

Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família*


Shared management: perceptions of professionals in the family health context (abstract: p. 15)

Gestión compartida: percepciones de profesionales en el contexto de salud de la familia (resumen: p. 15)

Rafaela Mossarelli Penedo^(a)

<rmosarellip@hotmail.com> 

Camila da Silva Gonçalo^(b)

<camilagoncalo@gmail.com> 

Dagmar de Paula Queluz^(c)

<dagmar@fop.unicamp.br> 

* Este artigo é um recorte de uma dissertação de Mestrado Profissional de Gestão em Saúde Coletiva, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP) – (Unicamp).

^(a, c) Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas. Avenida Limeira, 901, Bairro Areão. Piracicaba, SP, Brasil. 13414-903.

^(b) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil.

Espera-se como objetivo deste estudo conhecer as percepções dos profissionais das equipes de Saúde da Família sobre a temática da gestão compartilhada. Foi realizado com base nos pressupostos teóricos da pesquisa qualitativa, utilizando o método da Análise de Conteúdo na modalidade temática. O universo de estudo foi constituído de 25 trabalhadores das Unidades de Saúde da Família (USF) com equipes de saúde bucal. Os dados foram obtidos inicialmente por entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio e posteriormente transcritas. A análise temática revelou uma categoria: Percepções sobre gestão compartilhada, com os temas “Gestão descentralizada” e “Gestão centralizada” e seus respectivos subtemas. Concluiu-se que, para os trabalhadores, gestão compartilhada é um processo participativo. Eles valorizam a participação e a democracia nas equipes para que se possa trabalhar em uma proposta de gestão mais horizontal. Porém, foram apontados modelos de gestão verticalizados, centralizados no enfermeiro.

Palavras-chave: Gerenciamento de prática profissional. Gestão em saúde. Pesquisa qualitativa. Pesquisa sobre serviços de saúde.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é prioritária para a reorganização da atenção primária à saúde e prevê o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar como forma de desenvolver práticas gerenciais e assistenciais, em que todos os atores são responsáveis pelas necessidades de saúde de um território e de sua população¹.

O trabalho na ESF exige da gerência o exercício de uma liderança competente para a busca resolutiva das necessidades sanitárias de um território por meio da mobilização dos trabalhadores para cumprimento das metas estabelecidas pelo grupo e pela instituição²⁻⁴. Nesse sentido se faz necessária uma liderança madura, carismática e resolutiva, que possa estabelecer vínculo, mobilizar vontades e mediar conflitos entre a própria equipe e entre equipe e comunidade⁵.

O papel do líder não é conduzir as pessoas para a mudança, mas sim criar e apoiar ambientes organizacionais que estimulem ou promovam a criatividade e inspiração de cada trabalhador envolvido no processo de trabalho para a mudança⁶. O trabalhador problematiza, torna-se um aprendiz no processo e mobiliza-se para transformar o seu trabalho e, por consequência, é transformado por ele⁷.

Por ser estimulado a exercer a liderança desde a graduação, na maioria das instituições de saúde, o enfermeiro é o profissional designado a assumir as atividades gerenciais dos serviços^{8,9}.

Embora a gestão de muitas instituições de saúde e equipes seja centralizada no enfermeiro, muitos estudos defendem que os organogramas superem posições hierárquicas em favor de uma atuação mais coletiva que inclua os outros profissionais de nível superior, médio e elementar, também capazes de exercer liderança e compartilhamento de saberes nas equipes de saúde da família^{10,11}.

O Ministério da Saúde, em seu Plano Nacional de Saúde, prevê a necessidade dessas novas formas de gestão: cogestão; que busca iniciativas que preconizem a participação dos trabalhadores de saúde na gestão dos serviços; e a valorização profissional, para o desenvolvimento de uma gestão democrática e que fortaleça as relações de trabalho^{12,13}.

Mesmo cientes da real necessidade, pode-se perceber processos de gestão verticalizados e centralizados em um só líder, que desestimula os demais profissionais da equipe a serem proativos e sentirem-se capazes de liderar e participar de processos decisórios¹⁰.

A gestão participativa ou cogestão é considerada uma nova maneira de agir em saúde¹⁴. Em detrimento de outras formas de gestão, a cogestão tem o potencial de criar espaços compartilhados de poder e todos os trabalhadores envolvidos no processo de trabalho podem participar, aprender, decidir e ter maior compromisso com todo o processo e resultados. Essa maneira de gerir, de forma compartilhada, possibilita construções do trabalho de forma coletiva, sendo a melhor maneira de lidar com competitividade, complexidade e trabalho em equipe¹¹.

Por essa perspectiva, caberia aos profissionais, principalmente àqueles que exercem o papel de coordenação, estimularem todos os profissionais inseridos na equipe a saber coordenar. A coordenação não deve ser desenvolvida e potencializada somente nos gerentes, mas em todos os integrantes da equipe, para favorecer o desenvolvimento de condutas mais ativas e participativas e auxiliar o processo de interação e aprendizagem¹⁵.

