

Trabalho gerencial em Unidades Básicas de Saúde de municípios de pequeno porte no Paraná, Brasil

Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes^(a)

Brígida Gimenez Carvalho^(b)

Sônia Cristina Stefano Nicoletto^(c)

Luiz Cordoní Junior^(d)

Nunes EFPA, Carvalho BG, Nicoletto SCS, Cordoní Junior L. Managerial work in Basic Health Units of small municipalities in Parana, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(58):573-84.

In order to understand how the organizational, political and relational dimensions affect the everyday managerial work in Basic Health Units of small municipalities in northern Paraná, a qualitative study was developed, using focus groups to gather the information. Nurses are the group that develops the majority of the managerial roles, even though in an informal fashion. The vertical and authoritarian management model prevails, in spite of the weakness of this function when confronting the autonomy and collegiality of professionals. In the political dimension, politically biased interests override the managerial decisions; and in the relational dimension, conflict is expressed with disrespect and disputes, but also collaboration with dialogue and teamwork. In these municipalities, the management processes are poorly developed, requiring professionalization and formalization of the managerial positions, in addition to the permanent education development.

Keywords: Primary Health Care. Health services administration. Management. Health Manpower. Conflict.

Visando compreender como as dimensões organizacional, política e relacional afetam o cotidiano do trabalho gerencial em Unidades Básicas de Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, realizou-se estudo qualitativo cujos dados foram obtidos por meio de grupos focais. O enfermeiro é o que mais desenvolve a função gerencial, porém, informalmente. O modelo gerencial verticalizado e autoritário predomina, e há fragilidade no exercício frente à autonomia e ao corporativismo de profissionais. Na dimensão política, interesses político-partidários sobrepõem-se às decisões gerenciais; e, na dimensão relacional, há manifestação de conflito, com desrespeito e disputas, mas, também, colaboração, com diálogo e trabalho em equipe. Nesses municípios, os processos gerenciais são pouco desenvolvidos, necessitando de profissionalização e oficialização do cargo, além do desenvolvimento de educação permanente.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Administração de serviços de Saúde. Gerência. Recursos humanos em Saúde. Conflito.

^(a,d) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina (UEL). Avenida Robert Kock, nº 60. Vila Operária. Londrina, PR, Brasil. 86038-350. alnunes.3@gmail.com; cordoní@sercomtel.com.br

^(b) Departamento de Saúde Coletiva, UEL. Londrina, PR, Brasil. brigidagimenez@gmail.com

^(c) Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, 18ª Regional de Saúde. Cornélio Procópio, PR, Brasil. sonianicoletto@sesa.pr.gov.br

Introdução

O processo de construção do sistema de saúde brasileiro é considerado inacabado diante das dimensões do projeto da Reforma Sanitária¹ e dos desafios para a organização jurídico-administrativa, com vistas a desenvolver a atenção integral, por meio da descentralização e da regionalização².

A heterogeneidade dos municípios brasileiros produz dificuldades distintas ao processo de descentralização. Para os municípios de grande porte, a complexidade administrativa tem representado um obstáculo a ser vencido no processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)³. Para os municípios de pequeno porte (MPP), com até vinte mil habitantes, maioria no Brasil (71%)², as condições técnicas deficitárias e a reduzida base econômica têm sido os grandes desafios⁴.

Independentemente do porte municipal, a atenção básica (AB) tem sido impulsionada com incentivo financeiro ministerial, com o intuito de oferecer à população serviços de saúde e ações de prevenção e promoção, impulsionando a intersectorialidade⁵. A Unidade Básica de Saúde (UBS), porta de entrada preferencial do usuário à rede de serviços públicos de saúde, é importante locus de inter-relações dos atores no cotidiano da produção da saúde⁶.

Apesar dos esforços para a estruturação da AB, persistem problemas relacionados: à infraestrutura, às formas de contrato dos trabalhadores de saúde, à dinâmica da atenção ao cuidado; e ao processo de trabalho, às expectativas contraditórias dos atores, aos conflitos existentes entre integrantes das equipes de saúde da família e os poderes locais, às condições sociopolíticas, entre outros^{6,7}.

Para a superação desse quadro, precisam ocorrer mudanças em múltiplas dimensões: políticas, ideológicas, jurídico-legais e organizacionais no nível macro, mas, também, no processo de trabalho, nas relações pessoais e nas práticas individuais de saúde, no nível micro⁸.

Nesse cenário, modelos de gestão com caráter pluricêntrico vêm sendo propostos, considerados necessários diante das demandas diferenciadas e complexas do campo da saúde⁹. Esses devem estar apoiados não somente nos aspectos macrossociais, mas, também, em “perspectivas de análise que valorizem particularmente aspectos microssociais e relacionais/comunicacionais, presentes no cotidiano dos serviços de saúde, assim como o papel dos sujeitos na dinâmica organizacional”¹⁰ (p. 2346). Devem superar o aspecto restritivo das teorias administrativas, pautadas nas normas e na padronização de técnicas para uma gestão democrática e participativa¹¹.

