Trad. de Sérgio Bath.: Ed. UnB, Brasília 1993.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Gerência dos serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol.6, n.3, pp. 247-259. 1990.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, v.6, n.2, p.31-46, Brasília, 1997.

LIMA, A. K. C.; BARRETO, M. A. **Competências gerenciais: a percepção de gestores de uma IES pública**. Dissertação de mestrado. Mestrado profissional em administração. Universidade Potiguar. Natal, 2010.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 7. Ed. Atlas, São Paulo, 2008.

MENDES, E. V. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. Hucitec, São Paulo, 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**. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. Xamã, São Paulo, 1998.

_____. **A saúde pública como política: São Paulo 1920-1948, os movimentos sanitários, os modelos technoassistenciais e a formação das políticas governamentais**. Hucitec: São Paulo 1992.

MERHY, E. E. O Ato de Governar as Tensões Constitutivas do Agir em Saúde como Desafio Permanente de Algumas Estratégias. **Ciências Saúde Coletiva**; 305-3029. 1999.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. Ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINTZBERG, Henry. The manager's job: folklore and fact. In: KOLB, Osland Rubin. **The Organizational Behavior Reader**. [S.l.]: Prentice Hall, 1995.

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

MOTTA, PR. **Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 14 ed. Rio de Janeiro: Record; 2003.

OMS/Unicef. **Declaração de Alma Ata in Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. 6-12 set. 1978.

PASSOS, JP; CIOSAK, SI. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em uma Unidade Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm**; v.40, n. 4, p.464-8, USP, 2006.

PEDUZZI, M; PALMA, J.J.L. **A equipe de saúde**. In: SCHRAIBER, L.B; NEMS, M.I.R; MENDES-GONÇALVES,R.B.(Orgs). Saúde do Adulto: programa e ações na unidade básica de saúde. São Paulo, Hucitec, 2000.

PIRES, D. Reestruturação Produtiva e Conseqüências para o Trabalho em Saúde **Rev. Bras Enfermagem**. n. 53, p.251-63, 2000.

PORTO VELHO. **Plano Municipal de Saúde 2009-2012**. Secretaria Municipal de Saúde. 144p. Porto Velho: 2012.

RAMIRES, E. P; LOURENÇÃO, L. G; SANTOS, M. R. Gerenciamento em Unidades Básicas de Saúde: conhecendo experiências. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-SP, volume 11, n. 4, out/dez-2004.

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.

RIBEIRO, E.M; PIRES, D and BLANK, V.L.G. A Teorização sobre Processo de Trabalho em Saúde como Instrumental para Análise do Trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol.20, n.2, pp. 438-446. 2004

SÁ, M.C. O Mal-estar nas Organizações de Saúde: planejamento e gestão como problemas ou soluções? **Ciências Saúde Coletiva**, 4: 255-8 1999.

SALES, J.M. **A mudança organizacional na força de trabalho do Ministério da Saúde**. (Monografia) administração. Faculdade Cenecista de Brasília, ceilandia, DF, 136 fls. 2009.

SILVA, S.F.da. et al. Org. **Redes de Atenção à Saúde no SUS**: o pacto pela saúde e redes de ações e serviços de saúde. 2 ed., SP: Saberes Editora, Campinas, 2011.

SOUZA, MF. **A Cor-Agem do PSF**. São Paulo: Editora Hucitec; 2001.

SPAGNOL, CA. (Re) Pensando a Gerência em Enfermagem a Partir de Conceitos Utilizados no Campo da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (1):119-127, 2005.

STARFIEL, B. **Primary Care**. Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York/Oxford: Oxford University Press. 1998.

TEIXEIRA, E. & MINK, C. **Competências Múltiplas Gerenciais**. Makron Books, São Paulo: 2002.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação**: o caso da saúde. Hucitec/ Abrasco, São Paulo: 1995.

VANDERLEI, Maria. **O Gerenciamento na Estratégia da Saúde da Família**: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do Estado do Maranhão. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, EERP/ USP, 245fls. Ribeirão Preto. 2005.

VON SPERLING, L. G. **Expectativas e Estratégias de Auto-regulação dos Gerentes frente a Processos de Reestruturação e Modernização**: um estudo em organizações da administração pública indireta. Minas Gerais, Belo Horizonte. 175 fls. 2002. Dissertação (mestrado) UFMG. Departamento de Ciências Administrativas.

WHO.EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES.**Decentralization in Health Care**. Brussels: Open University Press, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2006.