Entende-se que a cogestão tem uma perspectiva inovadora em relação à lógica verticalista que se encontra nas equipes e serviços de saúde, embora ainda seja um desafio no Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, é relevante conhecer os processos de

gestão das USF do município, por serem equipes multiprofissionais e que enfrentam o desafio cotidiano de vivenciar os processos de gestão no trabalho e participar de tomadas de decisões para a melhoria da assistência à saúde do usuário.

Entre tantos desafios citados para a democratização da gestão nas equipes de Saúde da Família, em detrimento do modelo tradicional hegemônico de gestão, verticalizado e centrado em um só líder, espera-se conhecer a percepção dos trabalhadores das USF sobre gestão compartilhada.

Trajectoria metodológica

O método qualitativo proposto por Gomes¹⁶, eleito neste estudo, investiga realidades subjetivas dos seres humanos, como estes são constituídos por suas ações no mundo, como refletem sobre elas e como as compartilham com os seus semelhantes^{16,17}.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, por meio do documento 094/2014.

A região de inquérito foi o município de Piracicaba, São Paulo, Brasil. O universo de estudo foi composto de 25 participantes, trabalhadores das USF. Foram incluídas as UFS com equipes de saúde bucal, que, atualmente, totalizam 12. As equipes completas contavam com 12 profissionais (um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde – ACS –, um dentista e um auxiliar em saúde bucal – ASB). A coleta de dados foi iniciada em abril e finalizada em junho de 2015.

A técnica de abordagem a esses profissionais, após explicitação dos objetivos do trabalho, foi entrevista individual gravada em áudio. Como essência, as entrevistas permitiram coletar os dados a partir do diálogo, embasado na seguinte questão norteadora: Qual é a sua percepção sobre gestão compartilhada?

Todos os profissionais tiveram a liberdade de participar da pesquisa, mediante assinatura e concordância pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O sigilo e o anonimato foram garantidos a todos os participantes, bem como às equipes, que tiveram seus nomes enumerados em algarismos, para facilitar as análises.

No total, foram quatro equipes e 25 participantes: quatro médicos, sendo dois intercambistas do Programa Mais Médicos; dois enfermeiros; quatro técnicos de enfermagem, quatro ASB, três dentistas e oito ACS.

Após a 25ª entrevista, constatou-se que as respostas deixaram de acrescentar informações novas e significativas para a compreensão do fenômeno a ser investigado. Sendo assim, a coleta de dados foi finalizada, partindo-se então para as análises¹⁸.

Apesar de não partir de pressupostos teóricos e hipóteses preestabelecidas para os participantes, o referencial teórico sobre gestão compartilhada subsidiou a análise da sua percepção a respeito desta temática.

A ideia de buscar as descrições junto com os profissionais das equipes de saúde da família foi vinculada à busca da compreensão sobre como a gestão compartilhada é interpretada, experienciada e constituída no cotidiano¹⁹.

As entrevistas foram posteriormente transcritas pela própria pesquisadora e o conteúdo, eliminado automaticamente após a transcrição, o que implicou em minimizar o risco de exposição pessoal e profissional do entrevistado²⁰.

Para a análise dos discursos, utilizamos a técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática proposta por Gomes¹⁶.

A análise de conteúdo desdobrou-se em três fases, a saber:

1 – Pré-análise, que constituiu-se do primeiro contato da pesquisadora com o material obtido. Foi realizada uma leitura dinâmica de cada um deles para tomar conhecimento de seu conteúdo e iniciar uma organização para a realização das análises. Cada depoimento corresponde ao discurso de cada participante entrevistado, sendo que aqueles foram enumerados em algarismos romanos, totalizando 25.

2 – Exploração do material, fase longa e árdua em que se pôde fazer a leitura de todo o conteúdo transcrito para a eleição de fragmentos significativos de cada texto – as unidades de contexto. Cada unidade de contexto encontrada nos depoimentos foi enumerada em algarismos arábicos, a fim de melhor organizar e facilitar a sua compreensão. Após a sua leitura, buscou-se identificar os núcleos de sentido, que puderam ser interpretados como o extrato de cada unidade de contexto ou aquilo que é essencial para a sua compreensão. A identificação de cada núcleo de sentido facilitou a agregação dessas unidades de contexto em subtemas e temas, dentro da categoria temática Percepções sobre gestão compartilhada.

3 – Tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação, fase em que os resultados brutos sofreram uma síntese interpretativa, de forma a relacionar os temas encontrados com pressupostos, questões, objetivos da pesquisa e literaturas a respeito das temáticas¹⁶.

Os resultados puderam ser agrupados em uma categoria temática, que agrupou dois grandes temas, com seus subtemas. Cada subtema pôde ser discutido individualmente, comparando-se os resultados com o referencial teórico já existente sobre cada assunto. Diante dos resultados, pôde-se, então, propor inferências e interpretações de acordo com os objetivos previstos e interpretações sobre outras descobertas inesperadas¹⁶.

