



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

RAFAEL DAMASCENO DE BARROS

**ANÁLISE DA CAPACIDADE DE GESTÃO DOS
DIRIGENTES DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR - BA**

Salvador
2011

RAFAEL DAMASCENO DE BARROS

**ANÁLISE DA CAPACIDADE DE GESTÃO DOS
DIRIGENTES DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR - BA**

Monografia apresentada à disciplina
Trabalho de Conclusão de Curso ENF A
51 à Escola de Enfermagem da
Universidade Federal da Bahia como
requisito para obtenção de grau de
Bacharel em Enfermagem

Orientadora: Profa. Heloniza O. G Costa

Salvador

2011

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde,
SIBI - UFBA.

B277 Barros, Rafael Damasceno

Análise da capacidade de gestão dos dirigentes de unidades de saúde da família no município de Salvador – BA / Rafael Damasceno de Barros. – Salvador, 2011.

67 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Heloniza Oliveira Gonçalves Costa.

Co-orientadora: Prof^a Melissa Almeida Silva.

Monografia (Graduação) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2011.

1. Gestão em Saúde. 2. Saúde da Família. 3. Capacidade de Gestão. I. Costa, Heloniza Oliveira Gonçalves. II. Silva, Melissa Almeida. III. Universidade Federal da Bahia. IV. Título.

CDU: 614

RAFAEL DAMASCENO DE BARROS

**ANÁLISE DA CAPACIDADE DE GESTÃO DOS DIRIGENTES DE UNIDADES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR - BA**

Monografia apresentada à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso ENF A
51 à Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para
obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem

Aprovada em ____/____/_____.

BANCA EXAMINADORA

HELONIZA OLIVEIRA GONÇALVES COSTA - Orientadora _____

Doutora em Administração pela Universidade Federal da Bahia. Professora da Escola da
Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

MELISSA ALMEIDA SILVA - Co-orientadora _____

Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Professora da Escola da Enfermagem
da Universidade Federal da Bahia.

MARÍLIA SANTOS FONTOURA _____

Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.
Professora da Escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

A todas as pessoas que lutam cotidianamente por um Sistema Único de Saúde universal, forte, resolutivo e emancipatório.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe Marluce, meu pai Ney e meu irmão Rodrigo, por estarem sempre presentes na minha vida, sendo essenciais em todo este trajeto.

A minha namorada Aiara, que em todo este tempo foi um “porto seguro” em todas as ocasiões me dando força, sabedoria e carinho.

Ao Diretório Acadêmico de Enfermagem da UFBA, por todas as vivências que este me proporcionou, dando-me condições para traçar um projeto político para minha vida.

Ao Coletivo “O Estopim” por também ter me proporcionado espaços de aprendizagens que nenhuma graduação em qualquer universidade do país poderia ter me oferecido, além dos grandes amigos que obtive neste importantíssimo espaço.

À Helô, minha paciente orientadora, por ter me aturado em todo este processo de construção desta monografia, sendo extremamente compreensiva com meus atrasos nos prazos e extraordinariamente eficaz nas suas orientações.

À Melissa, minha co-orientadora, por ter me ajudado muito nos processos finais, além de ser autora do mestrado que foi fonte de pesquisa para esta monografia.

Aos meus amigos da Patotinha que conseguiam me desestressar nos momentos em que estava aflito com esta monografia.

BARROS, Rafael Damasceno. **Análise da capacidade de gestão dos dirigentes de unidades de saúde da família no município de Salvador – Ba.** 2011. 63 f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, sendo desdobramento de uma pesquisa avaliativa, tendo como objetivo geral analisar a capacidade de gestão dos dirigentes de USF no município de Salvador – Ba, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde. Para atingir o objetivo da pesquisa foram definidas três dimensões analíticas: competência técnica; competência política e competência administrativa. Todos os dados foram coletados no banco de dados que fundamentou a dissertação de mestrado “Avaliação da Rede de Unidades de Saúde da Família com foco na Integralidade” (Silva, 2010). A amostra ficou composta por 13 gestores de USF, distribuídos em 11 distritos sanitários do município. Como resultado foi identificado que o perfil dos gestores foi caracterizado por uma maioria de mulheres (69,2%), afrodescendentes (69,2%), casadas ou em união estável (61,5%) e com mais de 35 anos (77%). Foi evidenciado que o gestor que tinha formação específica em administração, possuía maior capacidade técnica e administrativa aproximando suas unidades da integralidade das ações e serviços de saúde. Contudo a grande maioria não tinha nem pós-graduação na área específica evidenciando a fragilidade da competência técnica. Ainda na mesma dimensão foi identificado que a maioria (61,5%) dos gestores tinha menos de um ano de experiência no cargo e nenhum com mais de quatro anos, sendo que esta pouca experiência não interferiu significativamente nos resultados de aproximação ou não da integralidade. Sobre a dimensão da competência política foi analisado a existência de projeto político específico para resolução de problemas de saúde da população e a existência de conselho local de saúde específico da unidade, sendo que apenas um pouco mais da metade (53,9%) afirmou ter o projeto e apenas 5 (38,4%) confirmou a existência do conselho local. Sobre a competência administrativa, foi analisada a utilização

dos instrumentos de gestão (planejamento, monitoramento e avaliação) e como resultado obteve-se que a grande maioria realiza planejamento e monitoramento (69,2 % e 76,9% respectivamente), entretanto 6 (46,1%) dos gestores afirmaram que não houve nenhuma mudança no processo de trabalho na unidade nos últimos três meses, o que abre espaço para o questionamento da eficácia do monitoramento e da avaliação realizada. Portanto a pesquisa evidenciou a fragilidade da gestão das USF no município de Salvador, contudo ainda assim foi possível perceber que as unidades que possuíam gestores com maior capacidade técnica, política e administrativa estavam mais próximas de garantir a integralidade das ações e serviços de saúde fortalecendo a Estratégia de Saúde da Família.

Palavras chave: Gestão em Saúde; Saúde da Família; Capacidade de Gestão.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DA GESTÃO	16
3 A ATENÇÃO BÁSICA, A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO.	20
4 CARACTERÍSTICAS DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA GARANTIR A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO.	23
5 PROCECIMENTOS METODOLÓGICOS	29
5.1 DIMENSÕES ANALÍTICAS E VARIÁVEIS DO ESTUDO	30
5.2 FONTE, INSTRUMENTOS E ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS	31
5.3 ANÁLISE DOS DADOS	32
5.4 ASPECTOS ÉTICOS	33
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	33
6.1 PERFIL DOS GESTORES DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	33
6.2 COMPETÊNCIA TÉCNICA.....	34
6.3 COMPETÊNCIA POLÍTICA	39
6.4 COMPETÊNCIA ADMINISTRATIVA	43
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	49
ANEXO I – QUESTIONÁRIO DOS GESTORES	55

1 INTRODUÇÃO

A Saúde é uma questão que tem ocupado o centro das atenções de muitas pessoas, governos, empresas e comunidades. Além de corresponder a um estado da vida, isto é, a um modo de levar a vida, a saúde compõe um setor onde se produzem bens e serviços. (PAIM, 2009)

Paim (2009) ainda observa que a sociedade espera que o setor saúde cuide das pessoas e das populações, mediante ações individuais e coletivas. A saúde tem sido reconhecida como o completo bem-estar físico, mental e social, sendo um processo caracterizado pelas relações dos homens com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas) num determinado espaço geográfico e num determinado tempo histórico (CHIAVENATO, 1985). A garantia à saúde transcende, portanto, a esfera das atividades clínico-assistenciais, suscitando a necessidade de um novo paradigma que dê conta da abrangência do processo saúde-doença. Neste sentido o propósito almejado é que as pessoas possam ter uma vida com qualidade. Para garantir esta premissa, há a necessidade da organização de um conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações. Essas agências (instituições e empresas) e agentes (profissionais e trabalhadores de saúde) fazem parte de algo maior, ou seja, o sistema de saúde.

Os componentes principais: de um sistema de serviços de saúde são: a infraestrutura, a organização, a gestão, o financiamento e a prestação de atenção (KLECZKOWSKI, ROEMER & WERF, 1984). No último quesito abrigam-se as noções de modelos de atenção enquadrando-se o cuidado, a assistência, a intervenção, as ações ou as práticas de saúde. Obviamente os modelos de atenção à saúde no Brasil evoluíram de acordo com as características estruturais de cada

tempo histórico da sociedade brasileira, sendo influenciados diretamente pelos modelos políticos, econômicos e ideológicos vigentes.

A conquista da democracia em 1985 possibilitou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano seguinte. Nesse evento foi reafirmado o reconhecimento da saúde como *direito de todos e dever do estado*, recomendando a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado (com atribuições específicas para União, estados e municípios) e democrático (garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação). A partir desta conferência, a sociedade brasileira passou a dispor de um conjunto doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltados para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. E é justamente esse processo de democratização na saúde que naquela época cunhou-se o nome de Reforma Sanitária Brasileira (RSB). (PAIM, 1987b).

O Movimento da RSB defendia a democratização do país e também se contrapunha a organização histórica dos serviços de saúde expressa através da lógica do sanitarismo campanhista (modelo sanitarista campanhista), seguida pela lógica médico assistencial, isto é, organizado sob a lógica do atendimento à demanda espontânea, modelo médico assistencial privatista, que tornou-se o modelo hegemônico (PAIM, 2008).

Segundo Menéndez (1992) o modelo médico hegemônico apresenta os seguintes traços fundamentais: 1) individualismo; 2) saúde/doença como mercadoria; 3) ênfase no biologismo; 4) a historicidade da prática médica; 5) medicalização dos problemas; 6) privilégio da medicina curativa; 7) estímulo ao consumismo médico; 8) participação passiva e subordinada dos consumidores. Todas estas características, segundo o autor supracitado, refletiam o sociometabolismo existente na sociedade brasileira, advindo e fundamentado pelas contradições e interesses econômicos, políticos e ideológicos. Portanto, como a organização do sistema de serviços e práticas de saúde era pautada por todas estas características, esta situação refletia-se tanto nas macropolíticas existentes, como no microcosmo das práticas e organizações dos serviços prestadores de saúde,

atingindo e influenciando a cultura, a ideologia e conseqüentemente a práticas dos profissionais de saúde e da população.

