

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

AMANDA DEL CARO SULTI

**AS RELAÇÕES PRODUZIDAS NO COTIDIANO DA GESTÃO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NUM DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DA
GRANDE VITÓRIA: OS DISCURSOS DOS GESTORES**

**VITÓRIA
2014**

AMANDA DEL CARO SULTI

**AS RELAÇÕES PRODUZIDAS NO COTIDIANO DA GESTÃO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NUM DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DA
GRANDE VITÓRIA: OS DISCURSOS DOS GESTORES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Dr.^a Rita de Cássia Duarte Lima

**VITÓRIA
2014**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

S949r Sulti, Amanda Del Caro, 1990-
As relações produzidas no cotidiano da gestão na estratégia
saúde da família num dos municípios da região metropolitana da
grande vitória: os discursos dos gestores / Amanda Del Caro
Sulti. – 2014.
83 f.

Orientador: Rita de Cássia Duarte Lima.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Saúde da Família. 2. Gestor de Saúde. I. Lima, Rita de
Cássia Duarte. II. Universidade Federal do Espírito Santo.
Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

AMANDA DEL CARO SULTI

AS RELAÇÕES PRODUZIDAS NO COTIDIANO DA GESTÃO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NUM DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DA
GRANDE VITÓRIA: OS DISCURSOS DOS GESTORES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do
Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como
requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de
concentração Política e Gestão em Saúde.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Rita de Cássia Duarte Lima
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof.^a Dra. Francis Sodré
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Interno

Prof.^o Dr. Pedro Paulo Gomes Pereira
Universidade Federal de São Paulo
Membro Externo

Prof.^a Dra. Maria Angélica Carvalho Andrade
Universidade Federal do Espírito Santo
Suplente Interno

Prof.^a Dra. Ana Claudia Pinheiro Garcia
Pesquisadora DCR – FAPES/CNPq
Suplente Externo

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é resultado do encontro de muitos. É fruto de um crescimento pessoal e primeiro passo de uma caminhada, que só foi possível por poder contar com pessoas especiais que Deus colocou em meu caminho.

Tenho muito a agradecer pela minha família, principalmente meus pais e minha irmã, que me proporcionaram todo o apoio necessário, abraçaram o meu projeto de vida, aguentaram-me em casa durante o mestrado. São os que vibram com cada vitória, mas que me levantam nas derrotas. Agradeço também às minhas avós, aos tios e primos que sempre me incentivaram e que torceram por mim durante todo o percurso.

César, não tenho palavras para dizer o quanto sou grata por tê-lo na minha vida. Obrigada por todo apoio, principalmente nos momentos de “crise pessoal” e desespero. Obrigada por estar comigo construindo esse caminho.

Professora Rita de Cássia Duarte Lima, obrigada por me acolher, orientar-me, abrir as portas para o conhecimento e novos desafios. Foi um processo de crescimento e amadurecimento que vão além dos dois anos de mestrado e desta produção. São conhecimentos que serão levados para a vida.

Professora Elda Coelho de Azevedo Bussinguer, muito obrigada por me apresentar a este universo da pesquisa e ter acreditado no meu potencial.

Agradeço à turma, pois foram poucos meses de convivência, mas o suficiente para construirmos uma grande relação de amizade. Todas as diversidades presentes nas discussões foram fontes riquíssimas de aprendizado. Sou muito grata por ter feito parte da turma de mestrado de 2012.

Ao Nupgasc, que representou mais do que um grupo de estudos, e sim um grupo de amigos que compartilham expectativas, dúvidas, aprendizados e alegrias. Obrigada por poder contar com vocês nessa caminhada. Em especial Camila F., Ana Cláudia, Aline, Heletícia, Paula e Fernanda por todo o apoio, ajuda e amizade construída.

Agradeço aos membros das bancas examinadoras, Prof^a Francis Sodré e Prof. Pedro Paulo Pereira Gomes por todas as sugestões de melhoria deste trabalho.

Aos novos colegas de trabalho do Núcleo de Normalização da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), que me apoiaram no final desta caminhada e que vêm me apoiando no início de uma jornada profissional.

Por fim, de forma especial, agradeço também aos que participaram deste estudo. Obrigada pela disponibilidade em contribuir com experiências vividas no cotidiano do trabalho. Obrigada também à equipe que permitiu a minha presença no dia a dia corrido da unidade de saúde e pelo acolhimento que me proporcionaram.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

Este trabalho aborda aspectos referente à produção do processo de trabalho no cotidiano da gestão da Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município do Espírito Santo, a partir dos discursos dos próprios gestores envolvidos no processo. Valoriza a discussão sobre a produção das relações institucionais neste contexto, assim como questões que dizem respeito ao processo de trabalho no dia a dia deste serviço. O percurso metodológico foi orientado pela abordagem qualitativa, sendo utilizado como instrumento metodológico para a coleta de dados a observação direta de uma equipe de ESF, a construção de um diário de campo e entrevistas individuais semiestruturadas aos gestores (secretário municipal de saúde, coordenador da atenção básica, integrante do núcleo da ESF e coordenador de unidade de saúde da família) da ESF desse município. A partir do trabalho de campo e da análise do material produzido, pode-se apreender um cotidiano marcado pelas subjetividades próprias de cada profissional, um cotidiano construído a partir das relações produzidas em cada espaço de atuação dos gestores com os profissionais de saúde e com os usuários. De maneira geral, os discursos dos gestores evidenciam um dia a dia complexo de operar. Além disso, observa-se as que as atividades voltadas para as tomadas de decisão são centradas no papel do gestor formal da instituição de saúde. O organograma da secretaria de saúde do município reforça a hierarquização das relações, principalmente as que se referem às tomadas de decisão, de forma que, pode-se observar que é um dia a dia marcado por tensões, conflitos e controle. As relações produzidas são baseadas em relações de poder, perpetuando características de uma gestão clássica, apesar da concepção e da tentativa de realizar uma gestão pautada na cogestão.

Palavras-chave: Processo de trabalho, Subjetividade, Saúde da Família, Gestor de Saúde;

ABSTRACT

This paper discusses aspects related to the production of the work process in the daily management of the Family Health Strategy (FHS) in a county of the Espírito Santo, from the speeches of the managers themselves involved in the process. This study also enhances the discussion of the production of the institutional relationships in this context. In this context, are also addressed issues that relate to the work process on the day of this service. The methodological approach was guided by the qualitative approach. Thus, it was used as a methodological tool for data collection a direct observation of a team work of FHS, a construction of a field journal and also individual semistructured interviews with managers (health commissioner, basic health care coordinator, a FHS core member and the family health center coordinator) of FHS that municipality. From the fieldwork and analysis of the material that was produced, we can learn a routine marked by own subjectivities of each professional, a routine that is built from the relationships produced in each activity scenario between managers and health professionals and between managers and users. In general, the speeches of the managers show a complex day-to-day operation. Moreover, it is observed that the activities for decision making are focusing on the role of formal health institution manager. The organization chart of the county health department reinforces the hierarchy of relationships, especially those relating to decision making, so that it can be observed that it is a day-to-day marked by tensions, conflicts and control. The relations produced are based on power relations, perpetuating characteristics of a classic management, despite the designing and the attempting to perform a management based on co-management.

Keywords: work process, subjectivity, family health, health manager;

LISTA DE SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CF/88 - Constituição Federal de 1988

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DAB - Departamento de Atenção Básica

ES - Espírito Santo

ESF - Estratégia Saúde da Família

FAPES - Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

SUS - Sistema Único de Saúde

Nupgasc - Núcleo de Pesquisa em Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PPGSC - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

PSF - Programa Saúde da Família

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

UBS - Unidade Básica de Saúde

URS - Unidades regionais de saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVO.....	14
3 QUADRO TEÓRICO.....	16
3.1 O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	17
3.2 A GESTÃO NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	22
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	29
4.1 SUJEITOS DO ESTUDO.....	33
4.2 CENÁRIO.....	33
4.3 TRABALHO DE CAMPO.....	36
4.3.1 Observação direta.....	37
4.3.2 Entrevistas.....	39
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	40
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	40
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
5.1 VIVÊNCIAS PROFISSIONAIS.....	42
5.2 A GESTÃO EM SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DOS GESTORES.....	43
5.3 O SER GESTOR E A PRODUÇÃO COTIDIANA DO TRABALHO.....	46
5.3.1 O apagar incêndio como atividade diária.....	49
5.3.2 A formação como instrumento facilitador do trabalho.....	52
5.4 O FLUXO DE TOMADA DE DECISÃO.....	53
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICES.....	77

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo analisar, a partir de autores que discutem a micropolítica do processo de trabalho, a forma como é produzida a gestão na Estratégia Saúde da Família (ESF) num dos municípios da região metropolitana da Grande Vitória - Espírito Santo, assim como a forma que acontecem as relações considerando o cotidiano da gestão do trabalho na ESF. Essa investigação se realizou a partir dos discursos dos gestores e da observação direta em uma unidade de saúde deste município.

A pesquisa buscou responder as seguintes perguntas: como são produzidos os processos de trabalho dos gestores no cotidiano de suas práticas institucionais? Como são tecidas as relações institucionais nesse contexto? Qual é o fluxo de tomada de decisão entre as instâncias de gestão?

A motivação inicial para realizar este trabalho não surgiu de forma espontânea, visto que encontrar um objeto de pesquisa, algo que inquietasse e despertasse a curiosidade de uma recém mestranda que acabara de terminar a graduação em enfermagem foi um desafio. Um desafio que foi duro e que contou com muitas leituras, discussões com a turma, com o núcleo de pesquisa e com a própria pesquisadora. O despertar veio com o tempo. Era uma leitura incessante de um frase de Minayo que a colocava em contato com o que deveria ser feito:

A escolha de um tema não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos (Minayo, 2007, p. 90).

Assim, a inserção neste universo teve início a partir do segundo período da graduação de enfermagem, ao participar do projeto de extensão *Conhecimento do Direito à Saúde como elemento de fortalecimento da cidadania*, coordenado pela professora Ms. Elda Coelho de Azevedo Bussinguer em parceria com as professoras Dr^a Rita de Cássia Duarte Lima e Ms. Roseane Vargas Rohr, da Universidade Federal do Espírito Santo. Durante os anos de participação no projeto de extensão foi possível uma aproximação com questões diversas que envolviam o direito à saúde, gestão, trabalho em saúde, metodologias de pesquisa, além da oportunidade em desenvolver trabalhos grupais lúdicos, como teatro para crianças e adolescentes do ensino fundamental de

duas escolas públicas municipais de Maruípe/Vitória-ES. A participação neste projeto foi do 2º semestre do ano de 2008 ao primeiro semestre do ano de 2011, sendo determinante para os próximos passos da vida profissional, visto que além do crescimento pessoal e intelectual, esse projeto de extensão abriu as portas para participar do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde (Nupgasc).

Já inserida no núcleo de pesquisa, ao final da graduação em enfermagem era preciso fazer o trabalho de conclusão de curso (TCC). Assim, o tema escolhido foi o processo de trabalho dos profissionais da saúde em um município da região serrana do Espírito Santo, o qual se constituía em uma vertente de estudo que estava em desenvolvimento pela equipe do Nupgasc, que tinha como objetivo traçar o perfil dos trabalhadores de saúde do estado do Espírito Santo.

Posto isso, pode-se dizer que essa trajetória deu suporte para que o mestrado no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFES fosse o próximo passo nesse início de caminhada profissional. Por esse motivo, ao integrar o programa e o Nupgasc como mestranda, foi construído um grupo para participar e realizar um projeto de pesquisa “Análise das Principais Modelagens de Gestão na Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo”, financiado pela FAPES. Assim, houve, antes do desejo em estudar o tema, a necessidade.

Partindo desse exposto, entende-se a necessidade em valorizar a reflexão sobre a micropolítica do processo de trabalho na gestão do serviço de saúde municipal, visto que a gestão em saúde pode ser considerada como um campo de ação humana que visa à coordenação, à articulação e à interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins, metas e objetivos. Tem por objeto o trabalho humano que, disposto sob o tempo e guiado por finalidades, deveria realizar tanto a missão das organizações como o interesse dos trabalhadores (BRASIL, 2009).

Da mesma maneira, Merhy (2002) fala de uma gestão que tem como princípios governar os processos políticos implicados com a formulação e a decisão sobre os caminhos a serem adotados e os processos de produção de atos de saúde. Assim, gestão é um processo em construção que se faz no cotidiano do trabalho e que

possui, através do agir, potencial transformador para a construção de um modelo assistencial que trabalhe para a consolidação do SUS (VANDERLEI, 2005).

Logo, para que haja produção de saúde que vise a atender as necessidades da população, os gestores são peças fundamentais, ao empenharem-se na construção de modelos de gestão que sejam capazes de, além de contribuir para a construção de saúde, contribuir, também, para a constituição de sujeitos que tenham seus projetos pessoais articulados com a responsabilização na construção de um modelo de atenção que cumpra os princípios do SUS. Isso se afirma tendo em vista que, municípios que investiram em reformas na estrutura dos sistemas locais de saúde, mas que não alteraram a forma como se faz a gestão dos serviços, não conseguiram alcançar novas produções de saúde (PIMENTA, 2006).

Posto isso, para trazer a discussão mais próxima da nossa realidade, utilizamos Emerson Elias Merhy, Túlio Batista Franco, Luis Carlos de Oliveira Cecílio e Gastão Wagner de Souza Campos, que têm discutido os processos de gestão no SUS apoiados na perspectiva da micropolítica, além da convocação de Michel Foucault na discussão da temática.

Dessa forma, o estudo foi dividido em capítulos, nos quais discutimos, a partir do marco teórico, o processo de trabalho na estratégia saúde da família e a gestão no cotidiano dos serviços de saúde.

Os dois primeiros capítulos abordam a problematização da gestão em saúde sob a perspectiva da micropolítica, das relações e do trabalho em saúde, além da convocação dos pensamentos de Foucault, no sentido de enriquecer e contribuir com esse debate, o qual se reveste de muitas nuances e complexidades.

No capítulo subsequente, será apresentada a abordagem metodológica utilizada, com detalhamento do estudo, do cenário, de forma a resguardar o nome do município para que os sujeitos não sejam identificados. Será, também, apresentado o processo da coleta de dados, com as impressões e experiências colhidas durante o trabalho.

Em seguida, a partir da metodologia utilizada para o trabalho de campo, os dados serão expostos e discutidos a luz do referencial teórico apresentado.

Por fim, no último capítulo, serão abordadas as considerações finais, avaliando a gestão cotidiana e as relações construídas nesse espaço e suas consequências para a produção da saúde.

2. OBJETIVO

- Analisar o processo de trabalho dos gestores na Estratégia Saúde da Família num dos municípios da região metropolitana da Grande Vitória – Espírito Santo.
- Analisar a rede de relações tecida na gestão a partir dos discursos produzidos pelos gestores

3. QUADRO TEÓRICO

3.1 O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No Brasil, o final da década de 80 e o início da década de 90 foram marcados pela reforma no sistema de saúde e pela implantação de um sistema que tem como princípios a universalidade do acesso, a integralidade da atenção, a equidade e a participação social. Essa construção reflete os desdobramentos evolutivos de trajetórias históricas e políticas, que tomam como marco importante o Relatório Dawson, formulado pelo governo da Inglaterra em 1920, e a Declaração de Alma Ata, no ano de 1978 (ESCOREL et al., 2007).

Nesse sentido, o modelo inglês de organização do sistema de saúde influenciou com ideias de regionalização e criação de níveis de atenção. Além disso, contrapunha-se a um modelo de saúde curativista e centrado na atenção individual (MATTA; FAUSTO, 2007). Anos mais tarde, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, ocorrida em Alma Ata, em 1978, produziu a Declaração de Alma Ata, a qual afirmou que, para alcançar um nível de saúde que permita a população levar uma vida produtiva, os cuidados primários em saúde deveriam ser a estrutura base. Em razão disso, pode-se dizer que a declaração teve grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária (STARFIELD, 2005).

Assim, o processo de implementação do SUS caminhou em direção à construção de medidas voltadas para o fortalecimento da atenção básica no país com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) no ano de 1994, o qual, inicialmente, tinha foco a cobertura assistencial de áreas de maior risco social (ESCOREL et al., 2007). No entanto, a partir de 1998, “deixou de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS” (TEIXEIRA; SOLLA, 2006, p.148). Nesse sentido, associa-se ao surgimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) a expansão do acesso à atenção para a população, como forma de consolidar o processo de municipalização, regionalização e coordenação da integralidade da assistência à saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Por conseguinte, a Saúde da Família surge como estratégia do Ministério da Saúde para reorganizar as práticas do SUS a partir de uma atenção centrada na família,

compreendida a partir do ambiente físico e social em que se vive, por meio de uma equipe multiprofissional, composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde capazes de desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação em um espaço territorial definido (BRASIL, 1997). Para garantir o vínculo com a população, é recomendado que cada equipe seja responsável por, no máximo, 4.000 pessoas; além disso, é necessário que seja considerado o grau de vulnerabilidade dessa população, para que o princípio da equidade seja respeitado (BRASIL, 2011).

A portaria nº 648 de 2006 estabeleceu a Saúde da Família como uma estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no país. A Portaria nº 2.488 de 2011, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica, confirma a ESF como estratégia para expandir, qualificar e consolidar a atenção básica por meio da reorientação do processo de trabalho no SUS. Portanto, a Saúde da Família deve ser o contato preferencial dos usuários do serviço e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos seguintes princípios: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2011).