Em MPP, a gestão em saúde é assumida formalmente por um secretário municipal de saúde ou um diretor, que defende sua posição política produzindo disputas no interior do estado¹². O secretário de saúde, na maioria dos municípios, conta com apoio e assessoria de uma equipe gestora, sendo o gerente, que coordena a atenção em saúde produzida na UBS, um dos integrantes dessa equipe.

A principal atuação da gerência de UBS se dá na organização do trabalho e na gestão de recursos humanos¹³, não podendo ser uma atividade meramente funcional, voltada para as atividades burocráticas, de manipulação dos papéis e rotinização do trabalho predeterminado¹⁴. Pelo contrário, pressupõe maior autonomia e poder decisório dos atores nas ações e nos serviços produzidos, considerados imprescindíveis para um cuidar em saúde qualitativo e resolutivo¹⁴.

Diante das reflexões expostas, surgiu a seguinte inquietação: em que condições o trabalho gerencial nas UBS de MPP vem sendo produzido? Com intuito de elucidar, ao menos em parte, essa questão, realizou-se este estudo, com objetivo de compreender os aspectos que podem afetar o cotidiano do trabalho gerencial em UBS de MPP de três Regionais de Saúde do norte do Paraná.

Procedimentos metodológicos

Estudo de caráter compreensivo e interpretativo, com abordagem crítico-hermenêutica, com base em técnicas de coleta e de análise do empírico que vislumbrem a compreensão da realidade.

A Hermenêutica, segundo Ricoeur, oferece marcos para a compreensão do sentido da comunicação entre seres humanos, e considera a linguagem um terreno comum da intersubjetividade e do entendimento humano¹⁵. Para esse autor, o “paradigma da leitura” (método de interpretação textual que está centrado na compreensão do texto) pode fornecer um caminho metodológico para uma

investigação científica para análise dos fenômenos sociais¹⁵. Ricoeur considera que a hermenêutica e a dialética não devem ser reduzidas a simples teorias e/ou métodos de tratamento dos dados, mas que são abordagens complementares, que possibilitam uma reflexão que se funda na práxis; e que a aliança dessas abordagens é fecunda na condução do processo que pretende, ao mesmo tempo, ser compreensivo e crítico da realidade social¹⁵⁻¹⁷. Portanto, a análise crítico-hermenêutica propicia, neste estudo, a compreensão dos aspectos que afetam o cotidiano do trabalho gerencial em UBS de MPP.

O estudo teve como área de abrangência três regionais de saúde (RS) do Paraná – 16^a, 17^a e 18^a –, nas quais os MPP representam 83% da totalidade dos municípios.

Foram realizados cinco grupos focais (GF) com gerentes de UBS de MPP da região estudada. Essa técnica de coleta de dados foi selecionada devido ao interesse na interação e no debate dos participantes em torno do tema pesquisado¹⁸. Nos 49 municípios estudados, havia 82 UBS. Foram convidados a participar dos grupos focais 48 gerentes de UBS cujo trabalho gerencial apresentava-se mais consolidado no momento da pesquisa. Desse total, compareceram 33. Os GF foram realizados em julho de 2011, nos municípios-sede das RS, sendo um grupo na 16^a, dois na 17^a e dois na 18^a RS, de forma que, em cada grupo, participaram entre seis e nove gerentes.

Os gerentes, depois de esclarecidos sobre a pesquisa e de terem lido o termo de consentimento livre e esclarecido, concordaram em participar e assinaram o termo. As discussões dos GF seguiram roteiro com as seguintes questões norteadoras: o que você faz no cotidiano do trabalho da coordenação? Que estratégias/instrumentos utiliza na condução do trabalho gerencial? Como se dá o apoio para o desenvolvimento do trabalho de vocês? Como é a interação com os trabalhadores? Quais as facilidades e dificuldades existentes no desenvolvimento do trabalho gerencial?

As discussões foram conduzidas pelos pesquisadores, gravadas e transcritas na íntegra. Para evitar a identificação dos participantes, suas falas foram codificadas com letras do alfabeto, na ordem em que surgiam: AGF1 (primeiro participante a se manifestar no grupo focal 1), e assim por diante (BGF1 [...], AGF2 [...], AGF5 [...]), representando cada um dos participantes e os GF, respectivamente.

Foi realizada a conferência da fidelidade das transcrições e, na sequência, a análise, em três etapas. Primeiramente, com leituras da totalidade do material empírico, para permitir a impregnação do teor. A seguir, leitura vertical, ou seja, uma leitura repetida e aprofundada de cada GF separadamente, possibilitando a constituição de sínteses. Por último, foi realizada a leitura horizontal dessas sínteses, das quais emergiram as seguintes categorias empíricas denominadas: dimensão organizacional, dimensão política e dimensão relacional. A análise das três categorias permite destacar aspectos que afetam o cotidiano do trabalho gerencial em UBS de MPP.