Em contraponto, o modelo assistencial proposto para o Sistema Único de Saúde teve suas bases formuladas pelo movimento de diversos setores sociais e por isso adotou princípios como a Universalidade, Equidade e Integralidade. Estes princípios se complementam uma vez que propõem acesso por parte de qualquer cidadão ao sistema de saúde, com distribuição equânime da oferta de serviços, priorizando aqueles que têm demandas mais urgentes, com a intenção de que cada indivíduo ou grupo populacional tenha as necessidades de saúde atendidas em sua integralidade (SILVA, 2010).

Portanto, o modelo defendido pelo movimento da Reforma Sanitária traz um olhar diferenciado para a saúde, quebrando paradigmas históricos construídos. A Saúde por lei passa a ser vinculada a um conjunto de determinantes sociais, além de direito de todo e qualquer cidadão, tendo que ser garantida pelo Estado. Neste sentido, com a criação do SUS, é colocada a necessidade de estruturar um sistema de saúde de acordo com um conjunto de princípios e diretrizes que conseguisse abarcar a mudança no modo de ver, pensar e agir em saúde. O que implica em interferir diretamente tanto nas políticas públicas quando nas práticas profissionais e na organização dos serviços de saúde.

Entretanto, mesmo com mais de 20 anos de sancionada a lei que oficializou o SUS, as mudanças propostas ainda não se efetivaram. O que está sendo implementado ainda não conseguiu reverter o modelo médico hegemônico. O que se constata é a coexistência de forma contraditória, conturbada e paradoxalmente complementar de dois modelos. Pode-se perceber uma organização da saúde através de campanhas ou programas que buscam atender as necessidades coletivas da população (vacinação, controle de epidemias, erradicação de endemias etc). Dentre estes existem programas especiais estratégicos como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) além de outros como: controle de tuberculose, saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental, controle do tabagismo, câncer etc, além das vigilâncias

epidemiológica e sanitária trazendo um novo conceito de avaliar, acompanhar, monitorar, planejar e agir sobre as necessidades de saúde da população brasileira. (PAIM, 2008)

Toda esta organização proposta tem tido diversas dificuldades em sua operacionalização, o que reflete na organização das práticas e serviços de saúde que ainda, em muitos lugares do país se organizam muito mais com as características do modelo médico hegemônico do que com o modelo proposto pela RSB. Santos (2009, p 18) afirma que:

[...] atenção básica expande-se aos estratos mais pobres da população, mas na média nacional estabiliza-se na baixa qualidade e a resolutividade não consegue constituir-se na porta de entrada preferencial do sistema, nem reunir potência transformadora na estruturação do novo modelo de atenção preconizado pelos princípios constitucionais;

O motivo desta dificuldade de concretização das mudanças estruturais proposta para o SUS passa desde o financiamento ainda substancialmente ínfimo diante das complexidades de um sistema único e universal de saúde a própria gestão deste a partir da não operacionalização das diretrizes e princípios organizacionais presentes na constituição pelos diversos gestores do SUS espalhados pelo país nas três esferas. Esta situação de ineficácia do sistema é fortalecida e sustentada também por interesses políticos, ideológicos e econômicos de setores que lucram com a saúde ou a doença da população como as grandes corporações farmacêuticas e de planos de saúde privados. Portanto, o sistema de saúde brasileiro, ainda está longe do ideal preconizado pela RSB e oficializado pela constituição de 1988, contudo pôde-se perceber que ainda assim muitos avanços foram alcançados na direção de fortalecer a reorganização das práticas e serviços de saúde oferecidos a população aos moldes pretendidos pela RSB. Dentre estes vale destacar a Estratégia de Saúde da Família (ESF). (Santos, 2009)

A ESF é colocada como estruturante para a reorganização das práticas e serviços de saúde no Brasil superando, inclusive, o *status* de programa, tornando-se

uma estratégia considerada estruturante para organização do SUS. É hoje considerada uma política nuclear para a organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), pois tenta reorganizar, tanto as práticas, os serviços quanto o modo de ver a saúde, tanto de profissionais como de usuários, numa tentativa de operacionalizar uma mudança real na concepção do agir em saúde. Para atingir estes objetivos a ESF é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.

O programa de Saúde da Família teve início em 1994 e vem apresentando um crescimento expressivo nos últimos anos. Em setembro de 2010, 99,4 milhões de pessoas estavam cobertas pela ESF. Em setembro de 2010 já eram mais de 31 mil equipes em todo o país, perfazendo em torno de 52% de cobertura populacional (SIAB, 2010). Estes números, em termos de abrangência podem ratificar a Saúde da Família como uma política pública de estado. No entanto, esta velocidade de expansão das ESF não é garantia de adesão de gestores estaduais e municipais aos princípios do SUS, dado que outros fatores podem estar incentivando essa adesão, como, por exemplo, a necessidade de captação de recursos.

De todo modo, a implementação de mudanças dessa natureza acarreta uma série de confrontos ideológicos, políticos e econômicos, tanto no macrocosmo das políticas nacionais de saúde como no microcosmo da organização das práticas e dos serviços de saúde. Afinal, é um novo olhar sobre a saúde e uma nova forma de agir e organizar os serviços e as práticas de saúde, que tem uma direção contrária ao modelo até então hegemônico.

Nesta perspectiva, faz-se necessário recolocar a importância estratégica da atenção básica ou primária a saúde, como ressalta Narvai (2005), enfatizando que a rede de unidades básicas de saúde, que são a porta de entrada do indivíduo no sistema, não deve ser apenas uma porta de passagem, e sim, ser a atenção primeira ou atenção primária capaz de resolver 70% dos problemas de saúde e que, como nível de complexidade de um sistema, exige articulação com outros níveis complementares de atenção para, aí sim, atingir a Integralidade, princípio que deve ser considerado estruturante para o SUS.

Diante dos desafios postos ao processo de mudança do modelo de atenção à saúde há um elemento fundamental: o processo de gestão dos serviços de saúde.

A gestão de serviços públicos na sociedade brasileira historicamente foi alvo de muitos estudos para que se pudesse aperfeiçoar o funcionamento e aumentar a qualidade destes, principalmente dos serviços de saúde. Lima e Rivera (2006) afirmam que modelos de gestão centralizados e de baixa responsabilidade nas organizações públicas de saúde tendem a gerar ineficácia. Entretanto Junqueira (1992) coloca que não podemos afirmar que exista uma forma ótima de gerenciar, porém podemos, pelo menos, identificar os fatores obstaculizadores a uma gerência eficaz dos serviços de saúde.

A discussão em torno do desempenho da função gerencial vem apontando para a necessidade de formar gestores com conhecimentos e habilidades que passam pelas dimensões éticas, administrativa, política e psicossocial. Essas dimensões possuem significados próprios, permitindo caracterizar não um único estilo de gerência eficaz, mas capacidades imprescindíveis a ação do gerente.

No entanto, o baixo desempenho que verificamos no setor público não pode ser atribuído apenas à incompetência técnica, a desmotivação, ou a baixos salários e às más condições de trabalho, mas, também, à compreensão da função gerencial e dos processos de trabalho a serem conduzidos; a clareza da direcionalidade das mudanças pretendidas, para conduzir o grupo para os objetivos organizacionais. (JUNQUEIRA, 1992)

Historicamente, a gerência dos serviços de saúde se configurou com um referencial técnico-normativo, como ilustrado por Mishima (1995) afirmando que o conceito hegemônico do trabalho expõe a gerência como uma atividade extremamente burocrática, no sentido de manipular papéis, sendo um trabalho rotinizado, pré-determinado, com poucas chances de criação, onde se tem intensa padronização e alta dose de inflexibilidade frente as normas colocadas. A autora continua afirmando que este quadro se contrapõe ao desejo de desenvolver um trabalho mais amplo nos serviços de saúde, pois o perfil que surge na prática é

estritamente burocrático, não sendo a princípio, necessária nenhuma atuação nas questões técnicas ou relacionais à política de saúde.

Ao contrário do conceito exposto acima, para o novo modelo de atenção do SUS é preciso pensar a gerência como potencial de transformação, o que requer percebê-la como espaço instituinte, com maior participação da equipe dos trabalhadores, ou seja, repensar sua forma de produção e reprodução no que se refere ao gerenciamento dos serviços locais de saúde.

Na concepção de Campos (1992), a gerência pode ter esta possibilidade e ainda explicita que dentro dessa linha, o gerente seria mais uma figura que coordena, que administra o autogoverno, compatibilizando às diretrizes do planejamento superior que negocia com as outras instâncias do Estado, e da sociedade, e que procura legitimar o trabalho da equipe local, do que um administrador à la Fayol.

Desta forma, a gerência revela-se como um importante potencial de transformação, com gestores/gerentes atuando como protagonistas da ação, propiciando um arsenal inovador no modo de fazer o gerenciamento da estratégia de saúde da família, por exemplo. Neste sentido, acreditamos que as competências e capacidades desenvolvidas por estes gestores influenciam diretamente a organização dos serviços e práticas de saúde no SUS, facilitando ou dificultando o processo de organização destes, rumo à integralidade da atenção e das práticas de saúde.

Contudo, a gestão desses serviços torna-se um fenômeno complexo pela natureza do trabalho no setor, que lida com a individualidade, subjetividade e concepções do prestador do serviço. Os objetivos individuais e coletivos destes prestadores, mesmo com suas peculiaridades, deveriam ir na direção de garantir uma atenção a saúde integral que responda as necessidades de saúde da população. Portanto, Junqueira (1992, p.248) afirma que:

A eficácia das organizações de saúde também vai depender das relações que estabelecem pessoas, tecnologia, recursos e administração, para realizar a tarefa organizacional de prestação de serviços de saúde. Contudo, entre esses fatores, é a administração que tem o papel mais determinante, uma vez que ela realiza o trabalho de combinar pessoas, tecnologia e recursos para atingir os objetivos organizacionais, mediante planejamento, coordenação, direção e controle. Essa tarefa de administrar, que também chamamos gerenciar, é que possibilitará a organização de saúde, mudar os níveis de atenção, a qualidade de seus serviços.

Portanto, a reorientação das funções gerenciais pode ser vista como uma das estratégias que contribuirá para a consolidação dos princípios do SUS, criando condições para o direcionamento dos processos de trabalho, na perspectiva do desenvolvimento de serviços, da aplicação de recursos necessários; na melhoria nas relações interpessoais; na resolutividade dos problemas e na satisfação dos usuários. A gerência possui um caráter articulador e integrativo, sendo a ação gerencial determinada e determinante no processo de organização de serviços de saúde e um instrumento para a efetivação das políticas.