É importante frisar que a ESF reconhece a mudança essa partir da reorganização do processo de trabalho e só há alteração no modelo assistencial se isso de fato ocorrer (FRANCO; MERHY, 2007a). Não basta corrigir os procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde se não houver alteração do modo como os trabalhadores desse setor se relacionam com a vida e o sofrimento dos indivíduos e coletividades, ao passo que a ação centrada em modificações estruturais não é suficiente para mudança na sua essência, ou seja, na forma como são realmente produzidas as ações em saúde no cotidiano dos serviços, principalmente na ESF (FRANCO; MERHY, 2007a).

É no interior do processo de trabalho em saúde que se constitui um modo operatório que intervém nesse contexto, modo operatório este do tipo de uma “tecnologia leve”, a tecnologia das relações inter-trabalhos vivos em ato, que acaba por ser fundante da qualidade e do custo final da intervenção em saúde, pois nele está posto o processo de captura do trabalho vivo por certos modelos tecnoassistenciais, como o da medicina centrada em procedimentos (MERHY, 2007, p.32).

Nesse sentido, faz-se necessário compreender como é a dinâmica do trabalho em saúde e de que forma esse interfere no sucesso ou no fracasso de uma política que busca uma reorganização do modelo assistencial. Por isso, parte-se da lógica de que o trabalho em saúde se realiza a partir do encontro entre trabalhadores e usuários, formando uma rede de relações, a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade. No seu dia a dia, faz uso de diversas tecnologias¹, saberes e instrumentos e tem como objeto de ação o homem enquanto sujeito social. Constrói-se em uma relação e não pode ser limitado à divisão entre os que produzem e os que consomem, pois a produção e o consumo são simultâneos e acontecem do encontro entre o trabalhador e o usuário (MERHY, 2007).

Com efeito,

O trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo (FRANCO, 2013a, p. 232).

Dessa forma, no trabalho em saúde há a construção de um espaço intercessor a partir dessa relação, no qual se abrem espaços de escuta, troca de informações, experiências e que se traduz em um momento único (MERHY, 2013). A noção de espaço intercessor é utilizada pelo autor a partir da ideia de Deleuze, o qual diz que intercessor designa o que se produz entre dois sujeitos, ou seja, um produto que existe para os dois e que não tem existência sem o momento da relação em processo. Assim posto,

[...] no caso da produção/consumo nos momentos finais em saúde, assistenciais, temos a construção de um espaço intercessor entre o usuário e o trabalhador produtor do ato, no qual o trabalhador vem instituindo necessidades e modos capturados de agir, e o usuário também. Neste momento, temos um encontro e uma negociação, em ato, dos encontros de necessidade (MERHY, 2013, p. 38).

Conforme exposto, o processo de trabalho em saúde é atravessado por diversas lógicas de forma que a produção, o consumo e as necessidades estão sempre em

¹ De acordo com Merhy (2013), as tecnologias do trabalho são três: tecnologias leves, leve-duras e duras. As leves são construídas a partir dos processos intercessores de relações, as leve-duras são oriundas dos saberes estruturados e normatizados e as tecnologias duras são representadas pelas máquinas.

processos de estruturação na produção do produto final. Nesse contexto, caracteriza-se um dos principais aspectos do trabalho em saúde: a subjetividade, ou seja, o modo que cada trabalhador opera no dia a dia (FRANCO; MERHY, 2012). A natureza tecnológica do trabalho em saúde permite espaços de autogoverno dos profissionais nas práticas de saúde, visto que tem possibilidade de operar sobre altos graus de liberdade (MERHY, 2002; FRANCO, 2013). A forma de conduzir esses processos de produção é social e subjetivamente determinada o que configura a micropolítica, entendido como “o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra” (FRANCO, 2013a, p. 226).

Por esse motivo, o trabalho em saúde está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, de forma que “o trabalho vivo é de controle do próprio trabalhador, ele lhe oferece altos graus de liberdade na execução da sua atividade produtiva, pois se realiza enquanto o trabalho é executado, o produto é realizado” (FRANCO; MERHY, 2012, p. 153).

Franco e Merhy (2013a) afirmam que a micropolítica do processo de trabalho é um espaço em que os sujeitos trabalhadores agem de acordo com os próprios objetivos ou projetos, de forma a produzir um local de permanente tensão, visto que há encontro de diversas vontades, como as dos próprios trabalhadores, dos usuários, das normas instituídas pelo governo, entre outros. Evidencia-se, pois, que “o processo de trabalho não segue um padrão, pois as práticas de cuidado se dão pela singularidade de cada um” (FRANCO, MERHY, 2013b, p. 151).

O processo de trabalho em sua micropolítica deve ser entendido como um cenário de disputa de distintas forças instituintes: desde forças presentes claramente nos modos de produção – fixadas por exemplo como trabalho morto e mesmo operando enquanto o trabalho vivo em ato -, até as que se apresentam nos processos imaginários e desejantes, e no campo do conhecimento que os distintos “homem em ação” constituem (MERHY, 2013, p. 53).

Por essa ótica, no interior de um serviço de saúde, existem espaços próprios de gestão do trabalho por cada trabalhador, além de uma articulação destes espaços com os coletivos, nos quais há o encontro desses diversos fazeres. É interessante observar que há tipos distintos de usuários, trabalhadores de saúde e gestores atuando ao mesmo tempo, jogando entre si, compondo alianças, lutas e acordos (MERHY, 2007).

Visto isso, apesar dos gestores do SUS terem papel decisivo na conformação das práticas de saúde a partir das políticas, não fazem isso sozinhos, mas sim em conjunto com os trabalhadores e usuários de acordo com suas práticas privadas (FEUERWERKER, 2005). Fica evidente que

[...] uma organização qualquer não se movimenta apenas pelo comando das leis que tentam reger o seu funcionamento. Ela se desloca e entra em atividade com base no rico e poderoso processo de atividade dos próprios sujeitos que se encontram na base produtiva do cuidado (FRANCO; MERHY, 2013a, p. 347).

Dessa forma, o dia a dia dos serviços de saúde tem capacidade de capturar as normas que os orientam, mas também é capaz de abrir “linhas de fugas” e trabalhar a partir de lógicas pertencentes ao sujeito e, assim, encontrar novas significações, configurando, um modo específico de ser e atuar. Revela-se, também, como uma potência de trabalho rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva (FRANCO, 2013a).

Não obstante, sabe-se que o trabalho não é isolado do contexto em que o sujeito está inserido sendo considerado um processo atravessado por diversos interesses (FRANCO, MERHY, 2013a). Os próprios teóricos, Franco e Merhy (2013a), alertam para a necessidade de desmistificar o mundo do trabalho como um ambiente de iguais e sempre harmônico, afinal se caracteriza por multiplicidades, diversidade e formações das subjetividades, que imprimem sentido ao trabalho em saúde.

Por fim, pode-se dizer que

Estabelece-se então uma tensão que é imanente ao trabalho em saúde, onde de um lado a liberdade de agir se manifesta, e de outro as formas de captura do trabalho vivo. Convive-se o tempo todo com esta tensão o que resulta em processos de trabalho às vezes mais criativos, livres, que operam por fluxos entre os próprios trabalhadores e usuários, e com formas mais rígidas de controle dos mesmos. Os fazeres, as práticas de cuidado, vão assumindo assim configurações diferentes em espaços e tempos distintos. Esta é a dinâmica do trabalho em saúde, que parece paradoxal, mas na verdade é o contraditório que se instala como elemento da realidade e inerente ao trabalho em saúde (FRANCO, 2013b, p. 245)

3.2 A GESTÃO NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Após abordagem sobre o trabalho em saúde tratada no capítulo anterior, o presente capítulo trará a problematização sobre a gestão em saúde nesse contexto e como o fluxo das relações opera nesse cotidiano dos serviços de saúde. Para tal, é importante breve contextualização da gestão sob o aspecto da administração, para que, posteriormente, possamos entrar, de fato, na questão posta.

Para a ciência administrativa, a gestão possui a dimensão do gerir, enquanto a administração se refere ao ato de governar, dirigir e manter sob controle. Assim, pode-se dizer que, até pouco tempo, a administração era considerada responsável pelo aspecto geral da organização e a gestão pelos diversos setores separadamente, em que cada gestor era responsável pela gestão de pessoas, gestão de materiais, gestão financeira, entre outros. Pode-se dizer, pois, que a administração compõe o caráter executivo das instituições, responsável por colocar em prática planos e projetos (SANT'ANNA, 2013).

Atualmente, entende-se o conceito de gestão a partir da dimensão do gerir, gerenciar (SANT'ANNA, 2013), concepção essa que vai ao encontro de Campos; Onocko Campos (2009), que também se referem à gestão como ato de governar pessoas, organizações e instituições, estando, nesse contexto, inserido em uma dimensão política na gestão, no sentido que existe exercício do poder no ato de “dirigir as pessoas”. Dessa forma, recentemente, os termos administração e gestão tomaram a mesma dimensão, de maneira que consideram o termo administração como o antigo, e a gestão como o novo (SANT'ANNA, 2013).

Pode-se afirmar que as Teorias Clássicas da Administração (principalmente o Taylorismo, o Fordismo e o Fayolismo) inauguraram um estilo de governar que até então não existia, identificada, a partir da Teoria geral da Administração, como Racionalidade Gerencial Hegemônica, responsável por imprimir uma forma de governar que tem como eixos a disciplina e o controle (CAMPOS, 2007). Produz um sistema de direção alicerçado no aprisionamento da vontade e da possibilidade de uma gestão democrática, ou seja, pauta-se na concentração de poder, comando e controle no interior das instituições, impedindo o exercício da autonomia por parte dos

trabalhadores, reforçando a eliminação de qualquer subjetividade na execução de tarefas (CAMPOS, 2007). Assim,

A base pedagógica desta “escola” é a autoridade, assentada na diferença de poder e de saber entre proprietários e chefes, de um lado, e sujeitos-trabalhadores, na outra ponta. Uma diferença que a hierarquia burocrática aparenta ocultar com a graduação suave de atribuições, mas que não elimina: existem importantes distinções de qualidade entre o poder de cada classe institucional (CAMPOS, 2007, p.31).

No campo da saúde, observa-se a influência das Teorias Clássicas da Administração ao considerar os profissionais de saúde como “Recursos Humanos da Saúde”. Nesse sentido, são como mais um dos recursos necessários à organização, como os recursos materiais, financeiros e tecnológicos. Os profissionais são postos como instrumentos destituídos de vontade própria, resultando, ainda, no não investimento na produção de sujeitos dotados de autonomia e capacidades (CAMPOS, 2007; CECCIM, 2005).

A compreensão dos trabalhadores como recursos humanos provém de estudos científicos em administração, particularmente, a partir dos anos 70 do século passado, quando surge o elemento humano nas organizações como fator de análise e compreensão dos processos produtivos. São criadas disciplinas organizacionais específicas, sugerindo-se que os trabalhadores deveriam sofrer processos de gestão, regulação, incorporação e atualização (reciclagem) como aqueles utilizados para os recursos materiais, financeiros, tecnológicos ou logísticos. Deveriam contar com um gerenciamento específico junto às estruturas administrativas e de engenharia da produção. Gerenciamento este que se integraria às atividades-meio, de administração, que, no caso da saúde, dão suporte à atividade fim da assistência (CECCIM, 2005, p.162).

Nessa concepção, os profissionais representariam um recurso ou um segmento meio para que a atividade-fim (assistência à saúde) fosse alcançada, administrados pela “estrutura meio organizacional” (CECCIM, 2005, p.162). Entretanto, o texto constitucional de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) “colocou em xeque a configuração da atividade meio *recursos humanos da saúde* e da atividade fim *assistência à saúde*” (CECCIM, 2005, p. 163). Por conseguinte, os trabalhadores assumiriam um lugar finalístico e não de atividade meio nesse setor, ao passo que

ao serem absorvidos os desafios da prescrição legal e de seu substrato de lutas, a formulação e a execução de uma política para os

trabalhadores, a produção de conhecimentos relativos à formação e ao exercício profissional e a produção de práticas de saúde deveriam retirar os trabalhadores da condição de “recursos” para introduzi-los no estatuto de “atores sociais” de produção da saúde (CECCIM, 2005, p. 164).

No cenário descrito, o advento da Reforma Sanitária e a construção do SUS criaram novas demandas assistenciais, gerenciais e intersetoriais, induzindo a necessidade de mudança na forma de governar. Assim, a gestão dos serviços de saúde assume um local estratégico para a consolidação das políticas do SUS e para a reorganização dos processos de trabalho dos profissionais da saúde a fim de que haja o atendimento das necessidades da população (FERREIRA, 2012; MISHIMA, 2003). Entretanto, observa-se que os espaços dos serviços de saúde são palcos de ação dos diversos atores sociais, que possuem intencionalidades na maneira de organizar seu processo de trabalho. Esses profissionais atuam fazendo uma mistura em seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho, caracterizando, dessa forma, o cotidiano desses serviços: normas e papéis institucionais *versus* práticas privadas de cada trabalhador (FEUERWERKER, 2005; MERHY, 2007).

Destaca-se que falar em gestão em saúde na perspectiva das relações e do trabalho vivo em ato é considerar o processo de subjetividade, ou seja, a forma como cada trabalhador opera o seu trabalho no dia a dia dos serviços (CECÍLIO; MENDES, 2004), visto que, no cotidiano dos serviços de saúde, apesar da adoção de práticas centradas em atos prescritivos, burocráticos e com alto consumo de procedimentos, sabe-se que o trabalho em saúde permite que o trabalhador opere com certo grau de liberdade e autonomia (FRANCO; MERHY, 2012). Esses trabalhadores, no dia a dia, estão sempre em relação – entre os próprios trabalhadores, gestores, usuários – a partir dos encontros que ocorrem; por isso, esse trabalho, no qual há sempre um espaço de liberdade, permite o protagonismo do trabalhador que opera segundo as suas intencionalidades e desejos (GALAVOTE et al, 2013).

Dessa forma, os trabalhadores são capazes de atualizar antigos modelos e produzir novos, da mesma maneira que fazem a comunidade e os usuários, de forma que são as escolhas desses atores que convertem as normas e os desenhos institucionais em atos e práticas concretas e produzem realidade social. Ou seja, mesmo o SUS sendo organizado a partir de normas, protocolos e programas, são os sujeitos inseridos nele

que conformam o desenho institucional e seus fluxos. Esse é um grande desafio à gestão, já que a intervenção em saúde depende da construção das relações, da configuração das redes cooperativas que não podem ser respondidas com a normalização do processo de trabalho (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010). Além disso, “ao não reconhecer que toda gestão é produto de uma interação entre pessoas, verifica-se, com frequência, tendência a se reproduzirem formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e dos usuários” (CAMPOS, 2003, p.86).

Entende-se, pois, que a gestão constitui um espaço privilegiado na transformação de práticas de saúde, tendo capacidade de traduzir políticas em ações de saúde, além de ser um componente estratégico para a consolidação do SUS, com capacidade de determinar a qualidade e os sentidos do trabalho nas instituições de saúde (CAMPOS, 1991; CECCIM, 2005). Nesse contexto, Mishima (2003, p. 29) apresenta a gestão em saúde sob duas dimensões, as quais são a capacidade de ser

Instrumento com potência para desencadear no conjunto dos trabalhadores um processo de reflexão e revisão de sua prática que encaminhe para a adesão e comprometimento a um processo de produção de cuidados à saúde e não de cumprimento de tarefas fragmentadas centradas no desenvolvimento de procedimentos isolados [...].

[...] Ferramenta de ação para a construção de subjetividades singulares no processo de trabalho em saúde, ou seja, tem potência de recriar o trabalho pela ação específica dos trabalhadores de saúde na direção de uma ação que se volte à defesa do usuário que busca a atenção à saúde às equipes de Saúde da Família.

Assim posto, é importante observar que

[...] a gestão não é apenas a organização do processo de trabalho, mas é o que se passa entre vetores-dobras que o constituem. Os vetores, entretanto, não estabelecem entre si relações deterministas ou determinadas, mas relações de intercessão, sustentadas num princípio de inseparabilidade e co-extensão, de tal modo que tais vetores configuram-se bem mais como dobras de um plano de produção (BARROS; BENEVIDES DE BARROS, 2007, p. 62).

Visto que a gestão engloba os processos políticos implicados na formulação e decisão sobre os caminhos a serem tomados, assim como os processos de produção de atos de saúde, Merhy (2002) ainda afirma que, para governar em saúde, os gestores

precisam de uma caixa de ferramentas contendo “tecnologias que permitam a sua ação nos terrenos da política, das práticas institucionais e dos processos de trabalho” (MERHY, 2002, p. 157). A gestão faz uso de tecnologias que se interconectam e são identificadas como leve–duras - como as normatizações burocráticas e técnicas - e como leves, ou das relações, sendo fundamental para a orientação dos processos de trabalho (MERHY, 2002). Perpassam também pela gestão questões referentes aos desejos, necessidades, interesses dos sujeitos envolvidos, assim como dos saberes inseridos nos processos de trabalho, poder, modo de operar as relações e a coletivização das políticas públicas. Logo, o cenário da gestão em saúde é complexo, multifacetado e inserido na intercessão entre os processos de trabalho, os sujeitos e o poder (BARROS; BENEVIDES DE BARROS, 2007).

O poder, na perspectiva de Foucault, é tomado como

[...] algo que se exerce, que se efetua, que funciona. E que funciona como uma maquinaria, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda a estrutura social. Não é um objeto, uma coisa, mas uma relação” (MACHADO, 2013, p.14).