Para análise do fenômeno estudado, foi aplicado o referencial teórico marxista do trabalho, em especial, sobre o trabalho gerencial¹³. Nesse referencial, o processo de trabalho da gerência é composto por um conjunto de atividades próprias e inter-relacionadas, para cumprir uma determinada finalidade – o estabelecimento e a manutenção de condições favoráveis à implementação de um dado modelo assistencial¹³, com vistas à integralidade da atenção ao usuário, ou seja, à satisfação de suas necessidades de saúde. Atua sobre determinado objeto, a partir de determinados instrumentos.

O objeto de intervenção da gerência é a própria organização do trabalho e dos trabalhadores da unidade de saúde. Desta forma, o processo de trabalho gerencial se efetiva por meio de relações humanas (dimensão interativa/intersubjetiva), envolvendo a relação com os demais profissionais de saúde, de diversas categorias profissionais, e, também, com usuários/população do território. Portanto, ao se considerar a intersubjetividade presente no exercício cotidiano do trabalho gerencial, cabe reconhecer que este constitui a execução de atividades permeadas pela comunicação e pela interação humana. Com o intuito de elucidar as dimensões processuais e intersubjetivas das práticas gerenciais e de saúde, o referencial teórico do processo do trabalho de Marx foi articulado à teoria do Agir Comunicativo, de Habermas¹⁹. O cerne dessa teoria está na racionalidade comunicativa, uma dimensão não instrumental da racionalidade, que, por sua natureza essencialmente dialógica e intersubjetiva, tem como objetivo fomentar o entendimento entre os homens e produzir acordos intersubjetivos. Na teoria do agir comunicativo, o conhecimento se produz a partir da experiência da interação, da linguagem e da intersubjetividade¹⁹.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição a que estão vinculados os pesquisadores.

Resultados e discussão

A gerência de UBS em MPP revelou-se uma atividade complexa, dialeticamente afetada por aspectos relacionados às dimensões organizacional, política e relacional. Optou-se por apresentar os resultados nessas três categorias separadamente, para facilitar a compreensão dos mesmos, apesar da clareza de que tais dimensões não ocorrem de forma estanque. Pelo contrário, são imbricadas e, por vezes, sobrepostas.

Dimensão organizacional

A dimensão organizacional compreende a divisão técnica e social do trabalho²⁰, bem como questões estruturais que afetam a produção do trabalho em saúde.

Sobre o perfil dos atores que ocupam a função gerencial, dos 33 participantes dos GF, 28 eram do sexo feminino e cinco do masculino, entre os quais, um era funcionário administrativo e um zootecnista. A maioria era de profissionais da enfermagem: trinta enfermeiros e um auxiliar de enfermagem. A presença de um maior percentual de mulheres pode estar relacionada ao fato de a enfermagem ser essencialmente feminina e de, na formação desses profissionais, diferentemente do que ocorre na de outros, estarem incluídos conteúdos de administração, de gerência²¹.

Mas a formação não garante uma prática gerencial democrática e participativa, conforme apontado nas falas: “Eu já tive muita dificuldade com médico [...], de não aceitar que você como coordenadora esteja acima dele” (EGF3). “O que a gente tenta [...] é conscientizar o funcionário que ele é subordinado ao enfermeiro” (FGF1). Assim, enfermeiros, ao exercerem a liderança, podem fazê-la forçando sua equipe a simplesmente obedecer às ordens em virtude da “hierarquia” que consideram existir, corroborando os achados em pesquisa realizada por Amestoy et al.²². Essa lógica gerencial está orientada pela racionalidade estratégica que se apoia em regras racionais e busca exercer influência sobre decisões daqueles que são seus parceiros de interação. Nesse sentido, afasta-se de uma postura baseada na escuta e no compartilhamento de decisões, numa atuação dialógica, de articulação e interação interprofissional²³.

Historicamente, a gerência em saúde sofre forte influência do modelo Taylorista/Fayolista, da administração clássica e do modelo burocrático²⁴. Nesse contexto, Campos¹¹ aponta que, no desempenho dessa importante função, é habitual que a gerência assuma o papel de controlar e regulamentar o trabalho dos demais trabalhadores da unidade de saúde, eliminando todo traço de subjetivismo no momento da execução das tarefas.

Há enfermeiros que, realmente, assumem uma prática autoritária no trabalho diante da equipe, “mas em alguns momentos não passam de imagens e estereótipos da figura deste profissional, que foram historicamente construídos ao longo do tempo e que, atualmente, necessitam ser (des)construídos”²⁵ (p. 126).

A postura desses gerentes, orientada pela racionalidade estratégica, pode estar influenciada pela existência de um sistema que, na sociedade contemporânea, aponta para o avanço da racionalidade técnica ou do sistema e dos subsistemas (financeiro, jurídico, entre outros) sobre o mundo da vida, ou seja, uma colonização das ações instrumentais e estratégicas em esferas da vida que deveriam ser orientadas pelo agir comunicativo¹⁹. Sobre sua função, a maioria dos gerentes de unidades relata que a mesma não é exercida formalmente, devido à inexistência do cargo no organograma das secretarias de saúde. Em muitos casos, são contratados como profissionais da equipe da saúde da família e acabam assumindo, também, responsabilidades gerenciais.