Assim a gestão de Unidades de Saúde da Família torna-se uma engrenagem crucial na reorganização das práticas e serviços de saúde prestada na atenção Primária do nosso Sistema Único de Saúde. No entanto, na vivência prática do autor, nos serviços de saúde municipal, observava-se um desempenho gerencial que não contribuía para a reorganização dos serviços e das práticas de saúde na perspectiva da integralidade da atenção com vistas à mudança do modelo assistencial. Diante disso, surge a indagação: **qual a capacidade de gestão dos dirigentes de USF para organizar os serviços e as práticas de saúde na direção da integralidade da atenção?**

Para responder a questão de pesquisa, acima formulada, este estudo tem como **objetivo geral**: analisar a capacidade de gestão dos dirigentes de USF do município de Salvador – Bahia, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, e como **objetivos específicos**:

- Caracterizar o perfil dos gestores de USF no município de Salvador.

- Identificar a existência de projetos específicos para assegurar a integralidade da Atenção a Saúde.

- Verificar o uso e manejo dos instrumentos de trabalho de gestão (planejamento, monitoramento e avaliação).

Fundamentado em diversos autores (JUNQUEIRA 1992, MISHIMA 1995, MERHY 1997), e na vivência do autor na condição de estagiário em unidades de saúde da família, assume-se como **pressuposto** do presente estudo de que o baixo desempenho do trabalho gerencial em USF está relacionado também às características do perfil profissional dos gestores, no que se refere à falta experiência e de formação profissional específica para a gestão de serviços de saúde, à baixa capacidade para elaborar e implementar projetos políticos específicos para enfrentar problemas locais de saúde; ao despreparo dos gestores no manejo dos instrumentos de trabalho de gestão e à não construção da viabilidade política para dar conta do processo de gestão na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DA GESTÃO

Já afirmava Marx em meados do século XIX que a história da sociedade é a história da luta classes (Marx, 1848). Dentro deste amplo e complexo processo há o desenvolvimento das forças produtivas num movimento de readaptação da sociedade de acordo com a ordem social e econômica dominante nos determinados períodos históricos. Neste movimento de readaptação a administração da produção foi abordada de forma sistemática a partir de 1776 com o surgimento do sistema fabril. Nesse período, o economista escocês Adam Smith tratou pela primeira vez da

economia de produção em seu livro “A riqueza das Nações (The Wealth of Nations)”. Smith apontou três vantagens econômicas fundamentais resultantes da divisão do trabalho: 1º) desenvolvimento da aptidão ou habilidade quando uma única tarefa era realizada de modo repetitivo, 2º) economia do tempo costumeiramente perdido na mudança de uma atividade para a seguinte e 3º) invenção de máquinas ou ferramentas, que pareceriam, normalmente, originar-se da atividade de homens que especializavam seus esforços na realização de tarefas de objetivo restrito (GAITHER 2001).

O termo gerência, usado geralmente como sinônimo de administração, aparece no início do capitalismo industrial com o trabalho cooperativo. A concepção, o planejamento e o controle passam a constituir atividades distintas daquela da execução. Quem executa não é quem planeja e controla. Nesse sentido, à gerência está associada a idéia de planejamento e controle; sendo o controle conceito fundamental em todos os sistemas gerenciais segundo Braverman (1981).

Embora não seja possível encontrar uma definição universalmente aceita para o conceito de gestão, e por outro lado, apesar deste ter evoluído muito ao longo do último século, existe relativamente algum consenso que ao gestor cabe incluir as suas práticas obrigatoriamente um conjunto de tarefas que procuram garantir a mobilização eficaz de todos os recursos disponibilizados ou não pela organização, a fim de serem atingidos os objetivos pré-determinados.

Em outras palavras: cabe à gestão a otimização do funcionamento das organizações através da tomada de decisões racionais e fundamentadas em um planejamento estratégico que terá por suporte avaliações e monitoramento de dados e informações relevantes para a organização e, portanto, contribuir para o desenvolvimento e para a satisfação dos interesses de todos os seus colaboradores e proprietários e para a satisfação das necessidades da sociedade em geral ou de um grupo em particular.

Segundo o conceito clássico, desenvolvido por Fayol (1994), o gestor é definido pelas suas funções no interior da organização: é a pessoa a quem compete a interpretação dos objetivos propostos pela organização e atuar, através do

planeamento, da organização, da liderança ou direção e do controle, a fim de atingir os referidos objetivos. Daqui se conclui que o gestor é alguém que desenvolve os planos estratégicos e operacionais que julga mais eficazes para atingir os objetivos propostos, concebe as estruturas e estabelece as regras, políticas e procedimentos mais adequados aos planos desenvolvidos e, por fim, implementa e coordena a execução dos planos através de um determinado tipo de comando (ou liderança) e de controle.

Este conceito trazido por Fayol já é alvo de críticas por diversos autores, principalmente devido as mudanças estratégicas do modo de produção capitalista na atualidade. Neste sentido, podemos perceber críticas a obsessão pelo comando em que o autor foca a visão da empresa a partir da gerência administrativa. Este enfoque tem como doutrina norteadora e fundamental o comando, a autoridade e a responsabilidade. Em função disso, é visto como obcecado pelo comando rígido e inflexível. Também há críticas à visão do autor que concebe a empresa e ou organização como sistema fechado, ou seja, sendo vista como uma parte isolada do ambiente, negando o princípio de que a gestão é determinante e determinada por diversos fatores externos e internos a organização. Além disso, a Administração Científica fora tachada de tendenciosa, por desenvolver princípios que buscavam explorar os trabalhadores, para obtenção dos objetivos das organizações.

Com o desenvolvimento do capitalismo e o crescimento do modelo econômico industrial, que ampliou a divisão técnica e social do trabalho, houve um crescente aumento da necessidade de se controlar e monitorar a produção, para que os níveis de produtividade, e obviamente de lucro, estivessem sempre estáveis ou crescendo, para atender um mundo globalizado já em amplo desenvolvimento. Portanto cada vez tornava-se mais necessário o papel da gerência, como enfatiza Hampton (1980), afirmando que em qualquer organização, onde às pessoas se agrupam para realizar determinadas tarefas, para produzir bens ou serviços, é necessário que haja um trabalho para prover as condições necessárias à realização de seus objetivos. Esse trabalho para conseguir o desempenho das tarefas e a satisfação humana é o que este autor chama de administração.

Os objetivos de uma indústria de bens de consumo é no fim, ter um produto que possa ser vendido e utilizado pelo comprador, e que este processo possa gerar uma mais valia absoluta para os donos dos meios de produção. A gestão deste processo é fundamental para o alcance deste objetivo. Neste sentido, decisões precisam ser tomadas e recursos mobilizados para que os objetivos sejam realmente alcançados (MARX, 1867).

O processo de tomada de decisão e mobilização de recursos inerentes a gestão é bastante complexo e multifatorial. O gerente não é apenas o responsável pelo planejamento, organização, coordenação e controle, para alocar, de maneira adequada, os recursos escassos, mas também para mobilizar e comprometer seus funcionários na organização e produção das práticas, que atendam as necessidades dos objetivos planejados (JUNQUEIRA, 1992).

Para o modelo gestor fabril, a monitorização e ou avaliação de todo o processo pode seguir normas pré-estabelecidas. Portanto, o produto que no fim não cumpra determinados padrões de qualidade estabelecidos, não vai para as prateleiras, ficando indisponível para o consumo. Neste sentido, pode-se afirmar que o mesmo processo de utilização dos instrumentos de trabalho da gestão em serviços é substancialmente diferente da gestão fabril. Afinal, o produto final da prestação de serviços é normalmente consumido em ato, dificultando o processo de monitorização e avaliação de toda a trajetória do serviço prestado. Esta situação reflete-se na saúde, onde o produto final desejado – a prestação de serviços de saúde – não está separado do ato da sua produção.

Contudo, esta sociedade que tinha suas bases econômicas nos moldes industriais influenciou diretamente a organização e a gestão dos diversos serviços fundamentais para qualquer sociedade, como educação, saúde, segurança, entre outros.

Diante dessas discussões e em decorrência das peculiaridades da gestão de serviços de saúde, esta pesquisa assume que o processo de trabalho de gestão em Saúde envolve diretamente a tomada de decisões e mobilizações de recursos na perspectiva de operacionalizar as políticas de saúde. É um processo de trabalho que

conduz outros processos de trabalho voltados para a realização das ações de saúde a serem prestadas aos usuários, que são consumidas no ato da produção. O que confere um maior grau de autonomia aos agentes das práticas de saúde. Esta autonomia relativa é mais um desafio colocado para o processo de gestão em saúde.

3 A ATENÇÃO BÁSICA, A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO.

Com o processo de implantação e implementação do Sistema Único de Saúde e com o aprofundamento da diretriz organizativa da descentralização é que a temática da gerência e gestão do sistema e serviços de saúde começa a ganhar corpo e espaço na agenda política, uma vez que a constituição do SUS, demanda uma outra lógica assistencial e organizativa nos serviços de saúde. Desta forma, Ferraz et al (2004) afirmam que:

[...] desafios são colocados para a “*adequação*” dos trabalhadores de saúde aos novos princípios e diretrizes do SUS, assim como do estabelecimento de instrumentos, como, por exemplo, a gerência de serviços de saúde, para a (re)organização do processo de trabalho em saúde que possibilitem o pleno desenvolvimento e atendimento das necessidades de saúde da população, e a ação de saúde voltada para a produção de cuidados (Ferraz et al, 2004, p. 396).

Silva (1996) afirma que a descentralização é uma das principais estratégias de construção do SUS, pois com a municipalização do setor saúde, as instâncias de poder local devem assumir a tarefa de construção de um novo modelo assistencial

que não se restrinja às demandas da doença, mas ao contrário, deve desenvolver ações que elevem a qualidade de vida e de saúde da população. Entretanto, a construção desse novo modelo assistencial envolve alterações nas políticas de recursos humanos, na produção de bens e serviços e na função gerencial. Os gerentes, no papel de atores fundamentais nesse processo de mudança, passam a ser confrontados com situações adversas, as quais podem se transformar em dilemas, caso esses indivíduos não estejam preparados para lidar com elas.

A Atenção Básica enquanto política assumiu diferentes características nas diferentes regiões do país. Hartz (2005) chama atenção para a dificuldade de sua implantação principalmente em grandes centros urbanos. Este autor coloca que vários são os fatores que contribuem para esse quadro, dentre eles: a rotatividade de profissionais, não favorecendo a consolidação de vínculos e projetos; a existência de uma rede privada com grande incorporação tecnológica que acaba muitas vezes competindo com o modelo proposto e a lógica de vigilância à saúde.