Dessa forma, Foucault entende por relações de poder qualquer relação ao qual o ser humano esteja envolvido, de forma que os campos organizacionais de exercício do poder são múltiplos, não obedecem a um único padrão e envolvem, de forma muito variada, os diferentes trabalhadores. O poder é relacional e se dá entre dois ou mais atores sociais no sentido de que o comportamento de um é afetado por outro (FOUCAULT, 1995).

Consoante o exposto, no interior das instituições de saúde, as relações de poder estão presentes em todas as relações profissionais, pois, de acordo com Foucault, “nas relações humanas, quaisquer que sejam elas – quer se trate de comunicar verbalmente, como o fazemos agora, ou se tratando de relações amorosas, institucionais ou econômicas –, o poder está sempre presente” (FOUCAULT, 2004, p.276). As relações de poder estão permeadas em todos os agrupamentos humanos que são inerentes à vida social, antecedendo até mesmo o poder dito soberano exercido pelo Estado (FOUCAULT, 2004).

No cotidiano da gestão, os processos decisórios no interior das instituições, assim como a capacidade de dar direcionalidade ao processo de trabalho de saúde, configuram-se como uma das instâncias de poder decorrentes desse processo (CECÍLIO, 1999; VANDERLEI; ALMEIDA, 2007). Observa-se também que, quando as atividades voltadas para as tomadas de decisão são centradas no papel do gestor formal na instituição de saúde, tem-se um estilo de governar tradicional, ainda pautado na Racionalidade Gerencial Hegemônica (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Posto isso, a gestão pode ser tomada não como um lugar, mas sim como “elemento-passagem entre fluxos de trabalhos/saberes; fluxos de subjetivação/sujeito; fluxos de relação/poder” (BARROS; BENEVIDES DE BARROS, 2007, p.64). Promover mudanças nas formas de gestão implica reorientar a distribuição de poder. Assim, as relações de poder, a liberdade e a polarização entre autonomia e controle se constituem sempre como um espaço de tensão e de potência ao possibilitar reinventar as relações envolvidas nesse processo (MERHY, 2013; CECÍLIO, 1999).

Os diversos interesses dos profissionais e o seu processo de trabalho atravessam a gestão de forma que são capazes de resistir ou realizar mudanças e fazer do poder um aliado nesse processo. Portanto, os modelos de gestão que se apóiam na co-gestão e democratização, em contraposição ao modelo pautado no Taylorismo, precisam levar em consideração não só a desconstrução das “linhas verticais de mando, mas dessa verdadeira trama de relações de poder que se tecem em todas as direções, sem correspondência necessária na hierarquia formal, por exemplo, ao nível da equipe” (CECÍLIO, 1999, p. 321), de forma que só substituir as linhas hierarquizadas de comando seria uma forma de subestimar as relações de poder e controle que existem no interior das equipes de saúde (CECÍLIO, 1999).

O poder, de acordo com Foucault (2013), é uma relação também de forças constituídas de ações sobre ações capazes de incitar, induzir, desviar, tornar fácil ou difícil, ampliar ou limitar. Conseqüentemente, o poder no interior dos serviços de saúde passa pelos indivíduos envolvidos, de forma que

O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza

ou um bem. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão. Em outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles (FOUCAULT, 2013, p. 284).

O autor enfoca que não é importante identificar quem tem o poder, mas sim quais são os efeitos reais desse poder. Portanto, o papel do gestor é fundamental na conformação das práticas de saúde na administração dos espaços públicos e privados de cada profissional (MERHY, 2013), de forma que se pense sobre “o uso que se quer fazer do poder” (CECÍLIO, 1999, p. 328) nas instituições de saúde, em razão de que

Uns poderão pensar em usar os vetores ou linhas de força do poder para reforçar as estruturas, para reproduzir, para conservar, velhos e novos privilégios. Outros poderão estar atentos a linhas de fugas, a possibilidades de novos arranjos e novos vetores que tornem a organização um lugar mais leve e iluminado para quem nela trabalha e dela necessita, mesmo que temporariamente, para recuperar seu modo de andar a vida (CECÍLIO, 1999, p. 328).

Por conseguinte, para reinventar as organizações, é necessário alterar o modo de produção e fluxos de poder pautados em processos de comunicação pouco transversais e com disposição centralizadora do poder (BRASIL, 2009).

Por fim, o papel do gestor tem diversas faces, dentre elas: gerir os modos de organizar os processos de trabalho, construir equipes com autonomia e responsabilidade, administrar os recursos financeiros e, ainda, fazer o papel de representação política nos sistemas públicos, governos e sociedade (BRASIL, 2009, CAMPOS, 1992). Logo, é a forma de organizar o processo de trabalho do gestor e o uso que se faz das relações de poder decorrentes do cargo ocupado por cada sujeito que imprime o estilo de governar característico de cada instituição.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Para compreender o universo do processo de trabalho da gestão no cotidiano dos serviços de saúde, é necessário buscar os significados dos discursos, assim como levar em consideração as relações que se estabelecem entre os sujeitos inseridos nesse processo. Conhecer a dinâmica do processo de trabalho e da gestão no cotidiano leva a uma abordagem que seja capaz de aprofundar na dimensão subjetiva.

Visto isso, o percurso metodológico seguido foi orientado pela abordagem qualitativa, por ser uma abordagem que trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes, enfim, de todos os fenômenos componentes da realidade social. Aborda, ainda, o universo da produção humana que pode ser resumido através das relações e da intencionalidade. Busca-se, pois, com sensibilidade aos acontecimentos, o que está além do que se vê (MINAYO, 2007).

Tal escolha foi feita pelo fato da abordagem qualitativa estar próxima e levar em consideração a complexidade histórica do campo, o contexto dos sujeitos pesquisados, assim como a experiência por eles vivida (FERIGATO; CARVALHO, 2011). Pode-se dizer que essa abordagem é caracterizada como forma “que quer entender *como* o objeto de estudo acontece ou se manifesta; e não aquela que almeja o *produto*, isto é, os resultados finais matematicamente trabalhados” (TURATO, 2005, p.509).

Nesse sentido,

Trabalhar dentro dos marcos das Ciências Sociais significa enfrentar o desafio de manejar ou criar (ou fazer as duas coisas ao mesmo tempo) teorias e instrumentos capazes de promover a aproximação da suntuosidade e da diversidade que é a vida dos seres humanos em sociedade, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória (MINAYO, 2007, p.42-43).

De maneira breve, Triviños (1987) elenca as características da abordagem qualitativa produzidas por Bogdan, a saber: 1) a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados; 2) é essencialmente descritiva; 3) o foco são os processos e não simplesmente os resultados e os produtos; 4) a análise dos dados é feita indutivamente; e 5) o significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa.

Portanto, a abordagem qualitativa abarca um universo que não é captável através de números e fórmulas. Permite uma aproximação entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa no contexto em que as relações são produzidas, visto que a captura dos significados acontecem no mesmo ambiente em que são produzidos, ou seja, o sujeito está em seu ambiente natural, local onde a vida ocorre, sem que haja, dessa maneira, alterações de variáveis por parte do pesquisador (TURATO, 2005). Ocorre uma relação entre pesquisador e sujeito dada a sua natureza - cultura, classe, idade, religião, entre outros -, a qual possibilita semelhanças que os tornam imbricados um com o outro (MINAYO, 2007).

Além disso, “esse tipo de método tem como fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação” (MINAYO, 2007, p.37). Permite, também, a construção de conhecimento que só se realiza a partir do encontro entre o pesquisador e o sujeito, na implicação de um com o outro, que resulta em uma produção que não existiria fora desse contexto (MAIRESSE, 2003). Por fim, “tomar os sujeitos e o encontro entre eles como objeto de investigação-intervenção é o que fazemos nas pesquisas qualitativas em saúde” (FERIGATO; CARVALHO, 2011, p. 669).

Nessa concepção, por ter o objeto de estudo um sentido dinâmico construído a partir das relações entre os gestores, optou-se, no presente estudo, pela abordagem qualitativa com inspiração na cartografia como dimensão metodológica, visto que a cartografia e a abordagem qualitativa se entrelaçam, no sentido de que as duas acompanham processos e a produção de conhecimento a partir de uma experiência vivida (FERIGATO; CARVALHO, 2011). Franco; Merhy (2013a) afirmam que, pela perspectiva cartográfica, é possível uma análise dos estabelecimentos de saúde sob outro ângulo, o qual permite a análise do funcionamento desses e o que produzem. Ainda trazem a concepção de que uma pesquisa cartográfica permite escutar os “ruídos”, os incômodos fazendo aparecer o que está ali, mas que não têm visibilidade.

Destaca-se que o termo cartografia, apesar de fazer referência aos mapas da geografia, possui dinamicidade e “procura capturar intensidades, ou seja, disponível ao registro do acompanhamento das transformações decorridas no terreno percorrido e à

implicação do sujeito percebido no mundo cartografado” (KIRST et al., 2003, p. 92). A mesma autora tenta definir a cartografia como uma tempestade na qual o pesquisador se insere. Sendo assim,

Cartografar remonta uma tempestade... Tempestade de escolher rotas a serem criadas, constituir uma geografia de endereços, de registros, de navegação, buscar passagens... Dentro do oceano da produção de conhecimento, cartografar é desenhar, tramar movimentações em acoplamentos entre mar e navegador, compondo multiplicidades e diferenciações. Ao mesmo tempo, sustentar uma postura ético-estética de acolher a vida em seus movimentos de expansão segundo implicações políticas do tempo, do perspectivismo, da contingência e invenção (KIRST et al, 2003, p. 91).

A partir da cartografia é possível analisar o mundo como um processo em movimento, assim como as mutações sociais. É um modo de pesquisar, em consonância com a pesquisa qualitativa, que se propõe compreender os processos produzidos e que, por consequência, são transformados pelo ato da pesquisa (FERIGATO; CARVALHO, 2011). Nesse sentido, ao contrário das regras tradicionais do método científico na qual o objeto e pesquisador ocupam lugares distintos, fixos e pré-determinados, a cartografia permite que o pesquisador e o objeto se relacionem em uma experimentação de espaços e modos de existência (KIRST et al, 2003). Assim, “o cartógrafo não se quer neutro, quer-se justamente desimpedido e tensionado pelo encontro com o mundo através da pesquisa” (KIRST et al, 2003, p. 96).

Partindo desse pressuposto, para utilizar a cartografia como método, é preciso concebê-la como forma de encontro do pesquisador com o seu campo, numa tentativa de compreensão em meio à complexidade (ROMAGNOLI, 2009). A cartografia “inaugura uma nova forma de produzir o conhecimento, um modo que envolve a criação, a arte, a implicação do autor, artista, pesquisador, cartógrafo” (MAIRESSE, 2003, p. 259). Nesse sentido, para compreender o processo de trabalho na gestão da ESF, essa abordagem permite revelar as relações que ocorrem nesse território, a produção de subjetividade no trabalho em saúde e a captação do universo com todos os desvios, estranhamentos, o inesperado, enfim, todo o campo que compõe o cuidado em saúde (FRANCO; MERHY, 2013a).

Portanto,

A viagem que se inicia com o “método cartográfico” é muito mais árdua e cheia de encruzilhadas; nesta não há o melhor caminho, nem o mais correto, não existe o verdadeiro, nem o falso, mas se encontra sim, o mais belo, o mais intenso, o que insiste em se presentificar, o que causa estranheza, temor..., o que se equivoca, se atrapalha..., o que falha. São pelos desvios que se começa a jornada, pelas linhas mal/bem traçadas do desejo que se realiza a cartografia, potencializando vidas em territórios complexos e heterogêneos de forças que se imiscuem uma às outras num constante jogo de poder e afeto característicos de qualquer grupo composto por sujeitos (MAIRESSE, 2003, p. 271).

4.1 SUJEITOS DO ESTUDO

Sabe-se que todos os sujeitos que estão inseridos na ESF fazem parte do processo de gestão, com suas capacidades de abrir espaços de disputas de projetos e dar sentido ao trabalho em saúde (BRASIL, 2009; MERHY, 2007) de forma que “tanto o usuário governa, quanto os trabalhadores” (MERHY, 2007, p.24). No entanto, para o alcance dos objetivos deste estudo, foram considerados gestores os profissionais que ocupam uma situação formal na “máquina estatal”, lugar esse que possibilita controle na administração de recursos, poderes instituídos, sendo, portanto, capazes de operar recursos para dar sentido ou não em determinadas políticas públicas (MERHY, 2007).

Dessa forma, os sujeitos do presente estudo foram o secretário municipal de saúde, o coordenador municipal de atenção básica, um integrante do núcleo de estratégia saúde da família e um coordenador de Unidade de Saúde da Família.

Além disso, para a prática da cartografia, uma equipe de saúde da família foi escolhida para ser acompanhada no dia a dia de trabalho, durante um período específico. Essa foi escolhida a partir da aproximação inicial com uma das enfermeiras da equipe, a qual fez uma intermediação entre a pesquisadora e o coordenador da unidade, permitindo a presença dessa durante o período necessário.

4.2 CENÁRIO

Para manter o sigilo dos sujeitos envolvidos na pesquisa, o nome do município será preservado e serão descritas brevemente apenas as suas características sócio-demográficas.

O cenário do estudo será um dos municípios da Grande Vitória, o qual possui uma área aproximada de 552 km² e população estimada de 422.569 pessoas em 2013. Nesse município, como no restante do país, a estrutura etária mostra uma diminuição na proporção de crianças e jovens e um aumento na população de adultos e idosos, portanto, caminha para uma estrutura etária envelhecida. Isso pode ser verificado na redução da taxa de fecundidade, visto que passou de 10,3% de indivíduos de 0 a 4 anos, na base da pirâmide etária em 2000, para 7,9% em 2010 (IBGE, 2010).

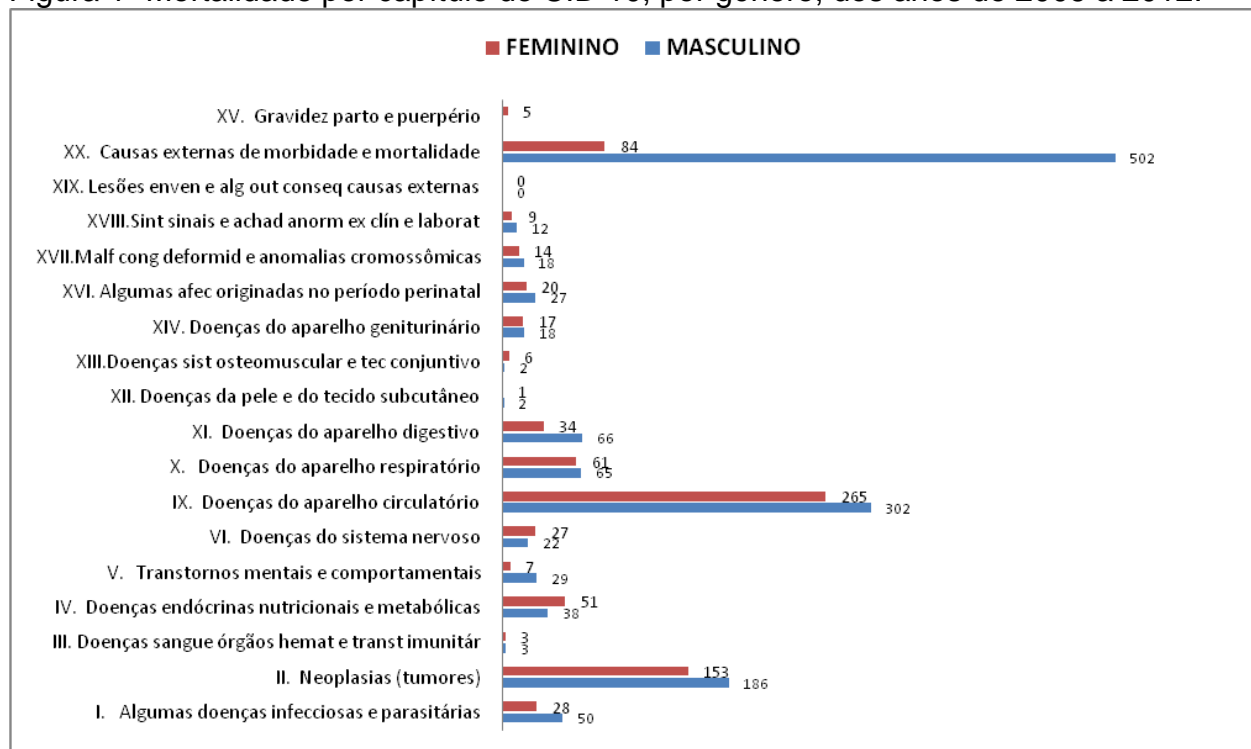
O município concentra o maior parque industrial metropolitano e estadual e, por conta disso, ocupa a primeira posição na área industrial, sendo responsável por um terço do PIB capixaba no setor. Além disso, abriga 44 das 200 maiores empresas do estado. Um dos destaques do município é o acentuado crescimento do setor imobiliário (SECRETARIA DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO, 2011).

Com relação ao índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município, consiste em 0,761 em 2000, de acordo com dados do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (2003), número esse superior à média do estado do Espírito Santo (0,730). A classificação indica que o município, nesse ano, estava entre as regiões de médio desenvolvimento humano, visto que, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNDU), países com IDH até 0,499 têm desenvolvimento humano baixo; IDH entre 0,500 e 0,799 desenvolvimento considerado médio, já IDH acima de 0,800 é considerado como desenvolvimento alto.