Resultados e discussão

A análise temática revelou uma categoria temática principal: Percepções sobre gestão compartilhada, com os temas Gestão descentralizada (dez subtemas) e Gestão centralizada (três subtemas).

As percepções sobre gestão compartilhada

Os participantes puderam discorrer sobre as suas percepções a respeito da temática gestão compartilhada, relacionando-as com a realidade experienciada no seu cotidiano de trabalho.

Gestão descentralizada

No subtema “Gestão compartilhada entre o líder e demais membros da equipe: fortalecendo ou favorecendo o processo de trabalho”, um ACS expôs o quão importante é o gerente compartilhar as decisões com os demais membros da equipe e que esta postura a fortalece.

[...] discute junto e isso fortalece... não tem como você falar não concordo, porque você participou daquilo. (I/3/ACS)

Um ACS e um ASB identificaram que a gestão compartilhada é uma gestão em que não é uma só pessoa que toma decisões; aponta que o líder compartilhar as decisões a serem tomadas com a sua equipe torna o ambiente de trabalho melhor e que a gestão compartilhada é essencial para o trabalho em equipe. Um ACS ainda compara a gestão atual da sua unidade com outra unidade onde já trabalhou, na qual não havia gestão compartilhada e era muito difícil de se trabalhar.

[...] ficava difícil... você tinha que aceitar e você via que não era bom. (II/4/ACS)

Um estudo reforça a importância de a relação entre supervisores e supervisionados dar-se de forma horizontal; e reitera que, para compor consensos e alianças e realizar projetos em um contexto democrático, faz-se necessário uma construção da gestão entre o coletivo de pessoas, e não apenas entre uma cúpula^{21,22}.

Uma supervisão participativa, com interação entre supervisores e supervisionados, permite que ambos possam estabelecer pactos que possam promover a qualidade da atenção, melhorar a resolubilidade dos problemas de saúde e diminuir a distância entre governantes e governados^{21,22}.

No subtema “Gestão compartilhada: um paradoxo entre o alívio da sobrecarga do líder e atrito por opiniões divergentes”, um enfermeiro percebe a gestão compartilhada como benéfica para aliviar a sua sobrecarga de trabalho como líder, mas maléfica por favorecer atritos na equipe a partir da exposição de muitas opiniões divergentes.

[...] seria uma boa no sentido de aliviar um pouquinho as costas da enfermeira... ao mesmo tempo, eu acho que atrapalharia... porque cada um tem uma opinião diferente... acabam criando um atrito [...] (VI/3/Enfermeiro)

Um estudo aponta que o modelo participativo pode agregar valor às competências individuais, fortalecer as equipes e promover o desenvolvimento organizacional se gerenciado adequadamente. Mas, por outro lado, pode gerar desorientação, insegurança e desperdício de potencialidades, conduzindo a instituição à instabilidade caso seja conduzido de maneira imprópria²³.

O subtema “Gestão compartilhada: facilitando os processos decisórios” é abordado por dois técnicos de enfermagem e por dois ACS. Discutem gestão compartilhada como um processo em que o líder compartilha todo o processo de trabalho, saberes e experiências com a equipe, de forma que se possa chegar a um senso comum. Referem que desta maneira é possível que decisões mais adequadas sejam tomadas, ainda que não haja total concordância entre todos.

[...] É você ver os prós e os contras e chegar a uma decisão final... a melhor ou a mais adequada. (VII/3/Técnico de enfermagem)

Embora haja dificuldades para a gestão compartilhada, o técnico de enfermagem propõe as maneiras de driblar essas dificuldades, mostrando o seu protagonismo em levantar problemas e tomar decisões.

A busca por estratégias de superação de conflitos e contínua aprendizagem grupal favorece a construção de espaços mais participativos, que permitem que a equipe possa tomar decisões de forma compartilhada, o que envolve desde fazer escolhas coletivas ou comprometer-se com as metas pactuadas, ainda que haja a coexistência de opiniões divergentes entre os membros²³.

Para a composição do objetivo comum, o gestor também deve desenvolver a habilidade de realizar alianças e consensos, de forma a agregar as tomadas de decisões do coletivo²⁴.

Um dos ACS ainda identifica a gestão compartilhada como um processo que deve envolver todos os profissionais da equipe e acredita que a gestão compartilhada possibilita a escuta e o aprendizado conjuntos, para que sejam tomadas as decisões mais aceitáveis para todos.

[...] todo mundo ouvir, escutar e aprender e juntos, todos tomarem uma decisão... mais cabível [...]. (XV/3/ACS)

Nesse sentido, a literatura reforça que garantir espaços para que haja o compartilhamento de necessidades, sentimentos, impressões, anseios e proposições de melhorias na equipe tende a melhorar de forma significativa as relações entre os trabalhadores²⁵.