Assim, a não-formalidade do cargo e a conseqüente não-gratificação pela função exercida traz um paradoxo. Ao mesmo tempo que alguns gerentes se encontram em posições de superioridade hierárquica, também há situações em que outros evitam posições e atitudes de confronto ou que desagradem trabalhadores pelo fato de não se sentirem respaldados para tais enfrentamentos, como exemplificado no trecho a seguir: “Não é que eu não quero me indispor com o funcionário, mas eu não tenho uma formalidade para me indispor com o funcionário, então eu não vou ter um respaldo” (AGF2). Portanto, o caminho não é somente institucionalizar o cargo de gerente, mas produzir a

cogestão de coletivos em que exista: troca de informações, escuta de todos para a tomada de decisão, transcendendo a subjetividade e o desejo do sujeito, formando uma rede de relações⁹. A esse respeito, Habermas defende que, quando o entendimento não for possível e a interação resultar em conflito, há, também nesse caso, na vigência de uma ação comunicativa, maior possibilidade de enfrentamento e solução dos problemas, ou seja, de construção e reconstrução de consensos no nível local¹⁹.

A diferença de exigência ao cumprimento da carga horária de trabalho entre os profissionais traz conflitos. O profissional médico é tido como o mais “privilegiado” e com “liberdade” sobre sua carga horária, como exemplificam os excertos a seguir: “O médico [...] não fica o dia inteiro [...]. Lá, ele fica assim: três horas, duas horas” (FGF3). “Não atende todos os dias na minha unidade. Ele vai duas vezes por semana, e é para ficar quatro horas, mas não fica” (EGF1). Junqueira et al.⁷ verificaram que a categoria médica era a que menos cumpria o horário estipulado no contrato de trabalho da estratégia saúde da família (ESF). Uma problemática que permanece na gestão do trabalho médico, em geral, diante do não-domínio sobre o horário, do controle da produtividade e da qualidade do cuidado prestado aos usuários/pacientes²⁶.

Em 2011, a portaria nº 2.027 apresenta algumas alternativas de jornada de trabalho para os médicos da ESF²⁷, podendo minimizar a questão em alguns contextos, mas não resolver a problemática, pois a mesma não se resume à carga horária. Ney e Rodrigues²⁸ (p. 1301) demonstraram a “indignação” de médicos sobre “a política municipal de recursos humanos”, com destaque para a remuneração “considerada muito ruim e inadequada [...] em comparação a salários praticados em outros serviços de saúde e a inexistência de plano de cargos, carreira e salários adequados ao regime da estratégia”. Portanto, no âmbito do SUS, é urgente o desenvolvimento de uma gestão do trabalho que proporcione adequadas condições de atuação, incentivos financeiros e efetivação da carreira profissional, não só para a categoria médica, mas para todos os trabalhadores que atuam na AB.

A vinculação ao trabalho por meio de relações não precarizadas é fundamental em qualquer área de trabalho. Em serviços públicos, muitos trabalhadores ingressam por meio de concurso público, sendo regidos pelo estatuto do servidor público, o que garante estabilidade para o trabalhador. Já para o gerente, pode acarretar dificuldade, pois, “a partir do momento que eles [médicos] foram concursados, eles pegaram uma força tamanha que eles não cumprem mais com o dever deles” (DGF4). Por outro lado, a estabilidade proporcionada pelo concurso público garantiu o emprego do gerente, conforme ilustra uma das entrevistadas, com base em uma situação conflituosa vivenciada com o prefeito de um município: “eu [gerente] só não ganhei a conta ainda porque sou funcionária concursada” (DGF4).

Essas relações de trabalho têm potencialidade de se constituírem em situações geradoras de conflito no ambiente de trabalho. A esse respeito, Carvalho⁸ aponta que tal fato se deve à existência de certo descompasso entre dois sistemas jurídicos: o do direito individual desse segmento de trabalhadores – o estatuto do funcionário público – e o do direito geral, constitucional – a normativa do SUS.

Problemas relacionados a inadequação, insuficiência ou inexistência de infraestrutura, tais como falta de material de consumo, equipamentos, computadores e viaturas, foram dificuldades referidas: “Nunca tem um carro [...] para fazer uma visita no sítio” (EGF5). Nesse caso, além de prejudicar o trabalho do profissional de saúde, também compromete o acesso do cidadão ao cuidado em saúde.

Dimensão política

A dimensão política refere-se às relações de poder intrínsecas a todas as organizações²⁹. Cabe esclarecer que, aqui, serão analisados os resultados que envolvem mais explicitamente questões político-partidárias e eleitorais subjacentes. Mesmo tendo clareza de que toda ação humana é eminentemente política³⁰, outras relações estabelecidas entre diferentes atores, e que podem, de alguma forma, ter implicação política, serão analisadas na dimensão relacional.