Em relação à mortalidade no município, até 2008, as doenças cardiovasculares e neoplasias foram as principais causas de óbito. Entretanto, a partir do ano de 2008, o alto índice de mortalidade por causas externas tornou a principal causa de mortalidade geral da população (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010). Observa-se que, quando separadas por gênero as causas de mortalidade no município, a taxa masculina é maior em quase todas as causas, principalmente entre as “causas externas de morbidade e mortalidade”, “doenças do aparelho circulatório” e

“neoplasias”. Entre as mulheres, a mortalidade é maior que a dos homens em “Doenças do sistema nervoso” e “Doenças nutricionais, endócrinas e metabólicas”.

Figura 1- Mortalidade por capítulo do CID 10, por gênero, dos anos de 2006 a 2012.



Fonte: SESA/VE/SIM

Para a organização do sistema de saúde o território do município foi dividido em sete regiões de saúde. A rede de serviços de saúde municipal conta com Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Regionais de saúde (URS) e Unidades Especializadas (Pronto Atendimento, Centro de Especialidade Odontológica, Centros de Atenção Psicossocial; Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS, Maternidade e Centro de Referência Ambulatorial), conforme tabela 1.

Ainda de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município conta com quatro unidades hospitalares: uma de natureza pública estadual, com um total de 196 leitos-SUS; outra com 160 leitos-SUS; duas de natureza privada (CNES, 2013).

Tabela 1 – Estabelecimentos de saúde

Descrição	Total
POSTO DE SAUDE	1
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	36
POLICLINICA	15
HOSPITAL GERAL	3
HOSPITAL ESPECIALIZADO	4
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	1
CONSULTORIO ISOLADO	96
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	87
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	25
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	1
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	4
FARMACIA	1
SECRETARIA DE SAUDE	1
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	2
PRONTO ATENDIMENTO	2
	279

Fonte: CNES, 2013

Salienta-se que o município iniciou, no ano 2000, a implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS), com 3,7% de cobertura da população. Já em 2004, foi implantada a Estratégia Saúde da Família no município, em 2013, a cobertura de ESF foi de 32,04% (DAB, 2013), conforme tabela 2.

Tabela 2 – Teto e implantação da estratégia Saúde da Família em Outubro 2013

Ano	Mês	População	Equipe de Saúde da Família			
			Teto	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
2013	10	422.569	211	39	134.550	31,84

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Obs: A *Nota Técnica* contém informações a respeito da origem dos dados e a descrição detalhada dos campos utilizados.

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE, 2013.

4.3 TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo com abordagem qualitativa permite a aproximação do pesquisador com a realidade a qual ele pretende compreender, assim como estabelecer uma relação com os atores que fazem parte desse contexto (MINAYO, 2007). O conceito de campo é descrito pela autora como “o recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação” (p.201). Assim, o trabalho de campo foi uma etapa essencial na construção da pesquisa qualitativa, permitindo o encontro do pesquisador com o objeto do estudo no contexto em que esse vive.

Nessa fase, foram utilizados como instrumentos metodológicos para a coleta de dados, a observação direta de uma equipe de ESF, a construção de um diário de campo e as entrevistas individuais semi-estruturadas com os gestores da ESF de um dos municípios da região metropolitana da Grande Vitória/ES.

4.3.1 Observação direta

A primeira etapa do trabalho de campo foi, após aprovação do município para a realização da coleta de dados, escolher uma unidade de saúde do município para realizar a observação direta. Nesse momento, era fundamental ter algum profissional que pudesse fazer a intermediação entre a pesquisadora e o gestor local, motivo pela qual a unidade de saúde foi escolhida pelo fato de ter uma aproximação prévia com uma das enfermeiras, que abriu as portas para que a pesquisadora ficasse um tempo no local de trabalho. Durante esse período, a enfermeira foi peça fundamental para a aproximação da pesquisadora com o campo e a sua inserção nesse, possibilitando a “quebra de gelo” inicial. Ela exerceu, pois, o papel de *informante-chave*, visto que, na observação direta, é comum a presença dessa figura, uma pessoa que “pode ‘abrir portas’, no sentido de facultar, facilitar, proporcionar ou oferecer informações e/ou condições especiais para o desenvolvimento das suas observações” (FERNANDES, 2011, p. 267).

Essa etapa da pesquisa pressupõe estar e observar onde a ação ocorre, estando o pesquisador e os sujeitos envolvidos em uma relação constante no local onde ocorrem os encontros diários, exatamente no contexto nas quais essas relações acontecem, num processo de construção e reconstrução a todo o momento (FERNANDES, 2011). Assim, nessa modalidade, o pesquisador observa os acontecimentos diários e a forma como são encaradas, além de possibilitar a abertura para o conhecimento de interpretações que esses sujeitos possuem desses acontecimentos (LIMA et al, 1999).

Após a aproximação inicial com uma das enfermeiras que trabalha na unidade escolhida, foi necessário ir até o local de trabalho para conhecer o ambiente, os profissionais e o gestor e, assim, conseguir autorização para realizar a técnica da observação direta. A observação se iniciou na semana seguinte à autorização e foi um processo intenso de “mergulho” da pesquisadora no campo durante sete dias e em

período integral de funcionamento da unidade. Essa ação propiciou a construção de um diário de campo, no qual ficaram registrados momentos espontâneos ocorridos em uma unidade de saúde da família.

Em um primeiro momento, a intenção de utilizar a técnica da observação direta era para captar o processo de trabalho do gestor. Entretanto, no período da coleta de dados, o gestor formal da referida unidade estava de férias e quem assumiria a gestão era a enfermeira que tinha feito o papel de *informante chave* e que teve papel fundamental nessa inserção, possibilitando captar as entrelinhas dos acontecimentos diários. É necessário frisar, nesse momento, que o nome da unidade será preservado, assim como o nome do município, para que os indivíduos que participaram desta pesquisa não sejam identificados.

Dessa maneira, foi possível ficar durante esse período na unidade e, mais do que observar o processo de trabalho da gestão formal, foi possível captar a forma como o trabalho e o perfil do gestor estão arraigados no dia a dia dos profissionais. Por isso, a decisão de ficar na unidade mesmo o gestor não estando presente pessoalmente, visto que estava presente nas formalidades, nas decisões e no caminhar do cotidiano do serviço.

Assim, após a permanência na unidade de saúde e de uma intensa aproximação com os profissionais, foi necessário um momento para a consolidação do diário de campo com todos os detalhes, visto que esse auxilia na produção de um banco de dados, que possui informações importantes quando às impressões, às falas, aos comportamentos e às relações que acontecem nesse cotidiano do serviço de saúde (MINAYO, 2007). O diário de campo é

[...] um caderninho de notas, em que o investigador, dia por dia, vai anotando o que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista. Nele devem ser escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quando aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos (MINAYO, 2007, p. 295)

É importante observar que essa etapa inicial foi fundamental para embasar as entrevistas individuais com os gestores, a qual constituiu a terceira etapa do trabalho de campo.

4.3.2 Entrevistas

A entrevista é um instrumento fundamental para a coleta de dados, em razão de que permite o acesso a uma fonte rica de informações, que são construídas a partir do diálogo e tratam da reflexão do próprio sujeito acerca de sua vivência, podendo ser consideradas como conversas com finalidade (MINAYO, 2007). A entrevista foi semiestruturada, a qual combina perguntas abertas e fechadas e seguiu um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE B) antecedido por um formulário de identificação (APÊNDICE A). Essa modalidade permitiu ao pesquisador ampliar os questionamentos e aprofundar-se em determinadas questões.

É importante salientar também que, ao analisar tais entrevistas, o pesquisador precisa estar atento para que o contexto seja incorporado neste processo (MINAYO, 2007). Uma das principais vantagens dessa técnica de entrevista é a possibilidade de maior abertura e interação entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa, assim como permite que assuntos importantes que surjam durante a entrevista sejam explorados e haja uma investigação mais apurada de assuntos que tenham aspectos afetivos e valorativos por parte do entrevistado (BONI; QUARESMA, 2005).

Participaram da entrevista o Secretário Municipal de Saúde, a coordenadora da Atenção Básica, um representante do Núcleo de Estratégia Saúde da Família e o coordenador da unidade de saúde em que foi realizada a observação direta. Os contatos com os entrevistados foram feitos via e-mail e contato telefônico, sendo as entrevistas realizadas no mês de outubro de 2013, em local reservado e sem interrupção, com duração média de trinta minutos e registradas por gravação. Antes dessas, os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, declarando anuência em participar da pesquisa. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra para Word.

Optou-se por não divulgar o diário de campo e as entrevistas na íntegra, mas sim fragmentos significativos para o objeto de pesquisa. Importante frisar, também, que os nomes das unidades, gestores e municípios mencionados foram substituídos para garantir o anonimato dos entrevistados.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Todas as entrevistas realizadas foram transcritas na íntegra. Os dados resultantes da observação direta, bem como das falas dos entrevistados, foram analisadas no seu conjunto.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado com base na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos), do Conselho Nacional de Saúde.

O presente estudo é uma das dimensões da pesquisa “Análise das Principais Modelagens de Gestão na Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo”, em desenvolvimento pelo Núcleo de Pesquisa em Planejamento, Avaliação e Gestão em Saúde Coletiva (Nupgasc), do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, o qual foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES) e aprovado em 28 de Agosto de 2013 - parecer número 363.867.

Foi solicitada ao gestor municipal de saúde uma autorização para a realização da pesquisa no âmbito municipal. O projeto foi aprovado pela Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos do município e pelo Secretário municipal de saúde, através da emissão da Declaração de anuência de desenvolvimento de pesquisa (APÊNDICE C). Além disso, cada sujeito do estudo foi devidamente esclarecido sobre a pesquisa e manifestou a anuência da sua participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 VIVÊNCIAS PROFISSIONAIS

Dos quatro gestores entrevistados, dois são do sexo masculino e dois do feminino. Quanto à formação, três são graduados em enfermagem e um em serviço social. Além disso, dois possuíam experiência em cargos de gestão antes de assumir o atual. O menor tempo de atuação é de 10 meses e o maior é de 10 anos no mesmo município. Partindo dessas considerações, cabe fixar que, nesse primeiro momento, será feito um breve relato da trajetória dos sujeitos, porém com os devidos cuidados para que não sejam identificados.

O primeiro sujeito a ser apresentado será Ametista², um dos gestores que possui experiência anterior em gestão. Seu currículo contempla atuações em uma secretaria de estado e secretaria municipal de saúde, além de possuir pós graduação *stricto e latu sensu*. Está no atual cargo desde o início do ano de 2013.

Ágata é quem possui 10 anos de atuação nesse município, porém, sua experiência em gestão ocorreu durante sete anos no setor de planejamento dessa secretaria. Esse processo permitiu sua aproximação com as unidades, tendo em vista a realização de avaliações locais, sendo convidada para ocupar o cargo atual. Afirma que foi uma indicação técnica, pois entenderam que estava comprometida e fazia parte da história da atenção básica do município. Dessa forma, assumiu, como diz em seu discurso, o desafio, pois era a sua primeira experiência, de fato, como gestora.

Cristal, por sua vez, está no cargo atual desde 2009. Até receber o convite para ingressar na gestão formal do município, trabalhou na secretaria no cargo de supervisor das unidades de saúde e lá era responsável por “observar tudo o que acontecia nas unidades” em relação ao processo de trabalho, aos equipamentos, assim como a orientação “para que eles conduzissem o trabalho bem dentro da unidade”.

Já Topázio, assim como Ametista, está no município desde o início de 2013. Também possui experiência em seu currículo, a saber: trabalhou em duas secretarias municipais de saúde em dois municípios anteriormente. Afirmou que, por ter

² Os nomes dos gestores foram trocados por nomes fictícios inspirados em pedras preciosas.

experiência, foi convidado por essa gestão para assumir o cargo de coordenador de unidade de saúde.

5.2 A GESTÃO EM SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DOS GESTORES

A primeira questão a ser apresentada será a concepção de “gestão em saúde” dos quatro gestores entrevistados, visto que é importante tal compreensão a fim de entender o processo de trabalho e as atitudes tomadas no cotidiano do serviço, tomando como pressuposto que nesse contexto está inserida a questão da subjetividade de cada gestor, ou seja, o modo operativo de cada trabalhador na sua ação cotidiana. Assim, ela é construída com base em acontecimentos, vivências e experiências anteriores (FRANCO; MERHY 2012). Essas ações são carregadas de necessidades, desejos e afetos de cada um, de forma que imprime um modo único de operar o dia a dia de trabalho.

Partindo do exposto, Ametista diz pautar sua carreira em uma gestão compartilhada. Por já possuir vasta experiência na área, afirma que

Pode até existir um gestor que imagine que ele centralizando, ele tomando todas as decisões, ele possa obter algum ganho, mas esse ganho, em minha opinião, ele é momentâneo. Uma gestão que realmente queira configurar um avanço, estabelecer mudanças será uma gestão compartilhada. Eu pauto a minha vida numa gestão compartilhada (Ametista).

No dia a dia de trabalho, é enfático em dizer que essa concepção foi construída durante a carreira profissional e, hoje, tenta fazer uma gestão compartilhada em todos os espaços possíveis.

A gente tenta, nesse conceito de gestão compartilhada, estabelecer espaços de pactuação. Espaços mais centrais de gestão, de gabinete, que envolvem os principais cargos de gestão da secretaria e também espaços de gestão que envolve a rede inteira. Então, a gente trabalhou ao longo desse tempo como gestor em fortalecer esses espaços e insistir para que eles permaneçam funcionando. (Ametista).

Eu, assim, a coisa que eu aprendi ao longo da minha caminhada é: primeiro, eu não acredito em gestão que não seja compartilhada e ela não é uma coisa compartilhada só aqui, reúno a equipe aqui e vou conversar. É em todos os espaços, todos os níveis de organização do sistema possam partilhar da gestão... Então, eu não acredito num gestor

que se intitula e vai tocando por si uma secretaria e acho que isso é pra qualquer área pública (Ametista).

O conceito de gestão compartilhada, ou cogestão, é discutido por diversos autores, dentre eles, Campos (2007). Para esse autor, cogestão é um fazer coletivo da gestão, onde existem espaços de decisão e compartilhamento de poder. Esse conceito ainda parte do princípio de que as lógicas que definem o serviço sejam diferentes daquelas estruturadas em linhas verticais de comando e hierarquização do poder. Ainda nesse sentido, falar em cogestão é considerar a construção de espaços coletivos³ que possuem a três funções:

Uma clássica, de administrar e planejar processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso; uma outra de caráter político, a co-gestão como uma forma de alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições; e ainda uma pedagógica e terapêutica. A capacidade que os processos de gestão têm de influir sobre a constituição de sujeitos (CAMPOS, 2007, p.14).

No entanto, apesar de Ametista afirmar a necessidade de que a gestão compartilhada saia para os espaços da rede de saúde, no presente município, como será apresentado no próximo tópico, o fluxo das decisões tem um caminho determinado, e mesmo os espaços designados para a cogestão, como, por exemplo, o colegiado gestor, são subutilizados para esse propósito.

Assim, a operacionalização da cogestão vai além do espaço do gabinete do secretário de saúde, uma vez que precisa estar presente no cotidiano dos serviços de saúde e chegar até os usuários. Ainda nesse sentido, o conceito de cogestão foi resumido por Guizardi; Cavalcanti (2010, p. 1250) de forma que

Cogestão significa, então, compartilhamento de poder, constituição de uma rede em que os diferentes espaços convertem-se em instâncias de poder relativo, sujeitos a essas pressões, mas não inteiramente determinados por elas. Poderes parciais na medida em que é reconhecida e legitimada a exigência de considerar outros agrupamentos de interesse, outros projetos, coletivos e sujeitos. Desta forma, o conceito é particularmente fecundo por incidir diretamente na relação hierárquica que caracteriza historicamente a assistência à saúde, enfatizando a potencialidade produtiva e emancipatória da participação dos sujeitos, inclusive na definição das necessidades

³ De acordo com Campos (2007) Espaço Coletivo pode ser entendido como uma estratégia de democratização das relações de poder, onde há a construção de lugar e tempo onde as equipes podem, de fato, participar dos processos de discussão, deliberação e planejamento das ações.

sociais a que os serviços, e em última instância, as políticas de saúde devem responder.

Não obstante, essa mesma concepção de gestão não se aplica aos outros três gestores do município, de forma que Ágata possui um olhar focado na administração, isto é, gestão em saúde é prover. O mesmo ocorre com Cristal e Topázio. Para todos eles, fazer gestão é similar a administrar, visto que o gestor precisa “dar conta” de tudo o que é necessário para o funcionamento das equipes, inclusive, pensar o processo de trabalho.

Pra mim o gestor tem que conseguir dar conta de todas essas coisas, de pensar na parte administrativa da coisa também, mas ter um olhar mais de cima mesmo, de como as coisas deveriam estar funcionando, dos processos de trabalho. As propostas... o que a gente pensa aqui enquanto gestor tem que funcionar efetivamente na ponta (Ágata).