APÊNDICE

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa intitulada: **COMPETÊNCIAS GERENCIAIS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO VELHO-RO: DA TEORIA À PRÁTICA EM DISCUSSÃO**, através do Mestrado Profissional em Ensino e Ciências da Saúde, do Núcleo de Saúde da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Departamento de Medicina. A pesquisadora responsável é Maria Zilma Conceição de Souza (Telefone para contato (69) 9247-4638). A pesquisa trata sobre as ações desenvolvidas pelos gestores das unidades de saúde da família de Porto Velho. Para isso, o estudo tem como objetivo analisar as competências essenciais para gerenciar unidades de saúde, através das práticas desenvolvidas dos gerentes das Unidades de saúde da Família de Porto Velho, Rondônia, bem como descrever o perfil dos gestores das unidades de Saúde da Família de Porto Velho; identificar os instrumentos utilizados pelos gestores no processo de trabalho gerencial nas Unidades de Saúde da Família e apreender os conhecimentos dos gerentes acerca da estratégia saúde da família. Os gerentes que aceitarem participar irão responder a uma entrevista, com perguntas semi-estruturadas que serão gravadas em aparelho eletrônico. O conteúdo das gravações será apagado após a transcrição das falas que somente a pesquisadora e seu orientador terão acesso. Os nomes dos profissionais não serão revelados em nenhum momento do estudo. Não haverá nenhum tipo de despesa para a participação na pesquisa, assim como não será pago nenhum tipo de remuneração para a sua participação. Salientamos que será mantida a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa. Após a assinatura deste termo você estará colaborando com o estudo e autorizando a divulgação dos resultados em eventos científicos e sua publicação em periódicos da área da saúde.

Consentimento Pós-Informação:

Eu, _____, gestor (a) da Unidade de Saúde da Família _____, fui informado (a) sobre o objetivo da pesquisa, e estou de acordo. Por isso assino este termo em duas vias de igual teor.

Porto Velho, de _____ de 2013.

Assinatura da pesquisadora / carimbo

Assinatura do (a) participante / carimbo

CPF: _____

RG: _____

APÊNDICE B**ROTEIRO DE ENTREVISTAS****IDENTIFICAÇÃO:**

Idade: _____

Sexo: Feminino () Masculino ()

Escolaridade: Ensino Fundamental incompleto () Ensino Fundamental completo () Ensino Médio incompleto () Ensino Médio completo () Superior incompleto () Superior completo () Qual curso: _____ Ano de conclusão: _____

Pós-Graduação: Sim () Não () Qual: _____

Ano de conclusão: _____

Tempo de atuação na unidade: _____

Forma de admissão: Estatutário () Comissionado ()

PERGUNTAS:

1. Como você desenvolve seu trabalho aqui nesta Unidade de Saúde da Família?
2. Fale-me o que você sabe sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família?
3. Quais os instrumentos e/ou estratégias que você utiliza para o desenvolvimento de suas ações de gerência nesta unidade?
4. Quais atividades as equipes de saúde da família desenvolvem nesta unidade?
5. Fale sobre o que você entende sobre atenção básica em saúde.

APENDICE C**ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA DAS
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS GERENTES**

Horário de Chegada do Gerente: __: __h.

Primeiras atividades desenvolvidas:

Relacionamento interpessoal:

Forma de comunicação:

Poder de decisão e participação nas atividades diárias das equipes.

APÊNDICE D

DESCRIÇÃO DO INVENTÁRIO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS GERENTES EM UMA SEMANA DE TRABALHO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (TEIXEIRA, 2002).

Atividades	Todos os dias	Todas as semanas	Todos os meses	Raramente	Nunca
Resolver problemas de abastecimento e/ou reposição de material					
Enviar relatórios à Secretaria Municipal de Saúde					
Providenciar medicamentos, repor os pedidos da farmácia					
Reunir os profissionais, coordenadores, ACS, Conselho Municipal de Saúde e outros					
Conferir e levar pessoalmente as frequências dos funcionários à SMS					
Participar de eventos de saúde como: conferências, seminários e outros					
Abonar e encaminhar relatórios de faltas abonadas					
Planejar atividades junto à comunidade					
Planejar, coordenar e supervisionar serviços de saúde					
Planejar, implantar e/ou participar de planos e programas de saúde					
Elaborar e implantar normas/rotinas administrativas					
Elaborar relatórios e boletins					
Planejar, solicitar e distribuir recursos humanos					
Distribuir tarefas					
Prever material permanente					
Supervisionar limpeza					
Providenciar reparo e manutenção de aparelhos e equipamentos					
Resolver problemas de funcionários					
Realizar reunião com a equipe de saúde da família					
Substituir outros funcionários em licença, férias ou faltas					

ANEXO

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Prática Gerencial das Unidades Básicas de Saúde: Limites e Possibilidades.

Pesquisador: Maria Zilma Conceição de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09438013.0.0000.5300

Instituição Proponente: Universidade Federal de Rondônia - UNIR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 220.956

Data da Relatoria: 15/03/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo qualitativo descritivo com objetivo de avaliar as competências gerenciais dos diretores que atuam em 17 unidades de saúde da família no município de Porto Velho - RO, através de entrevista semiestruturada com questões abertas. Os dados coletados através de gravação em áudio serão transcritos e categorizados para serem analisados à luz do método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2004). As falas serão transcritas para elaboração de categorização temática. O conteúdo analisado será utilizado para elaboração da dissertação de mestrado profissional em Ensino em ciência da Saúde - UNIR, sob orientação do Dr. Haroldo Cristovam T. Leite.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL: Estudar as competências necessárias para gerenciar unidades básicas de saúde, num contexto de mudanças de práticas.