Sobre “O conceito de gestão compartilhada antagonizando a lógica vertical hegemônica, podendo ou não favorecer a participação social”, um ACS discute gestão compartilhada como algo antagonico ao modelo vertical de gestão, em que as decisões são tomadas pelo chefe, sem compartilhamento com a equipe. Afirma que na sua equipe o chefe, enfermeiro, tem uma postura diferente; é acessível aos demais membros da equipe e essa postura, na sua opinião, o torna excelente profissional. O subtema também foi abordado por um médico, que acredita que a gestão compartilhada é um modelo de gestão que vai contra uma lógica impositiva e ditatorial e que permite que as tomadas de decisões e o trabalho da USF ocorram em conjunto com a comissão local de saúde.

[...] a nossa enfermeira aqui, a gente tem livre acesso... tem uma cabeça muito boa, mente muito aberta, uma excelente profissional. (VIII/3/ACS)

[...] vêm enfermeiras novas aqui e querem ditar uma regra... a gente não gosta quando vem uma pessoa de fora... quer impor e não é assim [...] (XXV/3/Médico)

O modo como se estabelecem as relações entre gestores e trabalhadores de saúde é uma habilidade importante a ser considerada no contexto do trabalho da gestão. Poucos são os gestores que têm definido um modelo de gestão e muitos não têm conseguido atuar na perspectiva da cogestão. O gerente deve utilizar as tecnologias leves, relacionais^{26,27}, permitindo que os trabalhadores sintam-se atores na produção das ações de saúde, incentivando a sua autonomia, de forma que sejam corresponsáveis pelo trabalho²⁴.

A gestão participativa prevê a inclusão de novos atores políticos na saúde, de forma a ampliar a possibilidade de escuta das necessidades dos usuários e sociedade civil, além de prestadores de serviço, trabalhadores e gestores, conferindo dessa forma a redemocratização da sociedade brasileira. Tal modelo estimula a implantação de mecanismos que visam a valorização das opiniões e percepções dos trabalhadores e usuários nos processos de gestão. Essas práticas são asseguradas por uma política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS²⁸.

No contexto político, a participação pode ser entendida como um dispositivo democrático de redistribuição de poder para transformar não só espaços institucionais, mas toda a rede cooperativa intersetorial²⁹.

Considerando que a participação social e a democracia participativa atuam na qualificação da gestão pública, faz-se relevante garantir o seu fortalecimento e valorização como política institucional no SUS. Assim, haverá avanços no acesso, equidade e universalização da saúde³⁰.

No subtema “Gestão compartilhada como estratégia para alternância de lideranças na equipe”, um ASB afirma que a gestão compartilhada permite que a equipe possa assumir responsabilidades mesmo na ausência do líder e que os membros da equipe possam compartilhar opiniões de forma conjunta, para que se possa falar uma mesma língua.

[...] tem que ter alguém para responder, para assumir de verdade as responsabilidades... eu acho importante ninguém ficar: “ai, eu não vou fazer porque ela é quem é a chefe, ela que resolve...” isso faz a equipe ser uma equipe [...] (X/3/ASB)

Cogestão é compartilhar poder, alternando lideranças para buscar os interesses e projetos do coletivo³¹.

Um gestor que tenha a cogestão como um instrumento do seu trabalho estimula que os trabalhadores assumam compromissos dentro da equipe e sejam atores na gestão do trabalho^{14,31}.

Um dentista e um ASB classificam neste subtema a “Gestão compartilhada como um processo de trabalho democrático”. O ASB acredita que expor opiniões e o compartilhar ideias permite maior produtividade, rendimento da equipe e companheirismo.

[...] mais fácil do que você impor uma coisa... essa abertura, esse diálogo é muito importante; rende e produz mais. (XXIII/3/ASB)

Uma gestão democrática e participativa deveria ser concretizada nas instituições de saúde por meio da construção de sistemas de cogestão, compondo uma nova lógica de funcionamento das organizações com a distribuição de poder entre os membros da equipe³².

Mas o que ainda observamos nas instituições de saúde é a predominância de modelos tradicionais de gestão, com tendências à hierarquização e centralização das tomadas de decisões no líder. Esse modelo favorece a divisão dos grupos de trabalho, cristalização dos papéis de chefes e subordinados e distanciamento entre os membros da equipe,

estrutura que irá colaborar para a composição de uma equipe-agrupamento, e não de uma equipe-integração^{23,33-35}.

Democratizar as relações de poder existentes nas organizações de saúde, de forma a modificar o modelo de gestão atual para uma gestão colegiada, participativa e compartilhada é um grande desafio no SUS³⁶.

Em “Gestão compartilhada entre o líder e demais membros da equipe: ressaltando a importância da participação do ACS”, um médico reforça que a gestão compartilhada é uma maneira de todos os membros da equipe participarem, sem menosprezar o nível de preparação profissional. Reforça a importância de o ACS compartilhar a sua opinião sobre os processos de trabalho na equipe, por ser o profissional que representa a imagem da USF.