A política foi apontada como “dificuldade”. O acesso fácil de trabalhadores e de usuários ao prefeito e/ou ao secretário de saúde, os quais detêm o poder “maior”, faz com que seja necessário “contornar as coisas, pois, às vezes, [...] bater de frente não é bom, é ruim” (AGF1).

O secretário de saúde procura desenvolver suas atividades e exerce influência nos serviços de saúde segundo o interesse do prefeito, fazendo valer esse poder “maior”. De acordo com um dos

relatos, isso se deve ao fato de o secretário ocupar um cargo de confiança: “não é concurso, não é por graduação, é por indicação, mas que está lá e representa uma chefia maior do que a gente” (FGF1).

Os funcionários da saúde foram definidos como detentores de um poder político “menor”, cujas ações também geram entraves no cotidiano do trabalho em saúde. O gerente toma uma decisão, mas o funcionário se reporta ao prefeito e, no fim, acaba por prevalecer outra determinação. “Cada um quer ver o que é melhor para si” (FGF1).

Assim, parece existir falta de participação e compartilhamento das decisões, ou seja, prevalece a centralidade do poder político, como reafirma o trecho a seguir: “A grande verdade [...], o secretário não manda nada, Conselho Municipal de Saúde não manda nada, quem manda é o prefeito, não adianta” (EGF4). No exercício da política, em vez de prevalecer o interesse coletivo, o bem-estar de todos, tem predominado um “realismo político que considera ingênua qualquer postura que não traga para o centro do palco a conquista e manutenção do poder”³¹, (p. 26).

Os gerentes expressaram que as relações interpessoais no ambiente de trabalho, entre trabalhadores da mesma categoria funcional, são permeadas por interesses político-partidários e, frequentemente, acabam por se manifestar como situações conflituosas, como exemplifica a fala: “Então, acaba acontecendo os conflitos entre os próprios funcionários [...]. Ocorre conflito de motorista com motorista, de agente da dengue com agente da dengue, de ACS com ACS [...], de ACS chegar a se pegar no tapa por questões políticas” (FGF1).

No contexto das organizações de saúde, a disputa por interesses e posições, muitas vezes, manifesta-se como conflito³². Nesse sentido, Carvalho⁸ aponta que, se no ambiente de trabalho, na busca da satisfação de seus interesses e projetos pessoais, algum trabalhador passa a descumprir normas e acordos validados juntamente aos seus parceiros de interação e assumidos como válidos pela organização, esse fato tem potencial para produzir sentimentos de desrespeito, de injustiça naqueles que foram afetados pelo seu descumprimento. Ou seja, a violação das expectativas normativas de comportamento tem potencial para despertar sentimentos capazes de mobilizar sujeitos e desencadear conflitos³³.

Também em suas ações, os cidadãos, usuários dos serviços de saúde, interferem politicamente nas organizações. Mesmo que não seja intencional, a reivindicação da população usuária do sistema de saúde, dependendo do período/contexto social em que é feita, adquire conotação política. Sobre isso, as falas destes gerentes, em tom de desabafo, são ilustrativas: “O grande problema de todos os municípios é que não existe uma decisão técnica. Na hora das decisões, existe a decisão política [...], a partir do momento que ele vai até o prefeito, o prefeito não vai pensar na decisão técnica [...]. Vai pensar: eu estou precisando do voto” (DGF4). E, “na hora que você fala um não para a população, você está falando um não para o voto” (DGF3).

Assim, a proximidade das pessoas em cidades pequenas pode levar a política a uma transversalidade orientada para os interesses pessoais dos envolvidos, e não para o interesse coletivo da saúde da comunidade. Novamente, prevalece nessas relações a racionalidade estratégica, em que um sujeito visa, simplesmente, a manipular outros ou tratá-los como meios para alcançar sua finalidade, suas metas. Segundo Habermas¹⁹, essa interação tem natureza monológica e ocorre por meio de um sujeito que conhece, que nomeia objetos, e sua ação se dá a partir de sua perspectiva individual, apoiada em regras racionais com influência sobre as decisões dos seus parceiros de interação para alcançar seu intento, ou seja, interesses particulares.

Diante desse cenário, os gerentes referem não ter autonomia, o que faz surgir uma sensação de impotência, conforme sugere a fala a seguir: “Você acaba coordenando e não coordenando, na verdade. Você fala uma língua, o outro fala outra. A política influencia muito” (AGF1). O desafio na construção de um novo jeito de operar a gestão e a gerência no SUS devem se pautar na superação de situações nas quais o mando político prepondera excessivamente.

A interação que se pretende entre os atores no campo da saúde é a de produzir um consenso obtido comunicativamente, de forma solidária, sem coerção. Para Rivera²³, esses são os pressupostos de um novo paradigma organizacional, em que a escuta organizacional deve articular-se a um projeto de comunicação e a um novo padrão de liderança gerencial que consiga mobilizar os trabalhadores.

Os resultados apresentados permitem compreender que diferentes atores influenciam politicamente a produção em saúde e que o secretário de saúde, que é o ator ocupante efetivamente do cargo político, exerce esse poder político mais fortemente que os demais.