ESPECÍFICOS: 1. Descrever o perfil de formação dos gestores das unidades básicas de saúde de Porto Velho;

2. Verificar as estratégias e instrumentos utilizados no processo de trabalho na prática gerencial no Programa Saúde da Família, no município Porto Velho-RO;

3. Identificar as competências profissionais para constituir objetivos para a formação de profissionais de saúde.

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

Bairro: Centro

CEP: 78.000-000

UF: RO

Município: PORTO VELHO

Telefone: (601)182-2111

E-mail: relatoria@unir.br; cep.unir@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o protocolo, não há riscos de qualquer natureza para os participantes da pesquisa

Quanto aos benefícios, a pesquisadora relata que serão traduzidos em conhecimentos para o grupo avaliado quando receberem o resultado da pesquisa e para o gestor municipal de saúde como subsídio para elaborar propostas de intervenção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Segundo o protocolo, trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva, a ser realizada através do entrevista com 17 gerentes (diretores) das 17 unidades de saúde da família da área urbana da cidade de Porto Velho que possibilitará conhecer as práticas exercidas pelos mesmos. Para a coleta de dados será utilizada a técnica de entrevista semiestruturada que será aplicada através de roteiro para coleta de dados de identificação relevantes a pesquisa e um questionário previamente elaborado pela pesquisadora com perguntas que possibilitem levantar o perfil de formação do gerente, a formação profissional, a forma como o mesmo foi admitido e suas concepções sobre a atuação do gerente em uma unidade básica de saúde. Após a autorização da realização da pesquisa pelo gestor, será formalizado o convite a cada gerente, colhidas as assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para então ser agendada uma data para cada entrevista, que será realizada no local e horário de trabalho dos sujeitos. Os dados qualitativos coletados por meio das entrevistas serão categorizados, transcritos e analisados para serem posteriormente confrontados com a literatura e elaboração da dissertação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto está devidamente preenchida e registrada a ciência institucional. O protocolo de pesquisa apresenta referencial teórico adequado à problemática a ser estudada e as referências bibliográficas são pertinentes ao tema. A metodologia é de uma pesquisa qualitativa descritiva, a ser realizada através de entrevista.

Apresenta cronograma e orçamento bem detalhado da previsão de gastos que serão custeados pela pesquisadora, apresenta carta do Programa de Pósgraduação dirigida ao Secretário municipal de saúde. Os critérios de inclusão e exclusão estão bem definidos. Apresenta TCLE redigido de forma clara, contemplando as questões éticas de acordo com a resolução 196/96 do CNS.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise detalhada do projeto "A Prática Gerencial das Unidades Básicas de Saúde: Limites e Possibilidades" e considerando as normas estabelecidas na Resolução 196/96/CNS/MS, a relatora se manifesta a favor da aprovação do projeto de pesquisa.

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2905 campus José R.

Bairro: Centro

CEP: 78.000-000

UF: RO

Município: PORTO VELHO

Telefone: (69)182-2111

E-mail: reitoria@unir.br;cep.unir@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer do Protocolo de Pesquisa "A Prática Gerencial das Unidades Básicas de Saúde: Limites e Possibilidades" foi apreciado e aprovado em Reunião do Colegiado, realizada em 15/03/2013.

PORTO VELHO, 17 de Março de 2013

Assinador por:

LUCINDA MARIA DUTRA DE SOUZA MOREIRA
(Coordenador)

ANEXO B

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDONIA-UNIR
 NUCLEO DE SAÚDE
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA
 MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO E CIÊNCIAS DA SAÚDE**

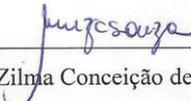
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE

Solicitamos a Vossa Senhoria, que seja autorizada a realização da pesquisa intitulada: **A PRÁTICA GERENCIAL DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: Limites e Possibilidades**, do Mestrado Profissional em Ensino e Ciências da Saúde.

Tal autorização nos permitirá ter acesso as Unidades de Saúde da Família do município de Porto Velho, para a aplicação de um instrumento de pesquisa (questionário) para coleta de dados junto aos gerentes das Unidades de Saúde da Família do Município. Asseguramos que em nenhum momento serão divulgados os nomes dos profissionais e quando for encerrada a pesquisa uma via do relatório final será disponibilizada a esta Secretaria.

Agradecemos à colaboração, colocando-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessário.

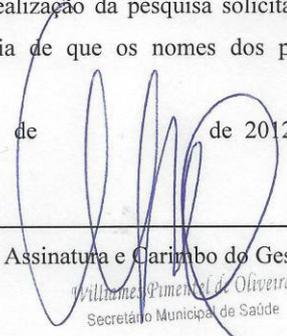
Atenciosamente,



 Maria Zilma Conceição de Souza.
 Aluna do mestrado Ensino e Ciências da Saúde
 Responsável pela Pesquisa

Eu, Williames Pimentel de Oliveira, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, autorizo a realização da pesquisa solicitada pelo pesquisador, assinando este documento com a garantia de que os nomes dos profissionais e do gestor serão preservados.

Porto Velho, de de 2012.



 Assinatura e Carimbo do Gestor
 Williames Pimentel de Oliveira
 Secretário Municipal de Saúde