[...] Não podemos menosprezar o nível de preparação... de um técnico, de um médico ou de um odontólogo. Todos têm a sua opinião, de acordo com o seu ponto de vista... o paciente chega na recepção, quem atende... é a agente comunitária; então, ela deve opinar... ela é a imagem do centro de saúde e ela tem que compartilhar sua ideia, sua opinião. (XII/3/Médico)

Pode-se considerar a visão deste profissional como inovadora, pois, mesmo pertencente a uma categoria profissional privilegiada e que detém o saber científico, considera e valoriza o conhecimento informal e a vivência do ACS na comunidade, ou seja, não menospreza outras categorias profissionais que não tenham ensino superior. Tal postura corrobora a literatura já discutida sobre gestão compartilhada^{25,30,37,38}.

Alguns estudos apontam a divisão técnica e social do trabalho como um dos principais nós críticos na construção das relações entre os membros de uma equipe de trabalho. Isso ocorre porque questões sociais e culturais que enaltecem que o “saber é poder”, considerando os profissionais de nível superior, acabam gerando nos profissionais de nível elementar ou técnico o sentimento de inferioridade e de não pertencimento à equipe^{23,39,40}.

Em “Gestão compartilhada entre o líder e os demais membros da equipe; facilitando a comunicação entre os profissionais e estimulando o seu protagonismo nos processos decisórios”, um ACS valoriza a gestão compartilhada como uma forma de comunicação entre os profissionais, por permitir que todos sejam ouvidos pelo líder e participem das tomadas de decisões.

Novos métodos de gestão valorizam a inclusão de todos os profissionais de uma equipe: os de nível superior e os de nível elementar e técnico em um sistema de co-governo. Essa lógica contrapõe-se às tentativas de controle administrativo por parte dos gestores/gerentes sobre os demais trabalhadores, de forma a estimular a lógica da autonomia profissional, em que cada qual, de acordo com sua especificidade, possa colaborar coletivamente para o desenvolvimento do processo de trabalho, da assistência e do serviço⁴¹.

Ainda discutindo sobre a participação dos trabalhadores nos processos de gestão, o subtema “Gestão compartilhada: horizontalidade nas relações humanas e estímulo ao protagonismo e responsabilização dos trabalhadores” foi abordado por um ACS e um dentista. Ambos atribuem o significado da gestão compartilhada como um processo

que permite equalizar a importância de todos os profissionais da equipe, de forma a valorizá-los, pois sentem-se capazes e responsáveis por opinar e ajudar.

[...] a gente não se sente... tão pequeno... se sente igual aos outros [...]. (XXI/3/ACS)

Uma das características da cogestão de coletivos é incentivar a autoestima, motivação e o empenho dos trabalhadores, por permitir que eles estejam envolvidos nos processos e na própria concepção do seu trabalho. Dessa forma, é possível que não só gestores e gerentes, mas também trabalhadores e usuários possam interagir e trocar saberes e poderes. Assim, todos poderão ser atores usando a sua criatividade para propor ações, a fim de fortalecer o processo de trabalho e aumentar a responsabilidade social³⁸.

Um técnico de enfermagem valoriza espaços de compartilhamento e discussão de problemáticas sobre o processo de trabalho em equipe entre todos os seus membros e discute essa questão no tema “Espaços de discussão e interação profissionais: um caminho para a gestão compartilhada”. Afirma que o compartilhar permite aos trabalhadores a exposição dos seus incômodos para os demais colegas de trabalho, embora essa prática não aconteça no seu cotidiano, na maioria das vezes.

Compartilhamento de informações, habilidade para enfrentamento de problemas e solidariedade em momentos de crise exigem empoderamento por parte dos trabalhadores da equipe, que poderão ter uma participação mais ativa e crítica, podendo desenvolver competências necessárias para transformações no âmbito individual e coletivo^{22,42}.

A participação é um exercício de poder e, assim, um processo de conquista nas instituições de saúde do SUS. A tomada de decisões de forma participativa, embora seja um processo incipiente no contexto dos serviços, representa um avanço na construção de relações entre gestores, trabalhadores e usuários^{22,42-44}.

Contudo, trabalhar em uma proposta participativa exige preparo e motivação das equipes, da gestão, do líder e dos seus liderados. O trabalhador deve estar motivado a comprometer-se com as metas pactuadas pelo coletivo; o líder deve estar preparado a trabalhar incentivando o diálogo, a escuta e a valorização das potencialidades individuais; e o gestor deve estar preparado para apoiar um ambiente de trabalho coletivo, valorizando os espaços de interação entre o grupo²³.