Dimensão relacional

A dimensão relacional na saúde se situa no espaço microssocial. Refere-se às relações que se estabelecem entre aqueles que produzem a atenção à saúde, ou seja, às dimensões processuais e intersubjetivas dessas práticas.

O termo intersubjetividade nos remete à experiência de contínua reconstrução de identidades que se dá a partir da vivência em sociedade e dos reconhecimentos e das resistências que cada um experimenta no contato com o Outro. Nesse processo, a identidade dos sujeitos vai sendo construída em cada experiência de encontro com esse Outro³⁴.

Os resultados apontam que a dimensão relacional afeta de modo significativo o trabalho gerencial. Houve manifestação de gerentes quanto ao fato de terem dificuldades no estabelecimento de relações com os demais trabalhadores da unidade: “Para mim, uma coisa que atrapalha bastante são as relações interpessoais [...]. Você tem que ter muito tato, muito jogo de cintura para conseguir chegar a um desfecho melhor” (FGF1).

A gerência se constitui numa ação interprofissional, interdisciplinar e intersetorial, que interage e se articula, por meio de relações intersubjetivas, a vários outros atores⁸. Desta forma, espera-se da gerência uma ação integrativa no nível local, capaz de articular as necessidades de organização e qualificação do trabalho e de expor as contradições que se fazem presentes na relação entre trabalhadores de saúde¹⁴. Contudo, os resultados apontam fragilidade da gerência para lidar com questões cotidianas do trabalho gerencial, especialmente com relações conflituosas.

Na gerência de serviços de saúde, as relações interpessoais ora se configuram como aproximativas, ora como conflituosas⁷. Os conflitos sempre estiveram presentes nas organizações, especialmente naquelas em que os processos de trabalho são mediados pela interação social, como é o caso da saúde. Apresentam-se como algo que escapa, que denuncia, que invade a agenda de quem faz a gestão, que incomoda. Aliás, lidar com conflitos é uma constante no cotidiano dos gerentes e da direção superior, em toda e qualquer organização³².

Lidar com essas situações implica que o gerente esteja qualificado para compreender, suportar e interagir com os dramas intersubjetivos do grupo, com situações conflituosas. Ele deve reconhecer-se como integrante da equipe de trabalho, porém, como aquele que desempenha uma função de mediador dessas situações³⁵. Entretanto, isso nem sempre acontece, e é usual que os gerentes não se sintam preparados para o desempenho dessas funções, como apontado: “Acho que a maior dificuldade minha em relação ao gerenciamento da equipe está em mim mesmo. Eu [...] tenho dificuldade em determinar ações” (BGF1).

Além da falta de preparo, há de se destacar a complexidade da atuação gerencial nesse campo, como exposto nas falas a seguir: “Igual a minha ACS, ela é [...] pós-graduada e, lá dentro, ela não quer fazer visita” (EGF2). “Nós tivemos uma funcionária que ela era um problema, em todo lugar ela causava problema” (BGF3).

Para lidar com essa complexidade, Campos¹¹ defende que o gerente, além de buscar promover a desalienação dos trabalhadores, proporcionando autonomia e espaço para a criatividade, deve utilizar-se de mecanismos regulatórios da autonomia e do corporativismo dos profissionais, pois não é possível operar sistemas de saúde sem certo grau de controle institucional.

Além de relações conflituosas, foram manifestadas relações aproximativas, como as vivências do trabalho em equipe, com vínculo entre os integrantes e complementaridade das ações desenvolvidas. Como exemplifica a fala: “Tenho uma equipe boa da enfermagem. As meninas são muito profissionais, [...]. Então, é uma coisa que facilita você trabalhar bem com a equipe” (AGF1).

No contexto contemporâneo das práticas de saúde, há a necessidade de que o trabalho seja desenvolvido em equipe, numa lógica de colaboração, ou seja, com a articulação das ações e interação entre os profissionais³⁶.

Um dos aspectos mais relevantes relacionados à equipe de trabalho, referido por gerentes de serviços públicos de saúde, seria o profissional ter compromisso com o projeto institucional³⁶, e esse aspecto, ou seja, a corresponsabilidade, foi referido nesta pesquisa como uma questão relevante para o trabalho gerencial. “Então, a corresponsabilidade é uma facilidade” (BGF1). “Uma coisa que eu tenho facilidade na equipe de enfermagem é que eles são bem comprometidos, [...] se preocupam com o serviço, com o paciente” (DGF3).

Porém, para que o trabalhador se corresponsabilize pelo projeto político-institucional, ele precisa se sentir partícipe, sentir-se reconhecido como pessoa de valor. Precisa ser respeitado em suas ações e decisões, tanto pelo gerente como pelos demais trabalhadores. Fato apontado como relevante para tornar o ambiente de trabalho menos propício a conflitos, como expresso: “Funcionário tem que te respeitar, não tem que ter medo de você” (GGF1). “E eu falo para minha equipe que a gente não precisa ser todo mundo amigo de todo mundo [...], mas pelo menos o diálogo entre eles, o respeito tem que ter” (DGF1).