Dentre os níveis de complexidade do SUS, a Atenção Básica/Atenção Primária é aquele onde o princípio da Integralidade pode obter maior expressão. Nos locais onde está consolidada, a Atenção Básica além de ser o primeiro contato do usuário com sistema de saúde é também onde os profissionais se aproximam mais da realidade onde ele está, podendo contemplar, portanto seu contexto social, ambiental e interferir sobre um número maior de determinantes da saúde. (STARFIELD, 2002).

Para Mattos (2004), estudioso da Integralidade no setor saúde, muitas vezes há uma confusão na interpretação dos princípios do SUS. Segundo o autor, freqüentemente na literatura, Integralidade vem expressa como Universalidade. Isso se deve ao fato de aparecerem no documento oficial características comuns a ambas as definições, como as ações preventivas e as assistenciais. Assume posição semelhante quando afirma que diante da dimensão do SUS, que se propõe a garantir acesso a todos os cidadãos a diversos níveis do sistema, Integralidade é, na verdade, o acesso a ações de promoção, prevenção e assistência na Atenção Básica à saúde e na rede de média e alta complexidade de assistência.

Portanto, como já afirmado anteriormente a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é hoje considerada uma política nuclear para a organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Paim (2008) o objetivo geral da ESF é contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre serviços de saúde e população. Esta reorientação passa pelos planos organizacionais, ideológicos e políticos tendo barreiras específicas ou não em cada um destes, seja a dificuldade de estruturar fisicamente as novas Unidades de Saúde da Família ou a própria falta de identificação dos profissionais de saúde com este novo (já não tão novo assim para alguns) modelo de atenção à saúde.

Paim (2008) continua afirmando que entre as diretrizes operacionais da ESF, destacam-se: o caráter substitutivo, a complementaridade e a hierarquização; a adscrição da clientela; o cadastramento; a instalação das unidades; a composição e atribuição das equipes. Com base nesses objetivos e diretrizes, a ESF enfatiza os seguintes aspectos: integralidade e hierarquização da atenção; substituição das práticas de saúde de saúde convencionais de assistência por novos processos de trabalho; promoção da assistência integral (domicílio, ambulatório, hospital), para a população da área adscrita dentre outras competências específicas.

Dado que a Saúde da Família é uma estratégia para imprimir mudanças no modelo de atenção à saúde no Brasil, a gestão poderá ser de fundamental importância para conduzir processos instituintes para uma nova organização dos serviços e das práticas de saúde, tendo como foco a integralidade da atenção à saúde.

Diante disso, analisar a capacidade de gestão dos dirigentes das USF poderá dar pistas para identificação de lacunas na condução dos processos de trabalho na perspectiva da integralidade da atenção à saúde. Além disso, ao analisar a capacidade de gestão dos dirigentes dessas unidades, poderão ser identificados

outros fatores que constringem a mudança do modelo de atenção à saúde como desenhado no SUS.

4 CARACTERÍSTICAS DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA GARANTIR A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO.

O estabelecimento das relações entre pessoas, tecnologias e recursos para realização da tarefa organizacional de prestação de serviços de saúde torna a responsabilidade do gestor destes serviços ainda maior, pois além do planejamento, organização, coordenação dos recursos disponíveis, terá também a tarefa fundamental de mobilizar e comprometer os trabalhadores e profissionais da saúde na organização e produção dos serviços de saúde, que atendam as necessidades de saúde da população. Este processo lidará com subjetividades, interesses divergentes e projetos políticos individuais de cada trabalhador no serviço de saúde. Tais projetos e interesses interferirão direta ou indiretamente no projeto coletivo de cada serviço de saúde prestado. Sá & Azevedo (2010, p. 2347,) afirmam que:

[...] do ponto de vista da compreensão da sociedade contemporânea e sua dinâmica, [...] nos obriga a reconhecer um cenário muito pouco favorável à solidariedade, à cooperação e ao cuidado com a vida – princípios tão valorizados pelo nosso projeto de reforma sanitária.

Neste sentido, Campos (1989) afirma que o processo de gestão parece estar mais bem conceituado quando definido como instrumento necessário, mas não suficiente, à implementação de políticas

[...] uma vez que ao assim considerarmos a gerência, esta se coloca ao mesmo tempo, “condicionante do” e “condicionada pelo” modo como se organiza a produção de serviços de saúde. Essa dupla posição - de produto de um determinado contexto e de criador deste mesmo contexto – torna o processo de gestão permeável à influência dos diferentes sujeitos sociais interessados em diversas políticas de saúde.

Portanto, como afirma Chrisóstomo (2009) cabe ao gerente mediar, da melhor forma possível, as relações e a prestação dos serviços entre os prestadores e os usuários, de maneira que os interesses desses atores e da organização sejam alcançados.

Para a reorganização estrutural e assistencial do sistema de saúde brasileiro prevista para a implantação do SUS, há também uma necessidade de readaptação das práticas e da estrutura da gerência em saúde. A respeito dessa nova estrutura, Bayma (1997) assinala que a mesma é eficiente na medida em que se apresenta de forma horizontal, livre do formalismo dos diversos níveis hierárquicos que dificultam a rapidez no processo decisório. Assim, é imprescindível que os gerentes sejam capazes de minimizar as dificuldades a que estão expostos e aprendam a lidar com a nova situação, podendo desempenhar, satisfatoriamente, seu novo papel no processo de reestruturação do sistema de saúde.

Dussault (1992) traz que a maioria das pessoas em cargos de direção precisa ter capacidade intelectual e interpessoal para enfrentar as variáveis das organizações de saúde. Nesta capacidade incluem-se a identificação, análise e propostas de solução para os problemas, isto é, “ler” a sua organização, conhecer seu funcionamento, o seu processo de produção, as relações da organização com o ambiente, as necessidades da comunidade, sua distribuição e evolução.

Enfatiza ainda a capacidade de adaptação, que significa aprender com seus próprios erros, visando enfrentar com eficácia os problemas inéditos. Isto depende também da definição de objetivos e estratégias para alcançá-los, assim como da formação de colaboradores e equipes comprometidas e motivadas para o trabalho. Neste sentido os gestores precisam reconhecer o papel central dos profissionais e, ao mesmo tempo, ter mecanismos para evitar os efeitos não desejados da

autonomia da prática profissional e do corporativismo. Essa gestão enfatiza a definição de mecanismos de tomada de decisões que envolvem os profissionais tanto ao nível da formulação dos objetivos e das orientações gerais quanto da avaliação dos resultados: essa gestão aceita que os profissionais trabalhem não por obedecer à ordem, mas por responsabilidade (DUSSAULT, 1992).

Para Merhy (1997), a gerência utiliza-se das tecnologias leve-duras¹, das normatizações burocráticas e técnicas para o desenvolvimento do trabalho, e poderia se utilizar, além dessas tecnologias, as consideradas “leves das relações” -, o que poderia contribuir na reorganização do processo de trabalho da atenção a saúde na atenção básica, direcionando assim as ações e serviços de saúde rumo a integralidade da atenção.

Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde e os objetivos da Estratégia de Saúde da Família já descritos anteriormente e os conceitos de Merhy (1997), Motta (1999) afirma que é necessário pensar em uma gerência que se aproprie mais de tecnologias leves e que o primeiro passo para a eficiência gerencial seja a capacidade de possuir uma visão mais dinâmica dos processos organizacionais. Estes autores enfatizam que é preciso compreender que existem fatos que não se enquadram nas regras e determinações organizacionais; portanto, normas são insuficientes para direcionar as organizações. É necessário ter maior sentido de interdependência e lateralidade de pensamento para se compreender a realidade.

Assim, no contexto do modelo assistencial proposto pelo SUS e pela ESF, a gerência dos serviços de saúde deve ser tomada como um instrumento que pode possibilitar o compartilhar de poder no interior das unidades e equipes de saúde e, neste sentido, poderá se constituir em uma ferramenta importante na efetivação de políticas, principalmente quando se utiliza mais as tecnologias leves - das relações - e considera os profissionais de saúde e os usuários como atores em potencial na

¹ Merhy (1997) classifica as tecnologias de trabalho em saúde em três tipos: tecnologias duras, as inscritas nas máquinas e instrumentos, tecnologias leves, as chamadas tecnologias das relações, do acolhimento e as tecnologias leve-duras são os saberes bem estruturados como, por exemplo, a clínica e a epidemiologia

produção das ações de saúde, inclusive compreendendo-os como corresponsáveis do trabalho em saúde. Esta concepção de gestão se contrapõe à racionalidade gerencial burocratizada, normativa e tradicional.

Consequentemente em todo este processo histórico contemporâneo, muito tem se falado sobre competência de gestão. Esta não se limita a um estoque de conhecimentos teóricos e empíricos detidos pelo indivíduo, nem se encontra encapsulada na tarefa. Segundo Zarifian (1999) apud Fleury (2001) a competência é a inteligência prática para situações que se apoiam sobre os conhecimentos adquiridos e os transformam com tanto mais força, quanto mais aumenta a complexidade das situações. A competência do indivíduo não é um estado, não se reduz a um conhecimento ou *know how* específico. Le Boterf (1995) apud Fleury (2001) situa a competência numa encruzilhada, com três eixos formados pela pessoa (sua biografia, socialização), pela sua formação educacional e pela sua experiência profissional. A competência é o conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais nutridas a montante pela aprendizagem e formação e a jusante pelo sistema de avaliação. Segundo ainda este autor: competência é um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado.

Neste sentido é com esta visão de competência, que se pode afirmar que determinadas características irão influenciar diretamente e ou dialeticamente a capacidade gestora de dirigentes de USF, trazendo reais obstáculos ou facilidades na reorganização do processo de trabalho e das práticas nos serviços de saúde, dificultando ainda mais ou facilitando a integralidade da atenção.

Afinal, um gestor, para ter a competência inteira, deve aliar a capacidade técnico-administrativa, a capacidade política e a relacional.

Para a gestão especificamente de uma USF há a necessidade de que o gestor tenha competência técnica para lidar com todos os processos existentes. Este desafio por que passa, será facilitado provavelmente por uma formação profissional específica e experiência de trabalho na área da gestão em saúde, pois diante de

todas as mudanças estruturais necessárias para a efetiva implementação do SUS, o processo de gestão demanda uma nova dinâmica nas técnicas de gestão dos serviços e práticas de saúde, que dificilmente existirá de forma profunda e completa na formação acadêmica geral dos profissionais de saúde, o que exige uma qualificação específica desses gestores.