Gestão centralizada

Em detrimento dos significados atribuídos pelos outros sujeitos do estudo sobre gestão compartilhada, dois participantes (um ASB e um enfermeiro) acreditam que os processos de trabalho devem ter uma “Gestão centralizada nos profissionais de nível superior: enfermeiro e médico”. O ASB acredita que, embora os demais profissionais da equipe exponham suas opiniões sobre os processos de trabalho, as decisões devem ser tomadas pelo médico e pelo enfermeiro, por acreditar que estes profissionais têm mais conhecimento e experiência em relação aos demais profissionais da equipe.

[...] não desmerecendo ninguém, mas a enfermeira, a doutora, quem estudou um pouco mais tem mais noção das coisas, mais experiência [...]. (XVI/5/ASB)

O que podemos observar na maioria das instituições de saúde é o predomínio de relações de poder hierarquizadas, de forma a segregar ou polarizar a equipe em grupos: os que sabem mais – e, portanto, podem mais – e os que sabem menos – e, portanto, podem menos⁴.

Esse contexto reforça a centralização e hierarquização do poder, a divisão entre as classes trabalhadoras e o distanciamento entre os membros da equipe^{4,23}.

Já o enfermeiro acredita que as responsabilidades da gestão devem ser centralizadas igualmente no médico e no enfermeiro, com uma divisão exata destas⁴, pois queixa-se que, embora o médico participe, há uma maior sobrecarga para o enfermeiro.

[...] Por mais que o médico faça essa gestão compartilhada... quem assume toda a sobrecarga perante a atenção básica é o enfermeiro. (XVIII/4/Enfermeiro)

O modelo de gestão tradicional, verticalizado e em que o poder está concentrado no enfermeiro oferece dificuldades para que o líder desenvolva um trabalho que conduza a sua equipe para um desenvolvimento intelectual criativo. Portanto, democratizar e horizontalizar as relações de trabalho de forma a assegurar um ambiente participativo exige preparo e capacitação das lideranças e dos trabalhadores^{36,45}.

No subtema “Gestão centralizada nos profissionais de nível superior: enfermeiro”, um médico afirma que a gestão deve ser feita pelo gerente (o enfermeiro) e acredita que o líder deve tentar tomar decisões a partir de um consenso, mas que, se isso não for possível, ele é o responsável e tem o poder de decisão.

Se tiver muita gente mandando... a coisa não funciona... importante ter uma pessoa com pulso firme coordenando e eu prefiro que não seja eu... na nossa Administração... esta pessoa... a enfermeira... acho ótimo.... (XVII/3/Médico)

A literatura nos traz o conhecimento de que o modelo de gestão presente nas instituições de saúde é o modelo tradicional, verticalizado e centralizador, embora haja um estímulo aos moldes participativos, horizontalizados e de gestão compartilhada³⁷.

Quando a gerência expressa autoritarismo sobre os trabalhadores, muitas vezes, mesmo havendo insatisfação coletiva por sua parte, acabam sendo submissos ou oferecendo resistência às propostas de trabalho. Esse desenho administrativo acaba por dificultar a operacionalização das políticas da instituição, a integração entre os trabalhadores, gestores e usuários e a distribuição de poder^{4,46,47}.

Ainda destacando o poder, cabe ressaltar que a fala do profissional médico mostra o quanto é satisfatório para ele que o poder esteja centralizado no enfermeiro: “importante ter uma pessoa com pulso firme coordenando e eu prefiro que não seja eu...”. Para Arendt, a convivência entre os seres humanos é uma condição indispensável para o estabelecimento do poder. O médico, tendo uma relação de convivência com o enfermeiro, pode exercer o poder e influenciá-lo a exercer o poder, de forma que não seja culpabilizado pela repercussão negativa gerada dentro da equipe^{4,48}.

Um técnico de enfermagem discute no subtema “Gestão centralizada nos profissionais de nível superior: enfermeiro, com abertura aos demais profissionais da equipe na tomada de decisões” que a gestão deve ser centralizada no gerente (o enfermeiro), mas

que este deve tomar suas decisões considerando e respeitando a opinião, experiência e habilidade dos outros profissionais da equipe.

[...] procuraria saber qual a opinião de todos da equipe, tomar uma decisão baseada nessas opiniões [...]. (XIX/3/técnico de enfermagem)

Mesmo o sujeito concordando com um modelo de gestão centralizado no gerente, valoriza o exercício da gestão participativa, em que os trabalhadores sejam ativos e protagonistas quando se trata do encaminhamento das demandas de seu interesse³⁸.

O gerente deve garantir espaços coletivos para que sejam feitos contratos e compromissos de trabalho na sua equipe, com viabilidade aceitável e respeitando o ponto de vista de cada um dos seus membros³⁷.

Considerações finais

Sobre o significado de gestão compartilhada em relação às percepções dos trabalhadores, a maioria deles compreende como um processo participativo, que envolve toda a equipe em um modelo mais horizontal de gestão, que abarca ideias do que a literatura nos traz sobre gestão compartilhada.