Um trabalho que seja efetivamente realizado em equipe pressupõe a construção de um projeto compartilhado, ou seja, é um processo que implica a existência de acordos com relação a objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto de trabalhadores em diferentes momentos, desde planejamento, execução e avaliação, e, também, nos momentos de tomada de decisões³⁶. Nesses processos, a ação comunicativa é utilizada em seu sentido forte e volta-se, ativamente, para que os partícipes coordenem suas ações e construam, com seus atos de fala, ao se entenderem mutuamente, acordos solidários¹⁹.

Para que isso ocorra, é necessário que a equipe se aproprie e assuma a construção de seu projeto de trabalho, ou seja, que assuma a gestão do trabalho. No relato de gerentes, é possível observar que isso nem sempre acontece, ou seja, que depende de quem esteja naquele momento na direção de uma secretaria de saúde, conforme apontam os excertos a seguir:

“A nossa diretora de saúde, hoje [...], temos até o privilégio [...] de ser uma pessoa aberta, de fácil relacionamento, que respeita a enfermagem [...]. Quando o funcionário faz a ponte, não passa pela gente, e vai direto para ela, primeiro. Ela passa para a gente. Então, hoje, nós temos esse privilégio, mas não são em todos os momentos”. (FGF1)

“Eu acho que a administração pesa muito [...]. Em várias administrações atrás, mais ou menos umas três administrações atrás, a gente conseguia ter essa autonomia, [...] a gente conseguia organizar. Hoje em dia, nós não temos autonomia de nada”. (DGF4)

Segundo Bonaldi et al.³⁷, gestão e atividade de trabalho são categorias inseparáveis, pois trabalhar é gerir e, acima de tudo, exige gestão. Um projeto compartilhado requer a gestão de diferentes saberes, orientada por valores éticos que norteiam escolhas coletivas, dificilmente isentas de conflito, na efetivação da integralidade da atenção e do cuidado em saúde.

Considerações finais

A gestão da saúde é altamente complexa, e o trabalho de gerentes de UBS integra esse cenário. Este estudo explicita essa complexidade, ao desvendar aspectos que afetam o cotidiano do trabalho gerencial relacionados às três dimensões analisadas.

Na dimensão organizacional, constata-se que a gerência é exercida de modo informal na maioria dos municípios estudados, e que o enfermeiro é o profissional que mais tem assumido essa função. Identificou-se a predominância do modelo gerencial verticalizado. Além disso, foram identificados dois gerentes com formação de nível Médio, o que pode dificultar, ainda mais, o desenvolvimento do trabalho. Foram referidos problemas relacionados à infraestrutura dos serviços e às exigências diferenciadas no cumprimento da carga horária de trabalho entre os profissionais.

Na dimensão política, averiguou-se que interesses político-partidários e eleitorais subjacentes se sobrepõem às decisões gerenciais, demonstrando falta de autonomia, o que leva à desmotivação, ao desinteresse e ao descrédito pelo exercício da função gerencial.

Na dimensão relacional, verificaram-se fragilidades no exercício da gerência na mediação dos conflitos e no estabelecimento de mecanismos regulatórios da autonomia dos profissionais. Foram identificadas tanto situações conflituosas, com desrespeito entre trabalhadores, como situações colaborativas, com diálogo entre os profissionais e a gerência, e o desenvolvimento do trabalho em equipe.

Com base nos resultados apresentados, pode-se inferir que, nos pequenos municípios, os processos gerenciais são pouco desenvolvidos, o que compromete a gestão do trabalho no SUS nessas localidades.

Para superação dos problemas apontados, recomenda-se legitimar a função gerencial, ou seja, que seja instituída e formalizada nos municípios. Também se faz necessário que aqueles que ocupam essa função passem por processos de formação gerencial em que seja desenvolvida a liderança, a atitude dialógica, mas que não se descarte o uso da autoridade. Nos pequenos municípios, esse trabalho deveria ser apoiado mais efetivamente pelas esferas estadual e federal, com atuação estratégica em questões de gestão do trabalho no SUS, como a formulação de políticas orientadoras de gestão, formação e qualificação gerencial, por meio de processos de educação permanente.

Outra recomendação seria o apoio, aos gerentes, para o desenvolvimento de uma gestão mais participativa, com maior simetria nas relações e maior apropriação, pelos trabalhadores, do projeto de atenção à saúde que desenvolvem, de forma que se tornem copartícipes da gestão do trabalho. Também seriam necessários aprovação e apoio do controle social aos projetos desenvolvidos. Isso certamente contribuiria para que a ingerência política afetasse menos o desenvolvimento cotidiano do processo do trabalho nas UBS.

Conclui-se que a pesquisa apresentada reúne informações relevantes para a compreensão dos aspectos que afetam o cotidiano do trabalho gerencial em unidades básicas de saúde de municípios de pequeno porte. No entanto, recomenda-se a continuidade de pesquisas que aprofundem a compreensão do trabalho gerencial nesses municípios.