Esta qualificação específica pode contribuir conseqüentemente para uma melhor competência administrativa da gestão em saúde, com um melhor uso dos instrumentos de gestão como *planejamento, avaliação e monitoramento* das práticas e serviços de saúde prestados pela USF. Entretanto, mesmo com estas qualificações caso o gerente não tenha um projeto político específico de organização das práticas e serviços de saúde daquela USF, provavelmente não conseguirá obter uma alta eficácia nem efetividade das ações e serviços prestados. Afinal, cada unidade atende há uma população adscrita específica com peculiaridades diferentes que necessitarão ser tratadas na sua especificidade. Para tanto, o dirigente precisará ter a sensibilidade de compreender o meio que o cerca, apreendendo as características culturais, econômicas, sociais e políticas daquela população para poder construir um projeto específico de intervenção da USF.

Contudo, como já foi referido anteriormente, mesmo com o projeto específico e com competência técnicas e administrativas, caso o gerente não consiga construir um processo de relação social com os outros atores do ambiente de trabalho da USF, que possibilite a viabilização do projeto específico para a unidade, a gestão deste terá enormes dificuldades para assegurar a integralidade da atenção e das práticas de saúde. Assim, para construir viabilidade operacional para os projetos específicos, estes devem ser construídos coletivamente. Como disse Junqueira (1992, apud MATTOS, 1988):

[...] um gerente isolado de seu contexto e de seus subordinados é uma abstração, útil do ponto de vista teórico, porém irrelevante quando se pretende contribuir para o aprimoramento do desenvolvimento gerencial. (JUNQUEIRA, 1992, p. 4 apud MATTOS, 1988)

e também Dussalt (1992):

O papel gerencial em uma organização é de grande importância e contribui muito para a eficiência e eficácia dos serviços prestados, mas ele é somente um componente num conjunto de ações que precisam estar integradas em torno de um objetivo. (DUSSALT, 1992, p. 12)

Dussault (1992) enfatiza ainda que o gestor precisa ter a capacidade de adaptação, que significa aprender com seus próprios erros, visando enfrentar com eficácia os problemas inéditos. Isto depende também da definição de objetivos e estratégias para alcançá-los (projeto específico), assim como da formação de colaboradores e equipes comprometidas e motivadas para o trabalho. Continua afirmando que a profissionalização do gerente está pronta quando atinge os três níveis dos saberes: o saber, que corresponde aos conhecimentos adquiridos através do estudo ou de experiências; o saber fazer, que corresponde à capacidade de utilizar os conhecimentos adquiridos de forma a diagnosticar os problemas, montar estratégias para solucioná-los, utilizar adequadamente os recursos disponíveis e gerir o quadro de pessoal; e o saber ser, que compreende o sentido ético, as atitudes e o comportamento.

Diante de todas estas características, existem ainda diversos outros fatores que irão influenciar dialeticamente o processo de gestão dos serviços e práticas de saúde em uma USF. Para a execução de todas estas competências há a necessidade de que estes gestores estejam previamente e constantemente motivados para o desenvolvimento do projeto político específico que foi construído coletivamente. Portanto, por exemplo, estes gestores necessitarão que seja garantido boas condições de trabalho dentro do processo de gestão da USF. Assim, gestores mal remunerados e sem que seja garantida autonomia política e gerencial para resolução dos diversos e complexos problemas da ESF, provavelmente não conseguirá estar plenamente motivados para enfrentar o desafio da reorganização do modelo de atenção a saúde, que vá em direção da integralidade da atenção,

fortalecendo conseqüentemente o projeto político de fortalecimento do SUS pensado e idealizado pela RSB.

5 PROCECIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa analítica abordagem quali-quantitativa, tomando como eixo norteador o princípio da integralidade da atenção, tendo como objeto de estudo a capacidade de gestão de dirigentes de USF do município de Salvador. Trata-se de um desdobramento do projeto de pesquisa “Avaliação das práticas de saúde na atenção básica à criança com foco na integralidade”, coordenado pela professora Cristina Maria Meira de Melo e financiado pela FAPESB. Para este estudo, será utilizado um banco de dados já existente, oriundo do referido projeto de pesquisa, que fundamentou a dissertação de mestrado de Silva (2010)² da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Para fins desta pesquisa compreende-se que a Integralidade se expressa na articulação entre as políticas específicas implantadas, na organização dos serviços e das práticas para atender às demandas e necessidades de saúde de indivíduos, família e comunidade e nas práticas dos profissionais que revelem vínculo e responsabilização com os usuários. Esta definição foi a adotada nos estudos de Silva (2010) e Almeida (2010) que tomaram como referência os sentidos da integralidade trazidos por Mattos (2008)

Nesta perspectiva, entende-se por capacidade de gestão, as competências técnicas e políticas expressas pelas características dos dirigentes das USF que possam ajudá-los no processo de organização dos serviços e práticas de saúde

² Avaliação da Rede de Unidades de Saúde da Família com foco na Integralidade (Silva, 2010).

exercidas na unidade por ele dirigida. Entretanto, assumimos para fins deste estudo que esta organização dos serviços e das práticas de saúde deverão estar voltadas para assegurar a integralidade da atenção à saúde. Portanto estaremos tratando de uma capacidade de gestão específica diante de um princípio norteador do SUS.

5.1 DIMENSÕES ANALÍTICAS E VARIÁVEIS DO ESTUDO

A partir dos sentidos da integralidade trazidos por Mattos (2008); do conceito de gestão assumido neste estudo e das categorias analíticas utilizadas nos estudos de Silva (2010), como visto na Figura 1, foram adotadas como dimensões analíticas da capacidade de gestão destes dirigentes de USF, 1) a **competência técnica**, considerando como variáveis: **experiência em gestão** e **formação profissional**; 2) a **competência política**, cuja variável selecionada foi a existência de **projetos políticos específicos** e de **conselhos locais de saúde** para as USF; 3) a **competência administrativa**, cuja variável foi **o manejo dos instrumentos de gestão** (planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde).



Figura 1: Dimensões analíticas e variáveis do estudo.

5.2 FONTE, INSTRUMENTOS E ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

Este estudo utilizou como fonte de dados o banco de dados da dissertação de mestrado de Silva (2010) referente às entrevistas realizadas com treze gestores de unidades de saúde da família do município de Salvador entre os anos de 2009 e 2010.

A amostra do estudo de Silva (2010) foi composta por vinte e uma unidades de saúde da família, sorteadas aleatoriamente nos doze distritos sanitários, sendo, a princípio, duas unidades por distrito (exceto nos distritos que só tinham uma USF), totalizando vinte e um indivíduos. Após os critérios de seleção a amostra de informantes de USF foi de dezoito gestores. Durante a coleta da pesquisa de Silva (2010) cinco gerentes foram excluídos (férias, exoneração) e um gerente se recusou a participar da pesquisa. Diante disto para a análise foram eliminadas as perdas amostrais totalizando assim uma amostra de treze gerentes de USF.

Silva (2010) utilizou como critério para inclusão dos gestores na amostra:

- Ser coordenador administrativo de unidades de saúde da família selecionada;
- Concordar em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido;

Para o levantamento dos dados deste estudo, foi elaborada uma matriz de levantamento de dados, tendo em conta as dimensões analíticas e variáveis já definidas e os indicadores elaborados para a presente pesquisa.

5.3 ANÁLISE DOS DADOS

Após a consolidação dos dados, foi possível descrever o perfil e o processo de trabalho dos gestores das unidades, segundo as dimensões analíticas e suas respectivas variáveis, buscando encontrar semelhanças e divergências entre o perfil dos gestores e suas características de gestão encontradas com o adotado como referencial neste estudo, tendo como diretriz norteadora o princípio da integralidade encontrado no estudo de Silva (2010), fazendo assim correlação entre o perfil e as competências dos gestores que mais aproximavam ou afastavam a organização de determinada USF da integralidade das práticas e serviços de saúde prestada nesta.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo teve como fonte o banco de dados da dissertação de mestrado de Silva (2010), que foi subprojeto do projeto “Avaliação das práticas de saúde na atenção básica à criança com foco na integralidade”, que foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde do estado da Bahia, sob parecer nº 130/2007.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados da pesquisa e a análise dos dados serão apresentados, por dimensão analítica.

6.1 PERFIL DOS GESTORES DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dos treze gestores entrevistados, nove (69,2%) eram do sexo feminino e quatro (30,8%) eram do sexo masculino. A maioria (61,5%) era casada ou vivia em união estável. Em relação à raça/cor a maioria (69,2%) se declarou preta ou parda.

Para classificação em faixa etária, três tinham menos de trinta anos, quatro tinham entre 35-40 anos e seis tinham mais de 46 anos.

6.2 COMPETÊNCIA TÉCNICA

Para esta dimensão foram estabelecidos dois indicadores: formação profissional e experiência em gestão de USF. Neste sentido, segundo o Quadro 1 em relação à formação profissional, três gerentes tinham pós-graduação em saúde da família e um em unidade de terapia intensiva. Dos treze gerentes, nove tinham nível superior completo, dos quais três eram enfermeiras, um administrador de empresas, um administrador hospitalar, uma farmacêutica bioquímica, um fisioterapeuta. Dentre os profissionais com nível de escolaridade até o ensino médio completo, havia um auxiliar administrativo, um técnico em contabilidade, um identificou sua profissão como servidor público e outro como gestor, não querendo informar sua formação ou qualificação.

Quadro 1 – Características dos gerentes de unidades de saúde da família do município de Salvador, Bahia (jul. 2009 - mar. 2010).

Gerentes	Sexo	Idade	Formação	Pós-Graduação	Tempo no cargo (em meses)	Experiência em gestão de outros serviços (em meses)
01	M	53	N/I	Não	02	Não
02	F	28	Enfermeira	Saúde Coletiva	02	24
03	M	36	Psicólogo	Saúde Coletiva (Incompleta)	48	Não
04	F	48	N/I	Não	12	01
05	M	48	Administrador de Empresas	Não	0	04
06	F	35	Fisioterapeuta	UTI/Gestão (Incompleta)	0	0
07	F	54	Téc. em Contabilidade	Não	21	15
08	F	37	Enfermeira	Não	0	0
09	M	46	Odontólogo	Não	26	0
10	F	51	Bioquímica	Não	36	0
11	F	27	Ens. médio completo	Não	05	0
12	F	40	Adm. Hospitalar	Saúde Coletiva (Incompleta)	07	24
13	F	30	Enfermeira	Não	33	0

Fonte: Avaliação da Rede de Unidades de Saúde da Família com foco na Integralidade (2010).