Muitos participantes valorizam o compartilhamento da gestão entre o líder e os demais trabalhadores. Compartilhar a gestão favorece o processo de trabalho e fortalece as relações entre o líder e trabalhadores. A democracia no trabalho foi apontada como um facilitador dos processos decisórios. Quando todos podem expor suas opiniões e têm a oportunidade de discutir juntos para compor consensos coletivamente, os trabalhadores podem superar suas dificuldades, encontrando a melhor solução para o grupo, mesmo diante de opiniões divergentes. De modo paradoxal a essa percepção, também foi apontado que a existência de opiniões divergentes pode gerar conflitos na equipe.

A gestão compartilhada foi amplamente discutida como um modelo de gestão inovador, que se opõe ao modelo de gestão vertical, hegemônico nas instituições de saúde, em que a gestão é realizada pelo chefe, sem abertura aos demais membros da equipe. Além de estimular os trabalhadores a serem protagonistas nas ações de saúde, prevê a participação dos usuários nesse contexto. As comissões locais de saúde foram identificadas como participantes na gestão das USF, o que assegura as diretrizes da política nacional de gestão estratégica no SUS.

A comunicação e a alternância das lideranças na equipe mostrou-se como um aspecto favorável à horizontalização das relações na equipe. Entendendo e executando o papel de líderes, os trabalhadores podem sentir-se coparticipantes da gestão.

O ACS foi considerado de grande importância na gestão. Seu conhecimento do usuário em seu contexto, inserido na comunidade, auxilia os profissionais da assistência a planejarem o cuidado. Nessa perspectiva, contrapõe-se à ideia de que “saber é poder” e, assim, há espaço para que os profissionais de nível técnico e elementar sejam valorizados e partilhem a gestão com o líder.

Antagonizando a gestão compartilhada, modelos centralizados nos profissionais de nível superior foram mencionados entre os participantes. O enfermeiro foi o profissional que ganhou destaque na gestão e em algumas equipes e o médico é coparticipante

em conjunto com ele, o que nos permite concluir que há predominância do modelo tradicional e vertical de gestão, com o uso de poder e autoritarismo.

Contribuições dos autores

As autoras Rafaela Mossarelli Penedo e Dagmar de Paula Queluz participaram da elaboração conceitual da pesquisa, da delimitação do objeto, do desenho do estudo, da discussão dos resultados e da revisão e aprovação da versão final do texto. Camila da Silva Gonçalves participou ativamente da discussão dos resultados, da revisão e da aprovação da versão final do texto.

Agradecimentos

À professora e doutora Wilza Carla Spiri, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp e membro do Coren-SP; e à professora e doutora Luciane Miranda Guerra, coordenadora do Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Coletiva da FOP-Unicamp, por todo o apoio nesta trajetória.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Política Nacional da Atenção Básica. Pactos pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Ciampone MHT, Melleiro MM. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: Kurcgant P, organizador. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 33-47.
3. Leite RFB, Veloso TMG. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. *Psicol Cienc Prof.* 2008; 28(2):374-89.
4. Oliveira HM, Pires TO, Parente RCP. As relações de poder na estratégia de saúde da família sob o enfoque da teoria de Hannah Arendt. *Saude Transform Soc.* 2011; 1(2):17-26.
5. Ximenes Neto FG, Sampaio JJC. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(1):36-45.
6. Siqueira HCH, Erdmann AL. Construtivismo como método de pesquisa: possibilidade de geração de conhecimentos. *Rev Enferm UERJ.* 2007; 15(2):291-7.
7. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 42a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.



8. Rozendo CA, Gomes ELR. Liderança na enfermagem brasileira: aproximando-se de sua desmitificação. *Rev Lat Am Enfermagem*. 1998; 6(5):67-76.
9. Chaves LDP, Tanaka OY. O enfermeiro e a avaliação na gestão de sistemas de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(5):1274-8.
10. Matos E, Pires DEP, Campos GWS. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(5):775-81.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em práticas de saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Fiocruz; 2005.
12. Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil, síntese. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
13. Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(5):2337-44.
14. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
15. Pichon-Rivière E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
16. Gomes R. Análise e interpretação de dados da pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizador. *Pesquisa social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2010.
17. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, organizador. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2010.
18. Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publication; 1994.
19. Bork AMT. A liderança transformacional e os modelos de gestão. In: Harada MJCS, organizador. *Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura*. São Caetano: Yendis; 2011. p. 145-53.
20. Richards L, Morse JM. *Readme first for a user's guide to qualitative methods*. 2a ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2007.
21. Castro EAB, Campos EMS. Uma discussão sobre as competências e habilidades de gestores no âmbito do sistema público de saúde. *Rev APS*. 2003; 6(2):94-8.
22. Hoffmann LMA, Koifman L. O olhar supervisivo na perspectiva da ativação de processos de mudança. *Physis*. 2013; 23(2):573-87.
23. Moura GMS, Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, Hoffmeister LV. Face oculta de um processo participativo para escolha de chefias de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(3):528-34.
24. Barrêto AJR, Sá LD, Silva CC, Santos SR, Brandão GCG. Experiências dos enfermeiros com o trabalho de gestão em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(2):300-8.
25. Becchi AC, Albiero ALM, Pavão FO, Pinto IS, Godoi AV, Dias BC, et al. Perspectivas atuais de cogestão em saúde: vivências do Grupo de Trabalho de Humanização na Atenção Primária à Saúde. *Saude Soc*. 2013; 22(2):653-60.