Ser gestor é uma responsabilidade grande porque você tem que programar e pensar em todos. Por exemplo, no meu caso [...], eu tenho que pensar em ações pra todas as estratégias do município, eu tenho que ver como um todo, as ações tem que ser voltadas para o todo, né. (Cristal)

Gestão vem de gerir, vem de você planejar, administrar, você tá provendo, então é um leque de coisas que você tem que fazer dentro da administração pública pra você conseguir fazer a gestão. (Topázio)

Esses pensamentos pautam-se em uma visão tradicional de gestão, na qual o gestor se põe como um decisor racional da realidade administrativa. Assim, as atividades estão centradas na figura do gestor como um provedor: aquele que tem capacidade de decidir e definir os caminhos a serem tomados. O tipo de gestão pautado nessa prática vai ao encontro da teoria administrativa considerada como Racionalidade Gerencial Hegemônica, responsável por imprimir uma forma de governar que tem como eixos a disciplina e o controle. Pauta-se na concentração de poder, comando e controle no interior das instituições, impedindo o exercício da autonomia por parte dos trabalhadores, de forma que há eliminação de qualquer subjetividade na execução de tarefas (CAMPOS, 2007). Como consequência, observa-se que esse tipo de comportamento cria mecanismos que contribuem para garantir a produtividade, a forma de trabalhar e, dessa maneira, o controle do processo de trabalho (LIMA, 2001).

Ametista diz pautar sua carreira em uma gestão compartilhada, entretanto, para concretizar isso é necessário que haja uma desconstrução das forças de dominação e

mecanismos de controle presentes nas práticas, visto que são ineficazes as experiências de reorganização do trabalho sem que, no âmbito da gestão, sejam questionadas as relações cotidianas de poder que configuram as instituições de saúde (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010).

É interessante observar que, nas falas de Ágata, Cristal e Topázio, fica evidente a separação entre a concepção do trabalho e a execução das atividades. O resultado dessa prática é a perda de autonomia dos profissionais de saúde e a perpetuação dos poderes instituídos pelas posições formais ocupadas pelos gestores. Além disso, denota-se que há um prejuízo na prática da gestão compartilhada, visto o claro predomínio da gerência científica nas falas apresentadas.

5.3 O SER GESTOR E A PRODUÇÃO COTIDIANA DO TRABALHO

Nesse sentido,

Parte-se do pressuposto de que os trabalhadores de uma mesma equipe de ESF agem de modo singular, na produção do cuidado, isto é, de forma diferente entre eles, mesmo que estejam sob a mesma diretriz normativa. Isso revelou que o processo de trabalho não segue um padrão, pois as práticas do cuidado se dão pela singularidade de cada um. Nesse cenário, as normas da ESF que têm como atributo padronizar as condutas dos trabalhadores, de acordo as regras ditadas para o funcionamento do Programa, influenciam a atividade dos trabalhadores, dentro de limites muito restritos, pois quando estes se encontram em situação de trabalho, na relação com o usuário, ele próprio em ato, no seu processo de trabalho, é quem define como este cuidado se realiza. Assim, a capacidade dos níveis gestores em influenciar a ação cotidiana de cada trabalhador é reduzida e muito diferenciada (FRANCO; MERHY, 2013b, p. 151).

O que Franco e Merhy (2013b) afirmam é que o modo de operar no dia a dia de cada gestor e profissional é orientado pelas singularidades de cada profissional. Nesse sentido, o significado de ser gestor e sua concepção de gestão implicam nesse cotidiano. Assim, o processo de trabalho dos gestores será analisado a partir das lentes da micropolítica, ou seja, a partir de um cotidiano onde os atores são fabricantes e fabricados nos modos de agir e nos processos relacionais nos quais estão inseridos (FRANCO; MERHY, 2013b). Para a captura do processo de trabalho dos gestores, a observação teve papel fundamental, visto que, a partir dela, o que foi dito pelos gestores foi complementado pela forma que seus atos repercutiram na equipe acompanhada na observação direta. As falas apresentadas serão mescladas

por trechos do diário de campo, de forma que seja possível uma aproximação do processo de trabalho.

Nesse sentido, pode-se apreender que, pelos discursos dos gestores, eles revelam um dia a dia complexo:

...tem um cotidiano que é, não quero encontrar uma palavra muito forte, que é complexo de operar, né. Que vão desde de, claro que o gestor tem o compromisso que é o ordenador de despesa, então, o secretário chega numa secretaria e assina todos os processos de pagamento, toda a relação interna da prefeitura e aqueles que tem a relação externa. E o mais difícil [...] é vencer os conflitos internos, sejam eles conflitos administrativos, de andamento de processos, por exemplo, de compra, se você quer um determinado item, serviço ou produto esteja a sua disposição num prazo, você tem que interferir nesse processo, porque o ritual processual da gestão pública é bem estabelecido, então são setores que o processo tramita e às vezes nem sempre esse processo tramita na velocidade que você precisa e é preciso interferir nisso. E a gestão de pessoas né, o conflito de pessoas, essa é talvez a parte mais difícil do sistema né, estabelecer mecanismos pra que esses conflitos não ultrapassem a nossa missão. (Ametista)

O cotidiano complexo de operar é permeado por atividades em que são necessárias ações burocráticas, normativas e relacionais. Nesse sentido, de acordo com Cecílio (2005), é comum, nas agendas de trabalho dos gestores, fatos que são designados como conflitos, ou seja:

...o que escapa, o que se apresenta, o que denuncia, o que invade a agenda de quem faz a gestão, o que incomoda. São os comportamentos observáveis que exigem “tomadas de providências”: a briga entre funcionários, o bate-boca de pacientes com funcionários, a disputa de recursos entre unidades diferentes, as reclamações de pacientes. Ruídos (CECÍLIO, 2005, p. 510)

Tomando como pressuposto, nesse cenário, a produção da subjetividade nos modos de produção de cada profissional no âmbito da sua micropolítica, caracteriza-se, ainda, por ser um local constituído por tensões próprias das relações dos sujeitos inseridos nesse cenário, de forma que “trata-se de um ambiente de conflitos, que são produzidos nas relações sociais e subjetivas que aí se materializam” (FRANCO, MERHY, 2013a, p. 352).

A gestão tem normas, protocolos, portarias, regras que são responsáveis por definir o comportamento do trabalhador, assim como padronizar seu trabalho. De acordo

com Franco (2013b), a gestão usa de formas para disciplinar o trabalhar, e esse, por sua vez, tem liberdade para deixar capturar o seu modo de agir ou não. Dessa forma,

Estabelece-se então uma tensão que é imanente ao trabalho em saúde, onde de um lado a liberdade de agir se manifesta, e de outro as formas de captura do trabalho vivo. Convive-se o tempo todo com esta questão o que resulta em processos de trabalho às vezes mais criativos, livres, que operam por fluxos entre os próprios trabalhadores e usuários, e com formas mais rígidas de controle dos mesmos (FRANCO, 2013b, p.245).

Além das questões expostas, quanto à fala de Ágata, percebe-se um dia a dia também de resoluções de demandas (das unidades, dos outros setores, e do secretário), mas a nível local, visto que é uma figura de referência entre as equipes das unidades de saúde e o secretário municipal de saúde, e com forte capacidade de interferência no processo de trabalho das equipes.

...o dia a dia da gente é o apagar incêndio, eu falo assim, até hoje isso me angustia muito, porque quem vem do planejamento, tem a questão de avaliar indicador, de construir mesmo proposta e aqui eu tenho muita dificuldade de fazer isso, porque o dia a dia é um que me liga, é um problema que eu tenho que resolver, então eu planejo menos do que eu gostaria ainda. As demandas vêm da unidade, vêm da comunidade. Qualquer tipo de demanda, por exemplo, a unidade pintou e ai não pode abrir, temos que intervir lá, porque tem que ver com os profissionais. Outro exemplo: o agendamento está sendo feito de uma forma, e as pessoas estão reclamando, ai a gente vai e politicamente tem que fazer desse jeito, mas a comunidade quer de outro jeito. Assim, problemas mesmo de acesso que a gente sabe que é a organização do serviço que precisa ser feito, né, conflito de pessoal, conflito de interesse... (Ágata)

Merhy; Franco (2013a) chamam esses acontecimentos diários de “atos inusitados”, ou seja, atos inesperados pela equipe assemelhando-se a “notas de uma sinfonia não ensaiada”, com potencial de produzir estranhamentos ou de permanecer no mesmo local (p. 353). Esses atos que acontecem todos os dias são previsíveis, no sentido de que os gestores sabem que algo fora do planejamento vai acontecer, mas não sabem ainda o tipo de demanda que chegará até eles.

O cotidiano de trabalho desses gestores determina o caminhar das equipes de saúde da família do município. Essa influência de Ágata pôde ser percebida durante a observação na unidade de saúde escolhida, pois dela foi requerida uma solução para as marcações de consultas e exames, visto que o sistema em que isso é feito estava “fora do ar”. Essa situação mobilizou alguns funcionários da unidade, já que, sem

conseguir ver as consultas no sistema da prefeitura, alguns pacientes poderiam perdê-las por falta de aviso.

Numa certa manhã na unidade, a internet para de funcionar (mais um problema para a enfermeira/coordenadora) resolver, visto que sem internet nessa sala, nenhum exame era marcado e os pacientes do dia seguinte perderiam também as consultas, pois não conseguiriam ver no sistema. A enfermeira corre para todos os lados em busca de alguém para ajudá-la até que chega um dos agentes comunitários de saúde que dá um apoio. Descobrem que o problema não é na internet da unidade, mas sim no sistema da rede. Várias ligações são feitas para os setores possíveis de resolver, inclusive para a gerência da atenção básica. Depois de muita insistência e várias tentativas de telefonemas, foi informada que o sistema em toda a rede estava fora do ar. E assim se encerra uma manhã: resolução de diversas pendências e sem conseguir fazer o que estava agendado para o dia (DIÁRIO DE CAMPO).

Assim, de acordo com a fala do coordenador da unidade, o cotidiano da gestão na unidade de saúde é algo sempre inusitado, com situações em que o planejamento das ações não acontece.

... aqui na unidade a gente começa o dia, todos os dias, não existe uma rotina, todos os dias são atípicos pra gente, porque a gente não sabe o cliente que vem, a gente não sabe o que vai acontecer dentro da unidade com esse cliente. Então a gente tem essa, vamos dizer, vamos colocar que é uma coisa assim: um cliente que você não consegue visualizar o problema dele antes dele vir, então ele vem e traz o problema pra você tentar solucionar.

No dia a dia é mais questão local e de paciente pra resolver. É muita demanda e por eu não ter 'RH' eu acabo ficando na especialidade que hoje é o meu nó mais crítico dentro da unidade, então eu fico no período da manhã na especialidade pra justamente lá já fazer a escuta, ver no sistema o que 'tá' acontecendo, tentar solucionar, encaminhar email pra secretaria pra gente tentar resolver a situação do cidadão, né. Então eu fico todas as manhãs na especialidade por já ter um livre acesso e a tarde eu venho fazer as coisas burocráticas, ver email, essas coisas que acontecem geralmente dentro da unidade. (Topázio)

Assim, esses atos inusitados não possuem potência para responder as necessidades de saúde da população. Perpetua a falta do fazer imediato das ações de saúde (FRANCO, MERHY, 2013a).

5.3.1 O apagar incêndio como atividade diária

A presente pesquisa pontuou como dificuldades, nesse trabalho, questões referentes tanto à falta de profissionais, como de planejamento das ações.

A questão de recursos humanos. Por a gente não ter um recursos humanos um pouco folgado, às vezes quando um servidor entra de atestado, a gente não tem outro pra colocar no lugar, então acaba a gerencia indo suprir essa necessidade porque eu não tenho outro funcionário, se eu tirar... se sai um da recepção e eu tiro da farmácia, eu fecho a farmácia, se sai da farmácia e eu tiro da recepção, fica uma pessoa lá, então é uma sobrecarga muito grande. Dentro da especialidade eu só tenho uma pessoa, então a gente acaba ficando na farmácia, na recepção e isso atrapalha às vezes a gente fazer a gestão mesmo. (Topázio)

Em relação às dificuldades apresentadas, as falas comuns são em relação aos “recursos humanos”. Interessante observar que essa ideia do trabalhador como um recurso humano corrobora com a prática da gestão tradicional, que toma o trabalhador como mais um recurso que a gestão pode lançar mão, conforme a necessidade do serviço, ação essa que muitas vezes ignora as necessidades, os desejos e os afetos do trabalhador.

[...] os trabalhadores são em geral equiparados a um insumo para o funcionamento dos serviços de saúde, quando na verdade ele é o maior protagonista da produção do cuidado, é sujeito ativo que opera com seus saberes, é desejante, tem projetos, expectativas e atua no mundo do trabalho e cuidado com suas caixas de ferramenta adquiridas na formação, e sobretudo na experimentação do mundo do trabalho e da vida, e isto é que vai marcando sua atividade. (FRANCO, 2013b, p. 250)

Mais uma vez a falta de profissionais nas equipes de saúde da família interfere no planejamento e nas ações programadas, visto que o gestor “tapa buraco”, “apaga incêndio” ou mesmo “mata um leão por dia”, como é comum nas falas, para que esse dia a dia funcione.

A gente, basicamente mata um leão a cada dia, porque é a especialidade que a gente não consegue, o usuário vem e a gente trabalha com ele, trabalha um pouco essa questão da espera, passa um email, envia e vê o que tá acontecendo. Às vezes o usuário precisa de uma consulta urgente e a gente não tem e conversa com o médico e ele vai, cede e atende, entendeu?! Encaminha esse paciente pra algum serviço, então assim, a gente não tem muita facilidade. (Topázio)

Nesse sentido, Ágata ainda exemplifica sua fala anterior quanto ao “apagar incêndio” e reconhece, ainda, o amadorismo sobre o qual a gestão é feita no dia a dia:

Ainda não apareceu a gestão do trabalho, faz mais ou menos no amadorismo, entendeu? A gente vai fazendo a gestão e vai fazendo sem

uma programação anterior, sem um planejamento, vai fazendo no dia a dia: a demanda hoje do trabalho é a falta de pessoal? Ai a gente vai trabalhando a falta de pessoal: tira daqui, bota dali. A demanda é a insatisfação? É a pessoa que ta insatisfeita, que vem aqui chorando, que vai lá no gerente... O planejamento ainda é uma dificuldade.

[...] hoje a gente tem uma dificuldade da gestão, não só na gestão, mas com os recursos humanos [...] então assim, o trabalho só aumenta, o nível de exigência da população e isso vai refletindo aqui também, vai aumentando pros gerentes e isso acaba não tendo muito tempo, esse tempo de parar, de sentar e planejar e programar e isso é um dificultador... dificulta muito. (Ágata)

Dessa maneira, vários fatores aparecem como fonte de interferência e dificultador da prática do planejamento, contribuindo para o caminhar improvisado da gestão. O planejamento, de acordo com Merhy (1995) e Paim (2006), é um dos instrumentos de gestão que conta com a participação de sujeitos na sua construção, podendo ser um potente para diminuir a alienação dos profissionais em relação ao trabalho em saúde. Entende-se que

Planejamento é compromisso com a ação. Planejar é pensar, antecipadamente, a ação. É uma alternativa à improvisação. É a oportunidade de usar a liberdade relativa de um sujeito, individual ou coletivo, para não se tornar uma presa fácil dos fatos, dos acontecimentos e das circunstâncias, independentemente da sua vontade. (PAIM, 2006, p. 02)

É importante frisar que o processo de planejamento é necessário para identificar problemas e pensar em meios para superá-los. É um modo de explicitação do que vai ser feito, como, quando, onde, com que e para quê. Dessa forma, mobiliza os desejos, valores, necessidades de forma a implicar os atores com a ação. E pode favorecer a democratização da gestão no sentido que “se a prática do planejamento é socializada, um número cada vez maior de servidores públicos passa a ter conhecimento sobre o significado do seu trabalho. Portanto, o planejamento tem o potencial de reduzir a alienação” (PAIM, 2006, p. 278).

Nesse sentido, é real o improvisado na gestão:

Então, eu acho assim, o que eu mais acho que falta é a unidade estar mais próxima, quem executa o trabalho estar mais próximo de quem programa aqui. Assim, sei que já tem um vácuo enorme entre o que o ministério acha que a gente tem que fazer e o que a gente efetivamente consegue fazer. Mas acho que assim, a gente conseguia há um tempo com a implantação do Plano diretor na época planejar algumas coisas

*com a unidade e a unidade cumprir algumas metas, trabalhar sabendo 'pra que eu vou colher esses vinte preventivos?', 'por que eu tenho uma meta'... 'porque isso vai diminuir o índice lá'... então assim, a gente partilhar mais. Eu, se Deus quiser, eu vou, assim, no final deste ano, já vou começar a planejar algumas coisas, porque assim, fica muito angustiante pra mim ver as coisas assim. **Eu falo assim "tenho que arrumar uma mangueira, porque eu fico só apagando incêndio"**. (Ágata)*

Lima *et al* (2012) e Littike (2012) entendem que esse tipo de gestão, com o foco nos problemas recorrentes cotidianos e/ou no constante “apagar de incêndio”, configura-se como uma gestão do improviso. E, nesse caso, de acordo com a autora, essa gestão possui uma vertente de “potência de morte”, ou seja, aprisionamento da liberdade do trabalhador, desautonomização desse profissional, ausência de noção de pertencimento, além da naturalização do processo de “apagar incêndio”.