Segundo o Quadro 1 pôde-se perceber que a maioria dos gestores (61,5%) tinha nível superior completo, estando já outros (23,1%) em processo de formação. Entretanto, o que chama atenção é que apenas um (7,7%) tem pós-graduação concluída. Neste sentido nenhum dos gestores das USF entrevistados afirmaram ter uma formação específica para gestão em serviços de saúde no âmbito da atenção básica.

Para conduzir processos de trabalho no âmbito da Saúde da Família, várias especificidades devem ser consideradas. Segundo Narvai (2005), a atenção básica deve ser a porta primeira, podendo esta resolver mais de 80% dos problemas de saúde da população. Assim, os usuários na ESF devem ser entendidos de forma holística e conjuntural. Para a integralidade da atenção, não adiantará, por exemplo, resolver apenas o quadro sintomático dos problemas. É preciso levar em conta os fatores condicionantes e determinantes dos problemas de saúde. O que torna a atenção básica mais complexa. Neste sentido, a gestão de um serviço que envolve tantas complexidades torna-se necessariamente um processo que demandará características específicas para a organização dos serviços e das práticas dos profissionais neste âmbito da atenção à saúde.

As competências técnicas serão obviamente influenciadas, a partir do momento que estes gestores tenham participado de espaços de aprendizagem que tratem especificamente da gestão da atenção básica. Estes, dependendo logicamente do projeto político pedagógico do espaço de aprendizagem, poderiam contribuir com a organização dos serviços e práticas de saúde dos profissionais da USF, na medida em que o gestor estaria ao menos tendo acesso às teorias, conhecimentos, técnicas e práticas específicas para a gestão em saúde, que normalmente não são apreendidas ou aprofundadas nos cursos de graduação em geral.

Contudo, de acordo com os resultados foi possível afirmar que apenas a formação superior em saúde não garantiu aos gestores práticas que vão na direção de garantir a integralidade das ações e dos serviços de saúde prestados pelas unidades. Prova disso é que segundo o estudo de Silva (2010), os gestores que mais se aproximaram de práticas de gestão que contribuíam para a integralidade da

atenção foram os dois que tinham formação em administração (um administração de empresas e o outro em administração hospitalar).

Dussault (1992) afirma que na capacidade de gestão incluem-se a identificação, análise e propostas de solução para os problemas, isto é, “ler” a sua organização, conhecer seu funcionamento, o seu processo de produção, as relações da organização com o ambiente, as necessidades da comunidade, sua distribuição e evolução. A aquisição destas atribuições pode ser facilitada com uma formação específica em gestão como visto pelos resultados, entretanto vale ressaltar que esta não é uma condição *sine qua non*, ou seja, nada impede que gestores sem a formação específica possam fazer trabalhos consideravelmente eficazes, porém a profissionalização da gestão em saúde através da formação específica pode ser um instrumento fundamental para o fortalecimento da gestão na ESF.

Com relação a variável experiência em gestão, pode também ser observado no Quadro 1, que oito (61,5%) gestores no momento da entrevista trabalham nesta função específica a menos de um ano. Oito também foram os gestores que afirmaram nunca ter trabalhado nesta função, não tendo, portanto nenhuma experiência anterior no processo de gestão de USF.

Diante da complexidade exposta sobre a atuação da ESF tanto de profissionais como de gestores, a experiência profissional passa a ser uma característica importante para a capacidade de gestão dos serviços e práticas de saúde em uma USF. Mesmo que o gestor não tenha tido uma formação acadêmica e profissional sobre o processo de gestão, como já disse Marx (1848), a prática é o critério definidor da verdade. Portanto mesmo com todas as dificuldades os gestores acabariam por força da vivência dos processos, desenvolver habilidades para lidar com situações adversas que apareceriam no cotidiano da ESF.

Ainda que a experiência profissional possa não ser determinante para a gestão, esta dependendo de como se depreenda pode ser fundamental para facilitar a compreensão do *modos operandi* da estratégia. Entretanto, ponderamos que as experiências vivenciadas pelos gestores podem ser infinitas, afinal cada um irá

compreender e vivenciar de uma forma específica. Neste sentido ponderamos que uma experiência difícil, dentro de uma equipe de saúde da família onde os atores não compreendam e não atuem orientados a partir de um projeto político coletivo, estando cada um sempre almejando suas individualidades em detrimento das vontades coletivas, conseqüentemente tencionando as relações interpessoais dentro da equipe, pode provavelmente gerar processos traumáticos que podem levar este gestor a carregar este estigma para toda e qualquer USF que ele possa a vir a gerenciar. Entretanto, deste modo entramos num campo da intersubjetividade, pois mesmo com todo este processo difícil passado, outros gestores podem encará-lo como um desafio a ser vencido tirando desta situação experiência para poder lidar com outras de forma mais tranquila.

Na pesquisa de Silva (2010), pode-se perceber que a experiência não influenciou de forma determinante nas características da gestão nas USF, não interferindo assim decisivamente na proximidade ou afastamentos da integralidade da atenção prestada pelas unidades. Contudo, pode-se ponderar que esta experiência pode não ter influenciado tanto no resultado por causa do pequeno tempo exercido nesta área específica, onde 08 dos 13 gestores não tinham nenhuma experiência anterior e os mesmos não tinham no cargo atual mais de um ano de gestão.

Neste sentido buscou-se entender a causa desta considerável inexperiência dos gestores destas unidades. Para este fim, foram consideradas as características da organização dos serviços de saúde do município de Salvador. Neste, mesmo já sendo gestão plena da atenção a saúde (Salvador, 2009), ainda existe uma indefinição da organização dos vínculos empregatícios dos profissionais de saúde, principalmente na ESF. Portanto existem diversas formas de estar vinculado ou empregado para ser prestador de serviços de saúde em Salvador. A em menor quantidade é a de Regime Jurídico Único, que daria estabilidade e um Plano de Cargos e Salários aos trabalhadores. A maioria dos vínculos é através de REDA (Regime Emergencial de Direito Administrativo) e TAC (Termo de Ajuste de Conduta), como visto na pesquisa (Silva, 2010) onde existia uma amostra de 111 profissionais e apenas 5 eram concursados, 90 eram por TAC e 16 por REDA.

Nestes modais, os contratos são temporários, não existindo garantia plena dos benefícios trabalhistas garantidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), como férias e décimo terceiro salário. Toda esta situação de precarização do vínculo de trabalho existente nas USF deve provavelmente influenciar no aumento da fluidez na entrada e saída dos profissionais para a gestão das unidades, impedindo assim que a experiência profissional possa ter influenciado diretamente na aproximação ou distanciamento da integralidade da atenção a saúde prestada pelas unidades.

Segundo Bayma (1997) é imprescindível que os gerentes sejam capazes de minimizar as dificuldades a que estão expostos e aprendam a lidar com a nova situação. Assim provavelmente os gestores com mais experiência em gestão de USF estarão mais preparados para lidar com as situações novas, por já em algum momento ter lidado com situações no mínimo parecidas onde foi exigido ter criatividade e dar resolutividade aos diversos problemas e situações vivenciadas. Assim a experiência profissional é uma engrenagem fundamental no fortalecimento da integralidade das práticas e serviços de saúde prestada pelas unidades.

6.3 COMPETÊNCIA POLÍTICA

Tabela 1 - Existência de um projeto/atividade específica para os problemas de saúde mais frequentes na área de abrangência da Rede de Unidades de saúde da família, segundo gestores e profissionais, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Existência de um projeto/atividade		n (%)
Gestores (n = 13)		
Sim		7 (53,9)
Não		6 (46,1)
Profissionais (n = 91)		
Sim		35 (38,5)

Não

56 (61,5)

Fonte: Avaliação da Rede de Unidades de Saúde da Família com foco na Integralidade (Silva, 2010).

A Tabela traz a referência dos gestores e dos profissionais sobre a existência ou não de projetos específicos para os problemas de saúde mais frequentes na área de abrangência da rede de Unidades de Saúde da Família. Pode-se perceber que um pouco mais da metade dos gestores (53,9%) entrevistados afirmou a existência deste projeto, sendo que 46,1% negaram.

A existência destes pode ser considerada uma característica importante para a definição da capacidade de gestão, conseqüentemente da organização dos serviços e práticas de saúde. Pois, ao elaborar projetos voltados para os problemas locais indica que os gestores e profissionais foram capazes de identificar tais problemas e decidiram enfrentá-los. O que demonstra a preocupação com a integralidade da atenção à saúde.

Assim, a existência de projetos específicos pode ser uma indicação da estruturação de oferta organizada de serviços voltados para o enfrentamento de problemas locais de saúde. A existência de projetos dessa natureza aproxima a organização dos serviços e das práticas de saúde do princípio da integralidade da atenção, como foi demonstrado pelo estudo avaliativo de Silva (2010) em que, por exemplo, 70% dos gestores que afirmaram ter projetos políticos específicos realizavam também planejamento e monitoramento das ações desenvolvidas na unidade. Isto porque: conduzir processos de trabalho sem uma direcionalidade pré estabelecida significa atender a demandas espontâneas e pontuais. O que transforma o trabalho de gestão em processos de “apagar incêndio”, limitando-se a realização de atividade-meio.

Na perspectiva de evitar as características supracitadas, Junqueira e Inojosa (1992), afirmam que uma das dimensões importantes na gerência é o comprometimento com a tarefa organizacional e o trabalho de envolver todos os recursos humanos nessa tarefa. Fazer com que cada um desempenhe seu papel,

mas assuma um compromisso conjunto de produzir um serviço de saúde, que satisfaça às necessidades da população. Corroborando na mesma linha de pensamento Dussault (1992) destaca:

É uma gestão que reconhece o papel central dos profissionais e, ao mesmo tempo, tem mecanismos para evitar os efeitos não desejados da autonomia de prática profissional e do corporativismo. Essa gestão enfatiza a definição de mecanismos de tomada de decisões que envolvem os profissionais tanto ao nível da formulação dos objetivos e das orientações gerais quanto da avaliação dos resultados: essa gestão aceita que os profissionais trabalhem não por obedecer à ordem, mas por responsabilidade. (Dussalt, 1992, p. 14)

Um outro aspecto político da gestão é a capacidade de articular parcerias e de construir viabilidade para a operacionalização dos projetos traçados. Esta capacidade pode ser traduzida pelo estímulo a constituição dos conselhos Locais de Saúde, que são os espaços privilegiados para construção de parcerias e envolvimento da população nos processos decisórios e na avaliação dos serviços e das práticas de saúde. A tabela 2 evidencia que esta capacidade ainda é incipiente, dado que a existência de conselhos locais de saúde está em um patamar bem inferior a 80% das USF.