26. Franco TB, Merhy EE. PSF: contradições de um programa destinado a mudanças de um modelo technoassistencial. Campinas: UNICAMP; 1998.
27. Maschietto F, Probst LF, Nobre PXC, Pereira AC. Tecnologias em saúde. In: Pereira AC, Cavalcante DFB, Guerra LM, Meneghim MC, organizadores. Gestão pública em saúde: fundamentos e práticas. São Paulo: Livro Novo; 2016. p. 171-92.
28. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
29. Guizardi FL. Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. *Trab Educ Saude*. 2009; 7(1):9-34.
30. Costa A, Lionço T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? *Saude Soc*. 2006; 15(2):47-55.
31. Guizardi FL, Cavalcanti FOL. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. *Physis*. 2010; 20(4):1245-65.
32. Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
33. Chiavenato I, organizador. Teoria geral da administração: abordagens prescritivas e normativas da administração. 4a ed. São Paulo: McGraw-Hill; 1993. A administração científica. p. 85-136.
34. Ciampone MHT, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2000; 53 esp:143-7.
35. Peduzzi M. Equipe multiprofissional em saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica*. 2001; 35(1):103-9.
36. Bernardes A, Cecilio LCO, Nakao J, Évora YDM. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. *Cienc Saude Colet*. 2007; 12(4):861-70.
37. Cunha GT, Campos GWS. Método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *Org Demo*. 2010; 11(1):31-46.
38. Cunha PF, Magajewski F. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. *Saude Soc*. 2012; 21(1):71-9.
39. Dall'Agnol CM, Ciampone MHT. Avaliação de desempenho: diálogos e representações de um grupo na enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2002; 55(4):363-9.
40. Cardoso ASF. Análise de um processo grupal de uma equipe de enfermagem [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
41. Silva ALA. Educação profissional e gestão em saúde: pressupostos teóricos-conceituais na formação de profissionais de nível médio. *Trab Educ Saude*. 2005; 3(2):351-69.
42. Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Cienc Saude Colet*. 2002; 7(4):925-34.
43. Demo P. Participação é conquista. São Paulo: Cortez; 1998.
44. Oliveira ML, Almeida ES. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. *Saude Soc*. 2009; 18(1):141-53.
45. Strapasson MR, Medeiros CRG. Liderança transformacional na enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(2):228-33.

46. Ayala ALM, Oliveira WF. A divisão do trabalho no setor de saúde e a relação social de tensão entre trabalhadores e gestores. *Trab Educ Saude*. 2007; 5(2):217-41.
47. Araújo CEL, Pontes RJS. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(9):2357-65.
48. Arendt H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forence Universidade; 2008.

The objective of the present study was to understand the perceptions of professionals from family health teams regarding the subject of shared management. It was based on the theoretical framework of qualitative research, using the thematic modality of the content analysis method. The study sample was 25 employees from family health units with oral health teams. Data were obtained through semi-structured interviews, whose audios were transcribed. Thematic analysis revealed the thematic category perceptions regarding shared management, with the subjects decentralized and centralized management and their respective subthemes. It was concluded that the employees consider that shared management is a participative process. They value participation and democracy in teams, so it is possible to develop a more horizontal management model. However, the results pointed to a prevalence of vertical management models, focused on nurses.

Keywords: Practice management. Health management. Qualitative research. Health services research.

Se espera, como objetivo de este estudio, conocer las percepciones de los profesionales de los equipos de salud de la familia sobre la temática de la gestión compartida. Se realizó con base en los supuestos teóricos de la investigación cualitativa, utilizando el método del Análisis de Contenido en la modalidad temática. El universo de estudio lo constituyeron 25 trabajadores de las Unidades de Salud de la Familia con equipos de salud bucal. Los datos se obtuvieron inicialmente por medio de entrevistas semi-estructuradas, grabadas en audio y con transcripción posterior. El análisis temático reveló una categoría temática: percepciones sobre gestión compartida, con los temas Gestión Descentralizada y Centralizada y sus correspondientes subtemas. Se concluyó que, para los trabajadores, gestión compartida es un proceso participativo. Ellos valoran la participación y la democracia en los equipos para que se pueda trabajar en una propuesta de gestión más horizontal. No obstante, se señalaron modelos de gestión verticalizados, centralizados en el enfermero.

Palabras clave: Gestión de práctica profesional. Gestión de salud. Investigación cualitativa. Investigación sobre servicios de salud.

Submetido em 21/08/17.
Aprovado em 13/06/18.