Colaboradores

Os autores Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes; Brígida Gimenez Carvalho; Sonia Cristina Stefano Nicoletto participaram, igualmente, da elaboração do artigo, de sua discussão e redação, e da revisão do texto. Luiz Cordonii Junior participou da análise dos dados, discussão e revisão do texto.

Referências

1. Guizardi FL, Cavalcanti FOL. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(34):633-45.
2. Santos L, Andrade LOM. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. 2a ed. Campinas: Saberes; 2009.

3. Pinto NRS, Tanaka OU, Spedo SM. Política de saúde e gestão no processo de (re) construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(4):927-38.
4. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(4):693-705.
5. Paim J, Travassos CMR, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377:1778-97.
6. Cecilio LCO, Andrezza R, Carapineiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(11): 2893-902.
7. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Pinheiro TMM, Sampaio RF. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(5):918-28.
8. Carvalho BG, Peduzzi M, Ayres JRM. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saude Publica*. 2014; 30(7):1453-62.
9. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2005.
10. Sá MC, Azevedo CS. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(5):2345-54.
11. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko Campos R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 229-66.
12. Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 15-35.
13. Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 1-12.
14. Mishima SM. Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde de Ribeirão Preto-SP [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1995.
15. Ricouer P. *Hermenêutica e ideologias*. Petrópolis: Vozes; 2008.
16. Ricouer P. The model of the text: meaningful action considered as a text. In: Ricouer P, editor. *New Literary History. What is literature?* The Johns Hopkins University Press [Internet]. 1973 [acesso 2012 Jul 7]; 5(1):91-117. Disponível em: http://hayderalmohammad.weebly.com/uploads/2/2/9/6/22967004/ricouer_-_the_model_of_the_text-_meaningful_action_considered_as_a_text.pdf
17. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
18. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*. 2009; 19(3):777-96.
19. Habermas J. *Teoria do agir comunicativo: racionalidade da ação e racionalização social*. São Paulo: Martins Fontes; 2012. v. 1.

20. Cecílio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37):589-99.
21. Alves M, Penna CMM, Brito MJM. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2004; 57(4):441-6.
22. Amestoy SC, Cestari ME, Thofehrn MB, Milbrath VM, Porto AR. Significados atribuídos ao líder na visão de enfermeiras. *Cienc Cuid Saude*. 2009; 8(4):579-85.
23. Rivera FJU. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
24. Matos E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(3):508-14.
25. Spagnol CA. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(1):119-27.
26. Cecílio LCO, Andreazza R, Souza ALM, Lima MR, Mercadante CEB, Pinto NRS, et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. *RECIIS [Internet]*. 2007 [acesso 2013 Ago 12]; 1(2):200-7. Disponível em: file:///C:/Users/Sonia/Downloads/903-2485-1-SM.pdf
27. Ministério da Saúde (BR). Portaria no 2.027, de 25 de agosto de 2011. Altera a Portaria no 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). *Diário Oficial da União*. 25 Ago 2011.
28. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*. 2012; 22(4):1293-311.
29. Morgan G. *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas; 1996.
30. Guizardi FL, Pinheiro R. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. *Physis*. 2012; 22(2):423-40.
31. Campos GWS. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Trab Educ Saude*. 2006; 4(1):19-31.
32. Cecílio LCO. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(2):508-16.
33. Honneth A. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Editora 34; 2003.
34. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cienc Saude Colet*. 2001; 6(1):63-72.
35. Onocko Campos R. A gestão como espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos GWS, organizadora. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 122-49.
36. Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú EM, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis*. 2011; 21(2):629-46.
37. Bonaldi C, Gomes RF, Louzada APF, Pinheiro R. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2007. p. 53-72.

Nunes EFPA, Carvalho BG, Nicoletto SCS, Cordoni Junior L. Gestión del trabajo en Unidades Básicas de Salud de pequeñas ciudades en Paraná, Brasil. *Interface* (Botucatu). 2016; 20(58):573-84.

Para entender cómo la dimensión organizativa, política y relacional afecta el cotidiano del trabajo de gestión en pequeños municipios del norte de Paraná, se llevó a cabo este estudio cualitativo con datos recogidos en grupos de discusión. La enfermera suele desarrollar la función gerencial, aunque informalmente. El modelo de gestión vertical y autoritaria es predominante, y existe fragilidad frente al ejercicio de la autonomía profesional y el corporativismo. En la dimensión política, intereses político-partidarios se superponen a las decisiones gerenciales; en cuanto a lo relacional, es posible observar manifestación de conflictos, con falta de respeto y disputas, pero también hay colaboración con diálogo y trabajo en equipo. En estos municipios los procesos de gestión están poco desarrollados, lo que requiere la profesionalización y formalización del puesto, además de educación continua para los gerentes.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Administración de los servicios de Salud. Gerencia. Recursos humanos en Salud. Conflicto.

Recebido em 06/02/15. Aprovado em 23/11/15.