Tabela 2 - Existência de conselho local de saúde nas USF segundo gestores, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Existência de conselho local		n (%)
Gestores (n = 13)		
Sim		5 (38,4)
Não		8 (61,6)

Fonte: Avaliação da Rede de Unidades de Saúde da Família com foco na Integralidade (Silva, 2010).

Vale salientar que a participação popular no SUS está garantida há mais de duas décadas pela lei 8142/90 que regulamenta a constituição dos conselhos de saúde com composição paritária para atuar como instâncias deliberativas na gestão do SUS. A tais instâncias cabem as decisões referentes às políticas e projetos; à fiscalização e funcionamento dos serviços de saúde em todo o território brasileiro. Segundo Cortês (2009):

Assumia-se que a articulação entre os gestores, as burocracias governamentais e as organizações de trabalhadores, de usuários e de beneficiários de políticas públicas (através dos conselhos) afetava positivamente a *responsiveness* e a *accountability* dos governos. No entender dos analistas, passariam a ser considerados os interesses tradicionalmente excluídos do processo de decisão, e gestores de políticas públicas e burocracias governamentais seriam induzidos a tomar decisões levando em conta estes mesmos interesses. Embora houvesse discordância sobre a natureza dos interesses representados e do processo político que ocorria nesses fóruns, havia concordância sobre sua importância em países em desenvolvimento, como o Brasil, para promover a boa governança e reduzir as possibilidades de manutenção de padrões autoritários de decisão e de formas clientelistas de relação entre governos e atores sociais. (Cortês, 2009, p. 104)

Mesmo com todos os problemas políticos de funcionalidade, legitimidade e burocratização dos conselhos de saúde a constituição desses conselhos pelos gestores de USF é uma demonstração clara de uma tentativa de articulação política em prol do atendimento das necessidades de saúde da população. A participação social nas decisões da saúde é considerada crucial para estabelecimento de projetos políticos específicos. Não podemos afirmar como uma relação direta entretanto foi demonstrado pelo estudo de Silva (2010) que 80% das unidades que tinham conselhos locais de saúde, realizam também planejamento das ações desenvolvidas e 60% destas unidades com conselhos locais realizavam também

monitoramento das ações e reorganização do processo de trabalho segundo avaliação dos resultados do próprio monitoramento, demonstrando uma aproximação destas unidades com a organização da integralidade das ações e serviços prestados.

6.4 COMPETÊNCIA ADMINISTRATIVA

Para esta dimensão, foi analisada a utilização dos instrumentos que ajudam o gestor em seu processo de trabalho de gestão da USF (planejamento, monitoramento e avaliação). Para esta característica pode-se perceber, como mostra a Tabela 5, que a grande maioria realiza planejamento e monitoramento (69,2 % e 76,9% respectivamente), entretanto quando foram perguntados sobre a periodicidade do monitoramento, 7 dos 10 afirmaram que não monitoravam semanalmente.

Um resultado importante foi que todos os gestores que tinham a formação superior específica em administração (um administrador de empresas e o outro um administrados hospitalar), tiveram os melhores resultados também neste quesito estando assim as suas unidades geridas mais próximas da organização da integralidade das práticas e serviços prestados. Nesta unidade era feito planejamento, monitoramento das ações desenvolvidas e também havia mudança nas rotinas de trabalho da equipe de acordo com a avaliação dos resultados do monitoramento, demonstrando a relação entre a competência técnica e administrativa.

Os instrumentos de gestão são fundamentais para a eficácia do processo de trabalho do dirigente. Diante de toda a complexidade exigida no trabalho na ESF

principalmente quando se pretende exercer na prática a reorganização do modelo de atenção proposta pela RSB e institucionalizada pelo SUS.

Tabela 3 - Realização de planejamento e monitoramento pelos gestores de unidades de saúde da família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Variável	n (%)
Realização de planejamento (n=13)	
Sim	9 (69,2)
Não	4 (30,8)
Realização contínua (n=9)	
Sim	9 (100,0)
Não	...
Realização de monitoramento (n=13)	
Sim	10 (76,9)
Não	3 (23,1)
Realização semanal do monitoramento (n=10)	
Sim	3 (30)
Não	7 (70)

Fonte: Avaliação da Rede de Unidades de Saúde da Família com foco na Integralidade (Silva, 2010).

Contudo, a arte de planejar, monitorar e avaliar não é homogênea. Pode ser feita de diversas formas dependendo do referencial teórico e da situação estabelecida. Neste sentido, percebemos que existem formas mais efetivas para o contexto sócio político e organizacional da saúde. Esta afirmação fundamenta-se nas características do processo de trabalho exercido pelos profissionais e gestores dos serviços de saúde, sendo estes processos dinâmicos e complexos influenciados

diretamente por “n” fatores externos e internos ao local referência de planificação e atuação.

O enfoque de planejamento mais coerente para estruturação do novo modelo de atenção é o do Planejamento Estratégico e Situacional de Matus (1985). Sobre este, Azevedo (1992) afirmou que:

A concepção de planejamento presente na obra de Matus parte da articulação planejamento e governo. Pretende resgatar o planejamento como método de governo, como ferramenta útil, flexível e eficaz para lidar com as necessidades da direção em cada lugar da administração pública. Governo, em Matus, se refere ao comando de um processo, não apenas do Estado, mas também de um ministério, sindicato ou unidade de saúde, por exemplo. (Azevedo, 1992, p. 130)

Continua afirmando sobre a teoria de Matus que:

[...] a única forma para que o planejamento funcione é respondendo às necessidades de quem gerencia. Assim, o planejamento situacional é compreendido como uma forma de organização para a ação, e esta seria sua diferença fundamental em relação ao planejamento tradicional. (Azevedo, 1992, p. 130)

No planejamento situacional, a ênfase é colocada no momento da ação e usa a exploração do futuro como recurso para dar racionalidade à ação. Portanto cálculo e ação seriam inseparáveis e recorrentes. Assim, o planejamento seria o cálculo que precede e preside a ação. É o cálculo para a decisão a ser tomada hoje. (Matus, 1985)

Embora os dados da pesquisa não revelem o enfoque do planejamento utilizado pelos gestores das USF, a informação da periodicidade do monitoramento

Indica que o enfoque estratégico não está sendo utilizado. Dado que não existe um monitoramento contínuo.

Além da periodicidade do monitoramento, uma outra evidência empírica sustenta a afirmação da não utilização do enfoque do planejamento estratégico situacional, é a que diz respeito à inexistência de mudanças implementadas no processo de trabalho em decorrência das avaliações realizadas.

Tabela 4. Mudanças no processo de trabalho observadas/realizadas pelos profissionais da rede de unidades de saúde da família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Variável	n (%)
Houve alguma mudança no processo de trabalho da equipe nos últimos três meses (n=13)	
Sim	7 (53,9)
Não	6 (46,1)
Esta mudança foi realizada com base na avaliação dos serviços feita pela equipe (n=7)	
Sim	5 (71,5)
Não	2 (28,5)

Fonte: Avaliação da Rede de Unidades de Saúde da Família com foco na Integralidade (Silva, 2010).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi analisar a capacidade de gestão dos dirigentes de USF no município de Salvador tendo como princípio norteador a integralidade da atenção à saúde.

O estudo foi direcionado por três dimensões analíticas que refletiram a capacidade de gestão: competência técnica; administrativa e política. Diante desta situação observou-se que a gestão de USF no município de Salvador ainda está longe do ideal preconizado, principalmente com as mudanças estruturais propostas pela RSB.

A dimensão da competência técnica dos gestores foi a que teve os piores resultados, apresentando assim gestores inexperientes e praticamente sem formação profissional específica para a gestão de serviços. Neste sentido, há uma necessidade deste quesito ser melhor avaliado pelos dirigentes da secretaria municipal de saúde, tendo assim a possibilidade de se ter uma diretriz organizativa que vise qualificar e profissionalizar estes gestores das USF, dando melhores condições técnicas para que eles possam desenvolver seus trabalhos, contribuindo assim para a integralidade da atenção à saúde. Além desta situação vale ressaltar a precariedade do vínculo empregatício e a conseqüente grande rotatividade destes gestores e também dos trabalhadores, que pode estar dificultando substancialmente o processo de trabalho exercido na ESF do município de Salvador.

Para a competência política, analisamos que a falta de projetos políticos específicos de intervenção para os problemas de saúde da população. além da falta de conselhos locais de saúde, refletem a lacuna na politização dos projetos destes gestores e de desarticulação com a própria comunidade atendida.

Sobre a dimensão da competência administrativa, constatamos que muitos destes gestores utilizam os instrumentos de gestão (planejamento, monitoramento e avaliação), no seu processo de trabalho na gestão da unidade. Entretanto, fazemos

uma necessária ponderação que, também foi constatado que em muitos destes casos, o planejamento e ou monitoramento não está gerando consequências diretas na reorganização dos processos de trabalho das USF

Dussault (1992) afirma que:

Há dois referenciais básicos para uma análise da questão gerencial na área de saúde em nosso País: a gravidade da crise de inoperância dos serviços de saúde ante o volume e as exigências de qualidade das demandas sociais e a fragilidade dos paradigmas administrativos em uso nessas organizações. [...] Com esse enfoque não se pretende fugir da velha discussão sobre a relevância das dimensões políticas sobre os aspectos técnicos do planejamento e da operação dos serviços de saúde, mas apenas reconhecer uma situação cada dia mais evidente no cotidiano dos estabelecimento de saúde: o crescimento da demanda por capacidade gerencial. (Dussault, 1992, p. 13)

Portanto, mesmo sendo a gestão de serviços de saúde um instrumento por si só, não suficiente à implementação de políticas públicas no setor saúde, pois a mesma é “condicionante do” e “condicionada pelo” modo como se organiza a produção dos serviços de saúde, Campos (1989) afirma que essa dupla posição - de produto de um determinado contexto e de criador deste mesmo contexto – torna o processo de gestão permeável à influência e principalmente grande influenciador dos diferentes sujeitos sociais interessados em diversas políticas de saúde. Neste sentido, mesmo que não exista uma fórmula mágica determinando o modelo de gestão ideal para os serviços, podemos afirmar que mudanças nas características do processo de gestão destes serviços no município de Salvador são necessárias caso esta cidade queira implementar uma produção de serviços que atendam plenamente as reais necessidades de saúde da população, tendo como princípio norteador a integralidade da atenção.