Atuar na gestão requer do profissional capacidade para lidar com os afetos e afecções, desejos, subjetividades, assim como com o inesperado, com os conflitos, com as situações que o usuário demanda. Entretanto, a falta do planejamento produz impotência nos gestores e causa angústia nesses profissionais, visto que não estão satisfeitos em não planejarem as suas ações, não cumprirem suas metas, além de não serem capazes de usar ferramentas e tecnologias de gestão suficiente para dar conta de demandas (des)organizadas. Nesse sentido, ocorrem tomadas de decisão em cima dos fragmentos, ou seja, as decisões não ocorrem baseadas no planejamento estabelecido. Esse modelo é responsável por continuar com o imediatismo na gestão, ou, como afirma Ágata, com o amadorismo (LIMA *et al*, 2012).

5.3.2 A formação como instrumento facilitador do trabalho

Nesse cotidiano de trabalho da gestão, Ametista, Ágata, Topázio e Cristal apontam algumas facilidades para lidar com a complexidade da gestão em saúde, apesar de terem dificuldades em reconhecer tais pontos. Topázio, por exemplo, cita a formação e a experiência anterior como facilitadores, da mesma forma que Ametista.

Facilidade é difícil, tá? Eu... assim, eu acho que não tem muita facilidade. É claro que, assim, a facilidade se dá num contexto de você poder olhar e dizer assim: 'puxa vida, estamos conseguindo fazer alguma coisa', mas... você vê que eu to com dificuldade de falar, né?! Facilidade é difícil imaginar o que é para um gestor... (Ametista)

Se eu puder dizer alguma coisa de facilidade eu diria que, assim, que é, a nossa formação, a minha formação em específico, com esse conceito de gestão compartilhada, de acreditar que esse sistema pode dar certo, de que a estratégia saúde da família realmente consegue avançar com a saúde das pessoas. A facilidade que eu acho é poder ajudar nesse campo. Eu acho que a facilidade é minha formação (Ametista).

A minha formação é uma facilidade, pois isso contribui muito. A gente, além da formação e da experiência dentro da gestão a gente consegue convencer o paciente, né. A gente consegue trabalhar a questão administrativa, a gente consegue fazer uma gestão – não mais tranquila -, mas uma gestão que te norteia pra aquilo que você sabe que é correto e pra aquilo que não é. Então a gente trabalha nesse sentido. A formação ajuda muito, né... ajuda muito mesmo em relação a isso. (Topázio)

Alguns questionamentos feitos por Franco (2013c) são pertinentes nesse contexto, como por que ainda há a permanência de processos de trabalho que operam a partir das relações de hierarquia nos serviços, por que persistem processos de trabalho fragmentados (nos moldes tayloristas), ou ainda, por que, apesar das diversas capacitações, revisões e atualizações permanece o mesmo modelo biomédico? Todas essas questões ainda são visíveis, mesmo considerando o esforço em educação para a mudança nessa realidade dos serviços de saúde. Dessa maneira, o mesmo pode-se observar a partir desses gestores, pois, apesar de considerarem aptos a gerir, reproduzem o modelo centralizador, pautado em moldes tayloristas.

Dessa forma, Franco (2013c) conclui que “os processos educacionais só terão eficácia, se conseguirem, junto com os processos de cognição, operar mudanças também nas subjetividades dos trabalhadores” (p. 189).

Entende-se, também, que a formação e as experiências anteriores permitem aos gestores articularem com mais facilidade com outras esferas de governo.

Então assim, acho que a facilidade que a gente tem é realmente fazer interlocução com a secretaria estadual, mobilizar recursos, ampliar a oferta de tecnologia, isso a gente interfere muito, sabe?! É a gente colocar à disposição das equipes estrutura, recursos tecnológicos, insumo pra que eles possam desenvolver o trabalho. (Ametista)

5.4 O FLUXO DE TOMADA DE DECISÃO

A Secretaria Municipal de Saúde possui estruturas como as superintendências de

saúde, a gerência da atenção básica, o núcleo de estratégia saúde da família e, por último, as equipes de saúde da família. De acordo com os profissionais entrevistados, as decisões seguem esse fluxo.

A secretaria tem um organograma bastante extenso, grande, com superintendências, e essas superintendências de ações em saúde se vinculam com a Estratégia Saúde da Família. É o que eu disse anteriormente, nós temos a gerência de Atenção Básica e ainda temos o Núcleo Estratégia Saúde da Família. Esses dois a gente precisa em algum momento encontrar. Estamos fazendo um esforço grande, estão se constituindo num colegiado pra não ter dispersão, mas o caminho usual é: passa pela atenção básica junto com o núcleo e vai pra unidade (Ametista)

Nesse contexto, a ESF é acompanhada de perto pelo Núcleo de Estratégia Saúde da Família. Na fala de Amestista, o papel do núcleo é de acompanhar e monitorar as equipes, no sentido de expandir a ESF. Porém, ainda há uma necessidade de articular o núcleo com a gerência da atenção básica.

...aqui na secretaria também tem um núcleo que chama Núcleo Estratégia Saúde da Família que faz um papel suplementar do gestor local, então esse grupo atua buscando a expansão da estratégia Saúde da Família, buscando acompanhamento, monitoramento dessas equipes, embora eu acho que aqui a gente ainda tem uma sobreposição porque parece que tem uma estrutura que acompanha a Saúde da Família e uma outra que acompanha as outras unidades que não são estratégia Saúde da Família. Precisa ainda fazer a junção disso, então esses níveis de articulação são quem conduzem a estratégia saúde da família aqui. (Amestista)

Cristal acrescenta:

...a gente faz o monitoramento de indicadores in loco, então, nas equipes a gente não vê só indicadores, até na última reunião que eu fui, eu nem trabalhei indicadores ali, a gente tem uma... vamos sofrer agora uma avaliação externa do PMAQ, então eu direcionei o meu monitoramento naquele momento pra orientar sobre o PMAQ, orientar sobre o serviço, orientar a documentação, mas geralmente, eu vou lá e trabalho com eles o relatório, porque mensalmente eles enviam o relatório. No relatório tá ali os indicadores que eles alcançaram ou não em um mês. (Cristal)

O núcleo de ESF tem um papel de apoiador nas equipes de saúde da família e é responsável por levar até as equipes as demandas da Secretaria e fazer o caminho contrário também.

E assim, nós não temos a intenção inquisitiva, de cobrança, nós temos a intenção de saber como eles estão trabalhando para que possa melhorar. Orientar para que eles melhorem, então, o que é que a gente pode fazer em nível central para que eles melhorem o que não estão fazendo bem. Então, não vou lá só pra cobrar: 'ah, vocês não atingiram indicadores' nada disso.

Então, a minha presença lá não é cobrança intensa. Eu trabalho de acordo que eu vejo a situação. Se for uma equipe que completa e estão a desejar, eu dou uma 'chamadinha': Como não tem esse conhecimento? Como vocês não estão conseguindo atender as prioridades? Não falta gente, não falta enfermeiro, não falta médico, né?! O que está acontecendo que vocês não estão conseguindo atender na integra, uma vez que vocês estão numa equipe completa? (Cristal)

Entretanto, a função do núcleo na equipe é questionada pelo coordenador da unidade, que, mesmo reconhecendo o papel de apoiador do núcleo, deixa claro até onde cada um pode interferir. Naquele espaço, a última palavra é dele:

Por aqui ser estratégia, antes tinha muito o núcleo como o 'detentor' da unidade, mas quando eu vim pra cá eu já coloquei que isso não é legal, porque a unidade, o núcleo é um apoiador, mas existe uma gerência, uma superintendência, então isso tem que ser levado em conta, né. O núcleo é um apoiador? Então ele vai vim apoiar a unidade, vai vim apoiar o servidor, vai vim trazer alguma novidade, mas ele não é o detentor do poder de gerenciamento dentro da unidade. Ou como o gerente da unidade, acima do gerente, assim, ele não é. (Topázio)

As duas funções ainda são postas em disputa em reunião de uma equipe da unidade. Durante a observação, pode-se acompanhar o papel da integrante do núcleo na equipe. A reunião foi para orientar a equipe quanto à avaliação externa do PMAQ e discutir possíveis melhoras. Além dos indicadores, foi posto pelos profissionais questões referentes à organização da unidade (prontuários, padronizações, mudanças na realização das marcações de consultas e exames). Visto isso, Cristal sugere que essa pauta seja posta para o coordenador da unidade, pois é quem tem capacidade de fazer alterações:

A equipe é questionada pela representante do núcleo se já tentaram conversar com o coordenador e sugerir mudanças. Disseram que sim, mas não teve alteração no trabalho. A alteração que foi feita pela coordenação foi o remanejamento de uma agente comunitária de saúde para a recepção para fazer as marcações dos exames laboratoriais na unidade, entretanto, esse remanejamento foi temporário e sem aviso prévio à equipe. As agentes comunitárias de saúde pontuam a preocupação pelas metas por parte da coordenação, muitas vezes precisam correr nas visitas domiciliares para dar conta da quantidade preconizada por dia. O último tópico trabalhado foi sobre as dificuldades em terem informações sobre o que ocorre na unidade, visto que o email

da unidade ninguém possui acesso e muitas vezes não são informados das reuniões e capacitações feitas pelo município. Uma das médicas da unidade de saúde ainda afirma que tem dificuldade de sair para capacitações pela resistência da coordenação. Os agentes comunitários de saúde falam que não conseguem ir às assembleias da categoria. (DIÁRIO DE CAMPO)

Salienta-se que o gestor na unidade de saúde possui instrumentos que fazem com que a sua figura esteja sempre presente na unidade, mesmo que fisicamente não esteja nesse espaço, ganhando identidade na simbologia da chave da sala da administração, do celular da unidade e da senha do email da unidade de saúde em que chegam todas as informações e comunicados. Quando não está na unidade, elege um membro de “confiança” para ficar responsável.

Nesse contexto, a dimensão de poder expressa na organização de saúde é designada por controle e disciplinamento. Ela atravessa o cotidiano e é clara no organograma formal da secretaria. Assim, entende-se que

As relações de poder se enraízam no conjunto da rede social. Isto não significa, contudo, que haja um princípio de poder, primeiro e fundamental, que domina até o menor elemento da sociedade; mas que há, a partir desta possibilidade de ação sobre a ação dos outros (que é co-extensiva a toda relação social), múltiplas formas de disparidade individual, de objetivos, de determinada aplicação do poder sobre nós mesmos e sobre os outros, de institucionalização mais ou menos setorial ou global, organização mais ou menos refletida, que definem forma diferentes de poder" (Foucault, 1995, p.247).

A partir disso, observa-se as múltiplas formas de controle exercidas nessa rede de relações. São relações diversas, no sentido de que o poder atua de forma a afetar as ações uns dos outros. De acordo com Foucault (2013), o uso da disciplina pode ser considerado como um dos mecanismos de poder e é utilizado continuamente através da vigilância, controle do tempo e do poder coercitivo. Permite extrair dos trabalhadores (corpos) tempo e trabalho. A disciplina é capaz de produzir corpos que são produtivos ao sistema, sob o ponto de vista quantitativo. A vigilância, enquanto mecanismo de poder contribui para a individualização dos sujeitos que estão submetidos a ela, de forma a produzir efeitos homogêneos do poder e generaliza a disciplina (FOUCAULT, 2006).

O poder disciplinar de acordo com Foucault

Apoia-se mais nos corpos e seus atos do que na terra e seus produtos. É um mecanismo que permite extrair dos corpos tempo e trabalho mais do que bens e riqueza. É um tipo de poder que se exerce continuamente através da vigilância. [...] que supõe mais um sistema minucioso de coerções materiais do que a existência física de um soberano. (FOUCAULT, 2013, p. 291)

As disciplinas veicularão um discurso que será o da regra, não da regra jurídica derivada da soberania, mas da regra natural, quer dizer, da norma; definirão um código que não será o da lei, mas o da normalização; referir-se-ão a um horizonte teórico que não pode ser de maneira alguma o edifício do direito, mas o domínio das ciências humanas; a sua jurisprudência será a de um saber clínico. (FOUCAULT, 2013, p.293)

Ainda sobre essa questão, é interessante pontuar que, ainda de acordo com o autor supracitado, o poder não está localizado nas estruturas formais e nem no aparelho de Estado, afinal “... nada mudará na sociedade se os mecanismos de poder que funcionam fora, abaixo, ao lado dos aparelhos de Estado, em um nível muito mais elementar, cotidiano, não forem modificados” (FOUCAULT, 2013, p. 240).

Nesse contexto, o poder gerencial está “diluído” entre os gestores, os quais têm decisão sobre a organização do processo de trabalho dos profissionais, assim, são vários os mecanismos de uso do poder arraigados na gestão desses serviços de saúde: a começar pelo controle da equipe no cumprimento de metas, assim como na “chamadinha” que Cristal dá nas equipes que estão completas, mas que não cumprem seus indicadores. Além disso, a centralização dos instrumentos de comunicação nas mãos de Topázio faz com que ele decida o rumo da equipe.

Outro ponto importante é que, nesse cenário da Secretaria Municipal, observa-se que a figura do secretário é representada, no dia a dia das unidades, principalmente pelo Colegiado Gestor. De acordo com Ametista, a Secretaria Municipal de saúde instituiu o apoio institucional e o colegiado gestor para trabalhar com as equipes. Essas duas estruturas têm capacidade de intervir no cotidiano do trabalho em cada equipe, são responsáveis também por levar as propostas que são pensadas dentro da Secretaria. Isso ocorre apesar de Ametista afirmar que é uma gestão a qual não faz interferência no dia a dia do processo de trabalho do coordenador.

Eu não sou de interferir cotidianamente lá na unidade, eu acho que se tem um gestor naquela unidade, ele precisa fazer isso. Ou então ele não pode ser gestor naquela unidade.

A gente instituiu o apoio institucional, que é o acompanhamento de um assessor da Política Nacional de Humanização, ele tá trabalhando aqui conosco de Março pra Abril, e em cada unidade, cada serviço, nós temos um conjunto de apoiadores, esses apoiadores tem um espaço de encontro aqui pra que eles também compreendam seu papel e, a partir disso, fazem intervenção nas unidades. Qual que é a questão? É apoiar o colegiado gestor das unidades. Então o apoiador ele participa desse espaço na unidade e de lá, qual é a questão? É empoderar a unidade, o gestor, a equipe pra que elas possam pensar seus problemas em conjunto. Mas esse espaço de apoiador ele leva pensamentos daqui, porque não é só pensamentos da unidade, são programas daqui, diretrizes, prioridades. Então assim, vamos pensar num modelo de acolhimento pras unidades. Construimos a proposta e esses apoiadores eles vão a unidade e, junto com o colegiado gestor, vão discutir esse novo modelo de acolhimento. (Amestista)

O colegiado gestor é uma estrutura que foi posta em prática pela gestão de Ametista e acatada por todas as equipes de saúde da família do município. Teve início com as capacitações dos gestores locais para posteriormente ser implantado nas unidades. Interessante observar que essa é uma proposta que as equipes têm que pôr em prática.

Ela fez a formação com os gestores locais primeiro e aí nós trouxemos a proposta pra unidade. Montamos um conselho, fizemos a eleição do conselho, como deveria ser, e aí começamos as reuniões.

Eu acho que não tem essa opção de não querer, já veio como proposta pra gente trabalhar isso dentro da unidade. (Topázio)

Como se percebe nas falas dos gestores, uma dupla de apoiadores marca reuniões nas unidades de saúde, uma vez ao mês, para levar as demandas da secretaria e, também, escutar os profissionais. A composição dos profissionais é de escolha das próprias equipes das unidades, onde são responsáveis por fazer votação, para ter um representante de cada categoria profissional como membro do colegiado gestor.

Então, geralmente a gente tem um colegiado gestor que a gente fala e temos o apoio institucional. Como funciona? O colegiado gestor tem vários níveis aqui dentro da secretaria, a gente tem o colegiado do gabinete que são as superintendências e as gerências com o secretário e a gente se reúne uma vez por mês. A gente, aqui no meu setor, até pra definir as políticas a gente se reúne uma vez por semana, tenta fazer uma agenda pra articular as coisas e a gente tem um colegiado da vigilância, que a gente faz isso junto com os gerentes das unidades uma vez por mês também. Nós temos um apoiador institucional do Ministério

da Saúde que vem uma vez por mês também, então os gerentes das unidades também estão nesse momento e é um momento que a gente traça outros objetivos, vai fazendo. E o apoio institucional, ele é formado por profissionais daqui de dentro da secretaria e que trabalham com o colegiado na unidade. A unidade identifica alguns profissionais, eles se elegem entre eles, profissionais – servidores – o gerente e a secretaria. Então tudo que vai ser alterado, por exemplo, a gente vai pensar na agenda, então, a gente faz uma proposta aqui dentro desse colegiado maior, né, testa aqui e depois a gente leva pras unidades, cada apoiador – sempre uma dupla, a gente tenta sempre que vá dois: um da vigilância e um da assistência – já tem a dupla fixa, sempre a mesma dupla, ai eles vão, levam a proposta, discutem, trazem sugestão e voltam. Tem sempre uma pauta nossa e uma pauta da unidade, entendeu?! (Ágata)

Durante o período de observação, foi acompanhada uma das reuniões do colegiado gestor. A proposta levada da secretaria é que participasse um representante eleito de cada categoria profissional, porém, muitos desses profissionais não sabiam qual o seu papel naquele espaço, visto que a reunião é sempre marcada pelos representantes da Secretaria, assim como acontece com a definição da pauta. Durante essa reunião, a postura dos profissionais frente ao coordenador e às representantes era de submissão: ouviam todas as propostas.