REFERÊNCIAS

BAYMA F. Capacitação de administrar para as organizações sem fins lucrativos. **Rev Adm Public** 1997; 31:119-26.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família**. Brasília, DF: Departamento de atenção básica da saúde, 2000, v.3.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Datasus**. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. disponível em www.datasus.gov.br>. Acesso em 11 nov. 2010.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes Operacionais do referido pacto. Política Nacional de Atenção Básica: Pactos pela Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006, v.4.

CECCIM, Ricardo Burg, Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**. v. 9, n.16, Botucatu: set./fev. 2005.

CHIAVENATO, I. **Administração - Teoria, Processo e Prática**, 1ª ed., São Paulo, Ed. McGraw-Hill, 1985, pp. 161-176.

CAMPOS GWS. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo; Hucitec; 1992.

CÔRTEZ, S.M.V.; Silva. **Participação, Democracia e Saúde**.— Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

DUSSAULT G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro. 1992; 2(2):8-19.

_____. **Gestão dos recursos humanos e qualidade dos serviços de saúde**. Educación Médica y Salud (OPS). oct.-dic. 1994;28(4):478-89.

FAYOL, Henri. **Administração industrial e geral**. Tradução de Irene de Bojano e Máriode Souza. São Paulo: Atlas, 1994. 138 p.

FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso. Construindo o conceito de competência. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v. 5, n. spe, 2001 .

GAITHER, Norman, **Administração da Produção e Operações**, 8ª edição, São Paulo, Pioneira Thomson Learning, 2001.

INSTITUTO ETHOS. **Perfil social, racial e de gênero das maiores 500 empresas do Brasil e suas Ações Afirmativas**. São Paulo: Instituto Ethos de Responsabilidade Social, 2003.

JUNQUEIRA L, INOJOSA R.M. Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica da eficiência. **Revista Administração Pública** 1992; 26 (2):20-31.

KLECZKOWSKI, B. M.; ROEMER, M. I.; WERF, A. V. D. **Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todo**: pautas para uma política. Ginebra: OMS, 1984. 134 p. (Cuadernos de Salud Pública, 77)

LE BOTERF, G. De la compétence – essai sur um attracteur étrange. In: **Les éditions d'organisations**. Paris: Quatrième Tirage, 1995.

LIMA JC, RIVERA FJU. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(10):2179-2189, out, 2006

LIMA, Juliano de Carvalho; RIVERA, Francisco Javier Uribe. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, Oct. 2006.

MATTOS, R. A.; ROBAINA, J. R.; SIQUEIRA, N. N. de. Planejamento, avaliação e pactuação: algumas reflexões sobre o processo de pactuação a partir dos Indicadores da Atenção Básica in: PINHEIRO, Roseni et al. **Atenção Básica e Integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.

MATUS C 1993. **Política, Planejamento E Governo**. Ipea, Brasília.

_____, 1972. **Estratégia y Plan**. Santiago: Editorial Universitaria.

_____, 1985. **Planificación, Libertad y Conflicto**. Caracas: Ediciones IVEPLAN.,

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENÉNDEZ, E. L. Public Health: state sector, applied science, or ideology of the possible. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **The Crisis of Public Health**: reflections for the debate. Washington, D. C.: PAHO. 2002.

MERHY E.E. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, Lugar Editorial; 1997.

_____, **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, Lugar Editorial; 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) **Avaliação por Triangulação de Métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MISHIMA S.M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde de Ribeirão Preto [tese]**. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1995.

MOTTA PR. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record; 1999.

OPAS, Organização Panamericana da Saúde. **O trabalho da Equipe de Saúde da Família**. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Disponível em <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/org_trab.pdf>. Acesso em: 29abr. 2010.

PAIM JS 1993. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In EV Mendes (org.) – **Distrito Sanitário: o Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Hucitec/Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro.

_____, **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil**. In: Giovanela L, Escorel S, Lobato L de VC, Noronha JC de, Carvalho AI. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, Agosto. 2006.

SANTOS, N.R. • A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde 2010/2013**. Salvador, Bahia, 2009

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SALVADOR. **Relatório Anual para manutenção do incentivo financeiro da Atenção Básica**. Salvador: jun.2009

SILVA, Melissa Almeida. **Avaliação da Rede de Unidades de Saúde da Família com Foco na Integralidade**. 109 f. Il. 2010. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.



SILVA SF. **Construção do SUS a partir do município: etapas para a municipalização plena da saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996.

STARFIELD, Barbara. Integralidade da atenção: quem deveria oferecer o que. In: STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, p. 313-364.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a Integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde Ano V, n. 7, edição especial, jan.2003 a abr. 2004.

ZARIFIAN, P. **Objectif compétence**. Paris: Liaisons, 1999.

ANEXO I – QUESTIONÁRIO DOS GESTORES

 <p>UFBA</p>	<p align="center">Universidade Federal da Bahia</p> <p align="center">Escola de Enfermagem Grupo de Pesquisa GERIR</p> <p align="center">E-mail responsável pela pesquisa: cmmelo@uol.com.br</p> <p align="center">Coordenação: Prof^a. Dr^a. Cristina Maria Meira de Melo</p> <p align="center">Fone: (071) 3283 - 7623</p>	 <p>fapesb Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia</p>	
<p>Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde com foco na Integralidade</p> <p>Questionário dos GESTORES</p>			
<p>1. No do Questionário:</p>	<p>2. Nome Entrevistador:</p>	<p>3.Data da Entrevista:</p>	<p>4.Hora Início:</p>
<p>5.Nome da Unidade de Saúde:</p>	<p>6.Distrito:</p>	<p>7.Turno: 1. Matutino 2.Vesp.</p>	<p>8.Hora Final:</p>
<p>I. Informações sócio-demográficas</p>			
<p>A1. Qual a sua idade? _____</p> <p>A1.1 Data de nascimento: ____/____/____</p>	<p>A2. Sexo:</p> <p>1. () Masculino</p> <p>2. () Feminino</p>	<p>A3. Qual seu estado civil atual?</p> <p>1. () casado(a)</p> <p>2. () solteiro(a)</p> <p>3. () união estável</p> <p>4. () divorciado(a)/separado(a)</p> <p>5. () viúvo(a)</p>	

<p>A4. Em qual dessas classificações você define sua cor?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> preta</p> <p>2. <input type="checkbox"/> branca</p> <p>3. <input type="checkbox"/> parda</p> <p>4. <input type="checkbox"/> amarela</p> <p>5. <input type="checkbox"/> indígena</p> <p>6. <input type="checkbox"/> outra _____ _____</p>	<p>A5. Qual sua escolaridade?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Ensino fundamental (8ª série) incompleto</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Ensino fundamental (8ª série) completo</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Ensino médio completo</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Superior incompleto</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Superior completo</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Pós graduação completa? Qual _____</p> <p><input type="checkbox"/> Não frequentou escola</p>	<p>A6 Qual sua profissão?</p> <hr/> <p>A7 Tempo de serviço nesta unidade de saúde:</p>
<p>A8 Já trabalhou anteriormente como gestor de unidade básica de saúde? (<input type="checkbox"/> sim (<input type="checkbox"/> não</p> <p>Por quanto tempo? _____</p>		
<p>II. Questões sobre a dimensão das políticas específicas</p>		
<p>PE 2.1 Vocês desenvolvem por iniciativa do serviço algum projeto/atividade sobre os problemas de saúde mais freqüentes da população da área? (<input type="checkbox"/> sim (<input type="checkbox"/> não</p>		
<p>PE 2.2 Existe conselho local de saúde nesta unidade? (<input type="checkbox"/> sim (<input type="checkbox"/> não</p>		
<p>III. Questões sobre a dimensão da organização dos serviços e das práticas</p>		
	<p>SIM</p>	<p>NÃO</p>
<p>OSP 1.1 a Vocês fazem planejamento dos serviços/atividades? (se não, vá para a questão OSP 1.2)</p>		
<p>OSP 1.1 b O planejamento é feito continuamente (toda semana, toda quinzena, todo mês)?</p>		

OSP 1.2 a Vocês fazem monitoramento (acompanhamento) da produção de serviços? (se não, vá para a questão 2.3)		
OSP 1.2 b O monitoramento (acompanhamento) é feito semanalmente?		
OSP 2.3 a Existem iniciativas de educação permanente para os profissionais que sejam ofertadas pela secretaria/distrito/unidade? (se não, vá para a questão OSP 2.4 a)		
OSO 2.3 b As iniciativas de educação permanente estão voltadas para o trabalho desempenhado pelos profissionais?		
OSP 2.4 a- Foi tomada alguma iniciativa de reorganização do processo de trabalho na unidade nos últimos três meses? (se não, vá para o item IV)		
OSP 2.4 b- Essas iniciativas foram tomadas com base na avaliação dos serviços?		
IV. Quantos e que profissionais trabalham nesta unidade?		
Categoria profissional	Tipo de Vínculo	Quantidade de profissionais
Agente comunitário de saúde	Seleção pública	
	Concurso público	

	REDA	
	TAC	
Auxiliar de consultório dentário	Seleção pública	
	Concurso público	
	REDA	
	TAC	
Auxiliar de enfermagem	Seleção pública	
	Concurso público	
	REDA	
	TAC	
Assistente social	Seleção pública	
	Concurso público	
	REDA	
	TAC	
Enfermeira	Seleção pública	

	Concurso público	
	REDA	
	TAC	
Médico	Seleção pública	
	Concurso público	
	REDA	
	TAC	
Odontólogo	Seleção pública	
	Concurso público	
	REDA	
	TAC	
Técnico de enfermagem	Seleção pública	
	Concurso público	
	REDA	
	TAC	

Psicólogo	Seleção pública						
	Concurso público						
	REDA						
	TAC						
Outros tipos de vínculo (expressar categoria e quantidade)							
Outro profissional de saúde (especificar)	Seleção pública						
	Concurso público						
	REDA						
	TAC						
Outros (que não são profissionais de saúde): vigilante, auxiliares de higienização, recepcionista, auxiliar administrativo, etc. (especificar quais e quantos).	Seleção pública						
	Concurso público						
	REDA						
	TAC						
Qual valor de 1 a 5 você atribui à confiança das respostas dadas por você nesta entrevista? Considere que			1	2			

1 é pouco confiável e 5 é muito confiável					
---	--	--	--	--	--