Alguns profissionais entraram na sala ainda perdidos por não saberem que era ali que seria a reunião. A fala que predominava era “eu vim porque é obrigatório”, “não sei o que faremos”, “o coordenador falou que era pra todo mundo vir”. Os profissionais ainda tinham dúvida do seu papel no colegiado. Até o coordenador entrar na sala, foram improvisadas cadeiras (três profissionais sentaram na maca dos pacientes), aberta de um lado, aberta de outro, enfim, coube todo mundo no consultório. A conversa era de assuntos variados do dia a dia, nenhuma conversa prévia sobre o que significava o colegiado gestor. Junto com o coordenador da unidade entraram duas representantes da secretaria municipal de saúde. Nesse momento, prevaleceu um silêncio para que o coordenador desse início à reunião. (DIÁRIO DE CAMPO)

A pauta do mês, para todas as unidades, era a discussão da agenda. Levaram uma proposta de modificação e uma discussão para a equipe, baseada em um artigo científico. Porém, poucos da equipe leram o texto, pois alegaram falta de tempo, questão essa que dificultou a participação dos profissionais na discussão. Em determinado momento da reunião, houve confronto de algumas ideias e resistência para modificar a agenda dos profissionais. Assim, a reunião acabou sem nenhuma definição e apenas com o encaminhamento de continuar no próximo mês (DIÁRIO DE CAMPO).

O que se observa, a partir desse exposto, é que o discurso dos gestores sobre o colegiado gestor é diferente do que foi vivenciado na reunião.

Dentro do colegiado gestor a gente trabalha com a conversa, de parar um tempo pra conversar com o funcionário, ver qual a angústia dele, o que está acontecendo pra gente tentar trabalhar essa questão mesmo de valorização, de melhora do usuário, às vezes ele tá muito estressado, tá com problema em casa, a gente senta e conversa e participa da angústia, aconselha – mesmo não sendo aconselhador – a gente aconselha o servidor, então assim, a gente tem feito um trabalho de acolher o servidor e eles estão sentindo diferença porque antes não tinha isso, essa questão da participação deles, do gerente conversar com eles, da porta da gerência estar sempre aberta pra todos os servidores, entendeu?! Do gerente ir lá e trabalhar junto com eles, ajudar, mesmo – o que é fala deles – quando faltava ou não tinha eles tinham que se virar sozinhos, era posto outras pessoas, então a gente não ia pra frente, não tava lá, então isso tem ajudado dentro do processo de trabalho. Para a gente negociar algumas coisas e quando tem parceria, você se mostra igual a eles, então você tem essa questão de que se você precisar de alguma coisa deles que não é da função deles, eles vão prontamente e eles não sabem dizer não, porque sabem que toda vez que precisarem eles vão ter você. Então isso é importante pra gente trabalhar a melhoria deles e nossa também. (Topázio)

Além disso, quando se fala da tomada de decisão no interior das equipes, Topázio também utiliza o Colegiado Gestor como espaço para tal:

Olha, tem se falado muito na questão da valorização do profissional, então isso, a gente vem trabalhando também na questão de valorizar o profissional, não ser uma gestão carrasca, não ser uma gestão que não participe das decisões com as equipes, com os funcionários, então, eu creio que essa questão do colegiado gestor que vem trazendo as demandas deles, as angústias deles, isso é uma forma de valorização do pensar, uma forma de valorização da opinião deles e, às vezes, uma opinião que é o que eles estão vivendo naquele momento, então é uma opinião que a gente tem que acatar esse pensamento dele e refletir no que a gestão está fazendo pra melhorar? (Topázio).

Fica evidente, por conseguinte, que “a instituição de colegiados de gestão não garante, por si só, a distribuição de poder e o estabelecimento de espaços de decisão” (CECÍLIO, 2004, p. 49). De acordo com esse mesmo autor, a gestão colegiada tem sido eleita como uma proposta de gestão inovadora em resposta ao modelo gerencial hegemônico. Entretanto, em estudos anteriores, aponta para o fato de que existe uma grande distância entre as formulações propostas e o que, de fato, acontecia nesses espaços quando operacionalizados. Observa-se que há dificuldade por parte dos trabalhadores em reconhecer esse espaço como um local efetivo de participação e

decisão (CECÍLIO, 2004, 2010).

Nesse sentido, percebe-se que há, ao mesmo tempo, tanto práticas de controle e subordinação quanto práticas de busca de uma gestão compartilhada, gerando, como consequência, uma incoerência interna, que acarreta em práticas ineficazes na produção da saúde.

De acordo com Franco; Merhy (2013b), os gestores acreditam que ditar normas, seguir protocolos e prescrever o trabalho dos profissionais é suficiente para garantir que o cuidado se realize, entretanto, “isto apenas forma trabalhadores serializados, que vão repetir velhas práticas” (p. 247).

Os trabalhadores são em geral equiparados a um insumo para o funcionamento dos serviços de saúde, quando na verdade é o maior protagonista da produção do cuidado, é sujeito ativo que opera com seus saberes, é desejante, tem projetos, expectativas e atua no mundo do trabalho e do cuidado com suas caixas de ferramenta adquiridas na formação e, sobretudo, na experimentação do mundo do trabalho e da vida, e isso é que vai marcando sua atividade (FRANCO; MERHY, 2013b). Além disso, o processo de trabalho desses profissionais vai além da repetição de técnicas, ou seja, é um espaço em que há projetos pessoais dos envolvidos, o que denota que os trabalhadores precisam estar envolvidos e comprometidos com a gestão, no sentido de produzirem o agir cotidiano de acordo com os projetos pessoais, da instituição e que dê conta das necessidades dos usuários (LIMA, 2005).

É perceptível que o processo de trabalho desses gestores é fortemente marcado pela divisão e pela compartimentalização, divisão do trabalho essa que reafirma a diferença de poder, ou seja, os gestores que possuem cargos mais altos decidem e planejam para quem vai executar as ações. Com isso, há claro uso do controle e da disciplina, o que acarreta aprisionamento da vontade e da criatividade da maior parte dos trabalhadores, corroborando com o fato de que os trabalhadores são considerados como mais um recurso para a instituição (CAMPOS, 2007).

Importante observar que os próprios gestores seguem uma determinada hierarquia que dificulta no processo de trabalho. São controlados e vigiados de forma que o

trabalho segue uma linha de mando posta. Reconhecem a dificuldade em trabalhar de forma burocratizada.

Dificuldade eu vejo muitas, a gente tem dificuldade estrutural, a gente tem dificuldade de recursos humanos, entendeu? Então, tem muitas dificuldades. Essa questão mesmo da gente não ter autonomia pra certas decisões, a gente tem que passar por essa hierarquia e isso, as vezes, atrapalha o processo de trabalho, faz com ele seja mais demorado. Então, na verdade, não vejo muita facilidade não. Não to lembrando de nenhuma. (Cristal)

Mas o que mais atrapalha o nosso trabalho é não ter mais autonomia pra decidir algumas coisas, a gente até tinha autonomia de decidir, de transferir o funcionário pra outro lugar que a gente vê que ele tem mais perfil pra esse outro lugar e hoje em dia a gente não pode fazer mais isso, tem que passar pelo RH, porque o RH mexe com pessoas. Isso é ruim, porque como estamos há muito tempo in loco, a gente sabe da particularidade de cada profissional e a gente vem pensando nisso. As vezes o profissional não está bem ali, mas ele ficará melhor em outra equipe, em outro local. (Cristal)

A hierarquia existente nesse organograma se refere às tomadas de decisão. Profissionais do Núcleo de Saúde da Família e das unidades são os que ficam “reféns” das aprovações das instâncias superiores.

Passa da secretaria para a atenção primária, depois para o núcleo e depois unidade. Existe uma hierarquia a seguir, né (Cristal).

Nós não temos tomadas de decisão. Já tivemos esse espaço, mas agora não temos mais, está bem hierárquico. A gente pode até decidir alguma coisa, mas temos que passar pra gerencia da atenção primária e pra superintendência, e, se a superintendência achar conveniente, passa pro secretário. (Cristal)

De acordo com Littike (2012), a hierarquia conota a centralização do poder nas mãos dos que estão em posição mais elevada nesta escala e, além disso, pressupõe dependência do comando para a realização das atividades.

Entretanto, Ametista quando fala sobre os espaços de tomada de decisão dos gestores das unidades de saúde deixa claro que os gestores precisam ter esse espaço, que ainda está aquém do esperado.

Ainda não do jeito que eu gostaria. É claro que ela não é completamente autônoma, se não ficaria um... precisa ter espaço. Por isso que a gente pensa que o gestor local precisa estar empoderado né, precisa ter capacidade de compreender a estratégia saúde da família, a gente sabe

que temos que treinar muito esse gestor, ele precisa saber como funciona, como organiza o processo de trabalho, o que as equipes decidem na organização da agenda, organização das visitas, enfim, acho que tem muito pra avançar (Ametista).

A fala de Ágata demonstra o que já foi exposto acima: cobrança e controle excessivo da gestão, denotando centralização de poder nas mãos de poucos, embora reconheça que esse tipo de conduta desestimula os profissionais que estão na ponta dos serviços.

*...o que eu vejo hoje é uma **desestimulação total** por conta da nova gestão, eles não estão dando prioridade pro servidor, é muita crítica como se os problemas fossem eles. Então assim, hoje eu não vejo, sendo muito sincera. E é uma das coisas que a gente vem tendo mais dificuldade, porque bem ou mal, a unidade andava, a gente tinha aquele 'gás', e a gente tá vendo que as equipes estão desestimuladas, e não é só uma questão salarial mesmo não, é questão de incentivar. É só cobrança... Cobra sem dar. As unidades, como eu te falei, recursos humanos tá muito ruim, e tem o programa mais médicos que tá chovendo médicos, mas não tem auxiliar de enfermagem, não tem ninguém na recepção, não tem quem digite as coisas, entendeu?! Não é o "mais médico" que faz diferença, o que vai fazer são mais auxiliares de enfermagem, mais nutricionistas, mais outras questões. Porque se eu tivesse dentro da unidade de saúde uma equipe mais completa, com assistente social nas unidades, psicólogo, nutricionista, as pessoas iam parar de querer só o médico. Eles querem só o médico principalmente porque eles conhecem só o médico, e eles só vão ao médico quando estão doentes, então, se eles querem um trabalho como o anterior, você perdia esse foco. (Ágata)*

Dessa forma, um gestor que pauta suas ações em uma gestão democrática precisa ser

Mais um maestro do que um general. Mais um coordenador do que um ordenador. Algo entre um analista e um líder. Alguém que lograsse sintetizar um desempenho racional-legal e carismático. A capacidade de exercer certo grau de aglutinação e de coesão. O papel do dirigente: um misto de racionalidade e capacidade de liderança (CAMPOS, 2007, p.163).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao trabalhar com a interface da micropolítica do processo de trabalho, estão envolvidas a subjetividade de cada profissional e gestor. Esse aspecto implica a forma com que as relações são produzidas nesses espaços e determinam o modo de caminhar dos serviços de saúde. Tudo isso fica evidente quando se trata das instituições de saúde e de suas características peculiares sobre a produção do processo de trabalho desses profissionais, considerando o trabalho vivo em ato. Nesse aspecto, uma das limitações da presente pesquisa é que a análise diz respeito a esses gestores no espaço de tempo e contexto em que foi realizado o trabalho de campo. Entretanto, as relações que se dão nesse espaço são comuns às demais instituições de saúde.

De maneira geral, os gestores do presente município carregam uma bagagem de experiências que os permitem articular as demandas e as necessidades que possuem com facilidade. Inclusive, é um ponto que se destacou, junto com a formação acadêmica, como facilitador do trabalho.

Nesse sentido, ao partir da premissa de que o modo de operar no dia a dia é orientado pelas singularidades de cada profissional, assim como pelas vivências, experiências, desejos e afetos, a concepção de gestão de cada profissional ganha a devida importância na produção deste trabalho.

Dessa forma, as observações e as entrevistas deram subsídios suficientes para verificar que a gestão está centrada na lógica tradicional, evidenciada pelas ações burocráticas, centralizadoras e hierárquicas, pautando-se em lógicas tayloristas. Assim, associa-se um cotidiano complexo em que as relações entre os próprios gestores e desses com as equipes retratam relações de poder centralizado e formas de controle que superam a valorização da autonomia dos profissionais de saúde. Importante frisar que a concepção da maior parte dos gestores entrevistados é quanto a uma gestão clássica, a qual, na maioria das vezes, caracteriza-se por ser um centro de controle e vigilância. Tal aspecto foi abordado pelos próprios envolvidos, já que, em seus discursos, consideraram-se responsáveis por “pensar em tudo e em todos”. Isso tem propiciado desautonomização dos sujeitos e ausência da noção de pertencimento da instituição, além da não responsabilização pelos atos de saúde produzidos nos serviços.

Assim, olhar a gestão a partir das “lentes da micropolítica”, permite revelar as tensões que ocorrem e que são próprias desse cotidiano. As tensões relacionais ocorrem, principalmente, nas tomadas de decisão, pois, nesse cotidiano, evidenciamos a ausência de autonomia para tomadas de decisão dentro do organograma burocrático da secretaria. As decisões seguem uma hierarquia fortemente marcada pelas estruturas instituídas. Destacamos que há, na maior parte das vezes, exclusão do trabalhador nos processos decisórios, alienação, bem como supervalorização das ações de supervisão e controle em detrimento das atividades de planejamento das práticas de saúde. É importante frisar que a consequência disso, nessa realidade, é um modo de fazer gestão pautado no “apagar incêndio”, em que as decisões são tomadas de maneiras emergenciais.

O que encontramos nesta pesquisa foi semelhante ao que Cecílio (1999, p. 316) descreveu em pesquisas anteriores:

[...] determinado modo de se pensar a gestão dos serviços de saúde, em particular do hospital, de recorte democrático, descentralizado, com ênfase na autonomia, direção colegiada em todos os níveis da organização (Campos, 1992; Cecilio, 1994) é, paradoxalmente, visto como controlista por esses mesmos trabalhadores, para quem se supunha estar garantindo uma maior participação da gestão

Isso porque as linhas de mando e poder permanecem na imagem dos gestores, questão acerca da qual Foucault (2013) faz uma interessante análise: de acordo com ele, o poder não está localizado nas estruturas, mas sim nos microespaços cotidianos, de forma que

[...] uma das primeiras coisas a compreender é que o poder não está localizado no aparelho de Estado e que nada mudará na sociedade se os mecanismos de poder que funcionam fora, abaixo, ao lado dos aparelhos de Estado, em um nível muito mais elementar, cotidiano, não forem modificados (p. 240).

Dentro desse contexto, apreendemos um cotidiano dos gestores marcado pela necessidade desse pensar em toda equipe, prover e determinar os caminhos a serem percorridos pelas equipes da “ponta”. Isso ficou claro quanto à percepção de cada um sobre o que era a gestão em saúde, visto que, para eles, gestão em saúde é fazer administração dos recursos, inclusive os “recursos humanos”, além de serviços de

saúde. Assim, apesar de um dos três gestores afirmar que pauta sua carreira em uma gestão democrática, outra realidade foi encontrada a partir dos discursos e da observação direta.

Entende-se que as estruturas desenhadas na secretaria não valorizam a participação dos profissionais nos processos decisórios e, por isso, os gestores assumem o seu papel como o centro da equipe, ou seja, o único com capacidade para definir os caminhos dessa. Fica evidente que os profissionais ainda são vistos como um recurso necessário à instituição, sem ainda ser considerado como um sujeito com desejos, vontades e projetos próprios.

Além disso, as decisões oriundas da secretaria municipal são postas às equipes a partir do colegiado gestor e do apoio institucional. O núcleo de ESF tem um claro papel de controle no dia a dia das unidades, uma vez que são responsáveis por levar o que é instituído pela secretaria.

Portanto, observa-se que as relações de poder estão presentes em todos os espaços: nos discursos, no agir cotidiano e no instituído. Nesse sentido, visto que, de acordo com Foucault (2004, 2006, 2013), o poder só existe em ato e pode ser percebido pelo modo de ação de uns sobre os outros, as relações de poder que permeiam o cotidiano desses serviços de saúde são pautadas no controle. Os atos de controle ficaram evidentes: a “chamadinha” que Cristal dá nas equipes que não cumprem as metas, o controle no acesso às informações de Topázio, a presença dos apoiadores nas reuniões na unidade, com a função de levar até as equipes as “ideias de dentro da secretaria” e as linhas de mando verticais que se estabelecem.

Quanto a esse aspecto, os espaços de tensão que são produzidos são resultantes do encontro de diversas vontades, saberes, além do encontro dessas com as normas instituídas. Esse cenário é marcado por disputas das diferentes forças presentes no modo de produzir saúde (FRANCO, MERHY, 2013b). É um agir cotidiano marcado por convivência das normas e do autogoverno exercido pelos profissionais de saúde.

Os encontros produzidos estão em constante produção, dando conformação ao desenho institucional desse serviço. Transitar no terreno da gestão é também

considerar as disputas que acontecem, principalmente quando há o exercício da tomada de decisão.

Assim, as disputas de espaços entre os setores da atenção básica, entre o núcleo de ESF e entre a coordenação da unidade de saúde da família são evidentes. O papel dos profissionais do núcleo de ESF é questionado pela coordenação da unidade, de forma que deixa claro o incômodo sobre as interferências no cotidiano. É visto como uma estrutura dentro da secretaria que tem como função controlar e padronizar o trabalho em saúde. Ainda nesse contexto, há uma clara relação de conflito entre o setor de Atenção Básica e o Núcleo.

A figura dos gestores é presente a todo o momento no dia a dia. O fluxo das decisões segue em linhas verticais de mando, sendo as intervenções feitas a partir do colegiado gestor e dos apoiadores institucionais. Dessa forma, os gestores que possuem cargos mais altos são responsáveis por decidir e planejar a execução das ações, evidenciando um distanciamento entre o que é posto e a realidade de cada profissional de saúde.

A partir dos discursos dos gestores, apreende-se que esse tipo de gestão causa desestimulação para os profissionais. Formas burocratizadas de fazer gestão são responsáveis pelo empobrecimento das ações de cuidado dos diferentes profissionais, que, por sua vez, são considerados ainda como recurso próprio da instituição.

É importante salientar que se verificou, nesse mesmo cenário, perspectivas de mudanças nessa forma de conduzir a gestão no município, a partir de iniciativas como o colegiado gestor e o apoio institucional. Entretanto, é preciso que esses espaços sejam mais abertos aos saberes dos profissionais e usuários com vistas a uma gestão, de fato, compartilhada. Entende-se, ainda, que os diversos profissionais, cada um com seus saberes específicos e projetos pessoais, direcionam as ações de saúde cotidianas de acordo com “sua vontade”. Nesse sentido, no plano da micropolítica, o trabalhador tem liberdade para governar seu próprio processo de trabalho ou mesmo para se deixar capturar pela burocratização das normativas. Visto isso, a gestão tem como desafio influenciar a sua prática para que esse profissional se envolva com a

produção do cuidado, como se fosse um projeto do próprio sujeito, inscrito na subjetividade de cada um (FRANCO, 2013b).

[...] uma organização qualquer não se movimenta apenas pelo comando das leis que tentam reger o seu funcionamento. Ela se desloca e entra em atividade com base no rico e poderoso processo de atividade dos próprios sujeitos que se encontram na base produtiva do cuidado. (FRANCO; MERHY, 2013a, p. 347)

Por conseguinte, entende-se a necessidade de rever as estruturas de poder no interior das instituições de saúde, visto que são as relações do cotidiano que determinam o caminhar da gestão, assim como são elas que fazem uma gestão realmente compartilhada. Entendemos que processos de planejamento, avaliação e monitoramento são necessários à gestão, entretanto, é possível que se faça dentro de uma proposta de gestão participativa, com potencial produtivo e de valorização do profissional.

A partir dos discursos apresentados, observamos a presença de instrumentos capazes de propiciar esses espaços de gestão, entretanto, são necessárias alterações no sentido de promover autonomia dos próprios gestores, inclusão de práticas de valorização profissional, inclusão do profissional e dos gestores como responsáveis pela produção de práticas de saúde.

Encontrar um caminho que concilie as formas de controle e autonomia, normas institucionais e autogoverno, assim como espaços democráticos de compartilhamento de poder é um desafio aos gestores do SUS. Nesse sentido, é preciso um cotidiano de gestão capaz de incluir os projetos pessoais dos trabalhadores aos interesses das instituições.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M; BARRETO, I.C.H.C; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JR, M.; CARVALHO, Y.M.C (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p.783-836.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Ranking do IDH dos Municípios do Brasil 2003**. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em: < http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH_Municipios_Brasil_2000.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Ranking2003 >. Acesso em: 20 jun. 2013.

BARROS, M.E.B.; BENEVIDES DE BARROS, R. Da dor ao prazer no trabalho. In: BARROS, M.E.B.; SANTOS, S.B. (Orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer – protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Porto Alegre: Unijuí, 2007. p.61-72

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da política nacional de humanização: gestão participativa e co-gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: MS, 1997.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, n.204, seção 1, PT 1, p.55, 24 out. 2011.

BONI, V.; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, V. 2, n. 1, p. 68-80, jan./jul. 2005.

CAMPOS, G.W.S. A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde. In: CAMPOS, G.V.S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 107-127.

_____. Paidéia e a gestão: indicações metodológicas sobre o apoio. In: CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p 85-102.

_____. **Reforma da Reforma**. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E., ONOKO, R. organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.229-66.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: método da roda**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G.V.S; ONOCKO CAMPOS, R.T. Gestão em saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>. Acesso em: 4 set. 2013.

CECCIM, R.B. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção de saúde”: desafios para a organização. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **A construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 161-180.

CECILIO, L.C.O. **Autonomia versus controle dos trabalhadores**: a gestão do poder no hospital. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 4, n. 2, p. 315-329. 1999.

_____. **Colegiados de gestão em serviços de saúde**: um estudo empírico. *Cad. Saúde Pública*. Vol. 26, n. 3. Pp 557-566. 2010.

_____. **É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde?** *Cad. Saúde Pública* [online], v. 21, n. 2, p. 508-516. 2005.

CECILIO, L.C.O, MENDES, T.C. **Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores**: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? *Saúde e sociedade*, vol.13, n.2, p. 39-55, Mai.-Ago. 2004.

ESCOREL et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 21, n.2. 2007.

FERNANDES, F.M.B. Considerações Metodológicas sobre a Técnica da Observação Participante. In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 2011. p.262-274. Disponível em: < <http://www.ims.uerj.br/ccaps/wp-content/uploads/2011/10/LivroCompleto-versao-online.pdf>>. Acesso em: 10 Jan. 2014.

FERREIRA, V.L. **As múltiplas faces da gestão**: a prática gerencial nos serviços de saúde de Piraí. 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

FERIGATO, S.H; CARVALHO, S.R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface** (Botucatu), vol.15, n.38, p. 663-676. 2011.

FEUERWERKER, L. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde**: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface- Comunic Saúde Educ*, v. 9, n. 18, p. 489–506, 2005.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, T.B. MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013a. p. 226-242.

_____. O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: FRANCO, T.B. MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec. 2013b. p. 243-251.

_____. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do SUS. In: FRANCO, T.B. MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec. 2013c, p. 183-198.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde**. Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 6, n. 2. abr. 2012. Disponível em: < <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>> Acesso em: 03 ago. 2013.

_____. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. In: FRANCO, T.B. MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec. 2013a. p. 338-361.

_____. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: FRANCO, T.B. MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec. 2013b. p. 151-171.

_____. Programa Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E et al. **O Trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007a.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 26. ed. São Paulo: Graal: Paz e Terra, 2013. 295 p.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 32. ed. Petrópolis - RJ: Vozes, 2006. 262 p.

FOUCAULT, Michel. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: _____. **Ditos e escritos**: ética, sexualidade, política. v.5. Rio de Janeiro: Forense Univesitária, 2004. p. 264-287.

_____. O sujeito e o poder. In: P Rabinow & H Dreyfus. **Foucault uma Trajetória Filosófica**: para Além do Estruturalismo e da Hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense, 1995.

GALAVOTE, H.S, et al. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. **Interface** (Botucatu) [online], v.17, n.46, p. 575-586. 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/2013nahead/aop2213.pdf>>. Acesso em: 16 Jan. 2014.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 2, p. 129-153, 1990.

GUIZARDI, F.L.; CAVALCANTI, F.O. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1245-1265. 2010.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estados**. 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=es> >. Acesso em: 20 fev. 2013.

KIRST, P.G. et al. Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: FONSECA, T. M.G.; KIRST, P.G. (Orgs.). **Cartografias e devires**: a construção do presente. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

LIMA, R.C.D. **A enfermeira**: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Vitória: EDUFES, 2001.

LIMA, R.C.D. et al. **O processo de cuidar na enfermagem**: mudanças e tendências no mundo de trabalho. Cogitare Enferm. v. 2, n.10 p. 63-67. 2005. Disponível em:< <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/5015/3791> > Acesso em: 25 ago. 2013.

LIMA, R.C.D et al. Abordagens Gerenciais em Saúde. In: **Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, 2012, Porto Alegre. Mesa Redonda; Abordagens gerenciais em saúde, 17 nov. 2012.

LIMA, M.A.D.S et al. **A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa de enfermagem**. Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 20, n. especial, p. 130-142. 1999. Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23461> > Acesso em: 10 jun. 2013.

LITTIKE, D. **Improvizando a gestão por meio da gestão do imprevisto**: o processo de trabalho dos gestores de um hospital universitário Federal. 2012. 182f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 26. ed. São Paulo: Graal: Paz e Terra, 2013. 295 p.

MAIRESSE, D. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: FONSECA, T. M.G.; KIRST, P.G. (Orgs.). **Cartografias e devires**: a construção do presente. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

MATTA, G.C.; FAUSTO, M.C.R. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.43-76.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: In: FRANCO, T.B. MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec. 2013. p. 19-67.

_____. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: TEIXEIRA SMF. **Democracia e saúde a luta do Cebes**. Lemos. 1997. 324p.

_____. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In GALLO, E. (Org.) **Razão e Planejamento: Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ ABRASCO, 1995. p. 117-149.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo. 10.^a ed. HUCITEC, 2007.

MISHIMA, S.M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde – o caso do Programa de Saúde da Família**. 2003. Tese de Livre docência – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

ONOCKO CAMPOS, R.T. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 122-149.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://www.mp.ro.gov.br/c/document_library/get_file?p_l_id=42536&folderId=42469&name=DLFE-32330.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2013.

PAIM, J. S. Planejamento de saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. (org.) et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2006.

PIMENTA, A.L. **Saúde de amparo: a construção de espaços coletivos de gestão**. Doutorado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 337 fls., 2006. Disponível em: < <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/outros-02.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2013.

ROMAGNOLI, R.C. **A cartografia e a relação pesquisa e vida**. *Psicol. Soc.* [online]. v.21, n.2, p. 166-173. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822009000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jun. 2013.

SANT'ANNA, V. Gestão. In: DI GIOVANNI, G., NOGUEIRA, M.A. (Org.). **Dicionário de Políticas Públicas**. Fundap. São Paulo, 2013. Disponível em: < <http://dicionario.fundap.sp.gov.br/>>. Acesso em: 9 Out 2013.

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO. **Anuário municipal de dados: Serra em números**. 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde: 2010-2013**. 2010. Disponível em:

<http://www.serra.es.gov.br/sesa/plano_municipal_de_saude_da_serra_2010_2013>
Acesso em: 28 jun 2013.

SILVA, A.L.A. **Produção de subjetividade e gestão em saúde:** cartografias da gerência (Tese). Campinas, SP: [s.n.], 2004. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000353783>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

SILVEIRA FILHO, A.D. O SUS e a saúde da família. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da família:** panorama, avaliação e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2005.

SOLLA, J. **Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS:** avaliação da implantação do Sistema Municipal em Vitória da Conquista (Bahia), 1997-2008. São Paulo: Hucitec, 2010.

TEIXEIRA; C.F; SOLLA, J.P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: **Modelo de atenção à saúde:** promoção, vigilância e saúde da família. Teixeira CF, Solla JP. Salvador: Edufba; 2006. 236 p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E.R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde:** definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev. Saúde Pública, v.39. n. 3. p. 507-514. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000300025&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jan. 2013.

VANDERLEI, M.I.G. **O Gerenciamento na Estratégia da Saúde da Família:** o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do Estado do Maranhão. Tese de Doutorado. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; 2005.

VANDERLEI, M.I.G.; ALMEIDA, M.C.P. **A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-453, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200021>. Acesso em: 27 jan. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário de Identificação

AS RELAÇÕES PRODUZIDAS NO COTIDIANO DA GESTÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NUM DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE VITÓRIA: OS DISCURSOS DOS GESTORES

FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

1. Sexo: feminino masculino 2. Idade: _____ anos

3. Formação Profissional: _____ 4. Ano de graduação: _____

5. Pós-graduação:

Residência em: _____

Especialização em: _____

Mestrado em: _____

Doutorado em: _____

6. Cargo atual: _____ 7. Tempo no cargo: _____

8. Jornada de trabalho semanal: _____ 9. Salário bruto: _____

10. Procedimentos utilizados para ingresso no cargo: (aceita mais de uma resposta)

Concurso público

Indicação política

Análise de currículo

Entrevista

Outro. Especifique: _____

11. Vínculo de trabalho:

Estatutário

Celetista (CLT)

Comissionado

Outro. Especifique: _____

12. Experiência anterior em Saúde da Família:

Cargo	Local	Tipo de vínculo	Duração

13. Experiência anterior em Gestão:

Cargo	Local	Tipo de vínculo	Duração

14. Você já realizou algum curso sobre Saúde da Família? Se sim, qual?

15. Você já realizou algum curso na área de Gestão em Saúde? Se sim, qual?

16. Desde que assumiu o cargo, foram ofertados a você cursos de capacitação? Se sim, quais foram e por qual esfera de governo foi ofertado (União, Estado ou Município)?


APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

AS RELAÇÕES PRODUZIDAS NO COTIDIANO DA GESTÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NUM DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE VITÓRIA: OS DISCURSOS DOS GESTORES

- Você pode descrever como foi o seu trajeto até o cargo de gestão? (como você se constituiu gestor?)
 - Qual a sua concepção de gestão?
1. Fale sobre o seu dia-a-dia de trabalho ocupando o cargo de gestão neste município.
 - Como é a articulação da equipe com as coordenações (atenção básica e saúde da família) e com a secretaria municipal?
 - A partir da definição da política municipal, como essas definições chegam até o serviço (ponta)? Descreva o itinerário.
 - Qual o fluxo de tomada de decisão? Como as informações saem da Secretaria Municipal e chegam até os profissionais de saúde?
 2. Em sua opinião, quais são as principais facilidades vividas por você na gestão do trabalho, no contexto específico da ESF? Explique. E quais são as dificuldades?
 3. Que tipos de suporte você, como gestor, tem recebido do Ministério da Saúde, da Secretaria do Estado da Saúde e de outros setores da Administração Municipal, para o enfrentamento das dificuldades citadas?
 4. Para você, quais iniciativas implantadas no município apresentam o potencial de tornar os trabalhadores das equipes mais comprometidos na construção da ESF?
 5. Apontando experiências vividas no município, como você avaliaria a sua relação com as equipes de Saúde da Família?
 6. Como você avalia a sua participação, enquanto gestor, na implementação de ações voltados para a gestão do trabalho da ESF?
 7. Fale sobre o processo de planejamento e avaliação das ações. Quais os parâmetros utilizados?
 8. Existe mais alguma questão que você, como gestor, julga importante acrescentar?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento de Realização de Pesquisa

PREFEITURA MUNICIPAL
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Folha Nº 47
Processo Nº 72917/2013
Rubrica: 

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA

Título do projeto: CIRCULAÇÃO DE PODERES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NUM DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE VITÓRIA: OS DISCURSOS DOS GESTORES.

Instituição proponente: Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Pesquisador Responsável: Amanda Del Caro Sulti

Eu, _____, Secretário Municipal de Saúde _____ ES, declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa científica intitulada “Circulação de Poderes na Estratégia Saúde da Família Num dos Municípios da Grande Vitória: Os Discursos dos Gestores”, a ser desenvolvido na Prefeitura da _____/Secretaria de Saúde, bem como conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96.

Com base no parecer nº 363.867 emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da UFES em 28/08/2013 aprovando a Pesquisa, a Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos - GDRH/SRH/SESA emitirá o documento oficial de “Apresentação de Pesquisador ao Campo”, liberando o início da coleta de dados junto aos coordenadores Municipais da Estratégia Saúde da Família, de Atenção Básica; e um Coordenador de Unidade de Saúde da Família ser escolhido por sorteio aleatório.

, 11 de setembro de 2013.



SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

SESA - SECRETARIA DE SAÚDE

Observação: Neste documento foram retirados todos os campos que, de alguma forma, identificasse o município estudado.

APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “**As relações produzidas no cotidiano da gestão na Estratégia Saúde da Família num dos municípios da região metropolitana da grande vitória: os discursos dos gestores**”.

A pesquisa tem como objetivos: analisar os processos de trabalho dos gestores na Estratégia Saúde da Família no município, analisar as instâncias de poder perpassadas na produção do processo de trabalho dos gestores e identificar os fluxos de tomada de decisão na gestão da Estratégia Saúde da Família neste município.

Você participará de uma entrevista sobre o tema de interesse, que será gravada a partir da assinatura desta autorização. Serão garantidos o sigilo e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes e não haverá forma de identificar qualquer um dos participantes. Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas.

Durante sua participação, você poderá se recusar em responder a qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento. Além disso, você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.

A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio para isso, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação, de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

Não se tem em vista que a sua participação poderá envolver riscos ou desconfortos, sendo que os benefícios previstos da pesquisa envolvem a ampliação dos conhecimentos sobre a gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo.

Você receberá uma cópia deste termo de consentimento onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, telefonando a cobrar para os telefones abaixo. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa/UFES.

Confirmo ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

_____, _____ de _____ de _____.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Amanda Del Caro Sulti**Amanda Del Caro Sulti**

Pesquisadora Responsável
Aluna do Mestrado em Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Av. Marechal Campos, 1468
Maruípe - Vitória/ES - CEP 29.040-090
Telefone/Fax: (27) 3325-7602 - (27) 9734-1522
E-mail: amandasulti_@hotmail.com
ppgasc@npd.ufes.br
Endereço eletrônico: <http://www.ufes.br/ppgasc/>

Comitê de Ética em Pesquisa/UFES

Av. Marechal Campos, 1468
Maruípe - Vitória/ES - CEP 29.040-090
Telefone: (27) 3335-7211
E-mail: cep@ccs.ufes.br - cep.ufes@hotmail.com
Endereço eletrônico: <http://www.ccs.ufes.br/cep/>