

**Management of the Family
Health Strategy Program:
opportunities and challenges**

**| O agir cotidiano dos gestores
da Estratégia Saúde da Família:
possibilidades e desafios**

ABSTRACT | Introduction: *Governance in Healthcare has recently emerged as a key issue in the context of implementing a managerial public administration model in the Brazilian National Health System (SUS).*
Objective: *To analyze management practices in the Family Health Strategy Program in a municipality in the state of Espírito Santo, Brazil.*
Methods: *This is an exploratory-descriptive study with a qualitative approach. Data were collected through semi-structured interviews with health managers of this municipality.*
Results: *The data gathered from the interviews emphasized an ongoing re-organization of the management, with a focus on devising strategies to change current practices. The decision-making process shows an isolated management style in transition to a more collaborative model.*
Conclusion: *Managers' experiences indicate how much their current management style conflicts with newer and more collaborative governance practices.*

Keywords | *Family Health Strategy; Health management; Governance.*

RESUMO | Introdução: A temática da gestão entrou em cena na área da saúde em decorrência das tentativas de implementação do modelo de administração pública gerencial no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Objetivo:** analisar prática da gestão na Estratégia Saúde da Família em um município do estado do Espírito Santo, Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com gestores da saúde desse município. **Resultados:** Os discursos revelam a organização da gestão, com ênfase na construção de dispositivos de mudança de práticas. O processo de tomada de decisão configura uma gestão solitária em transição para um modelo de cogestão. **Conclusão:** As experiências dos gestores indicam o quanto suas modalidades de prática de gestão encontram-se na encruzilhada entre vários planos de constituição.

Palavras-chave | Estratégia Saúde da Família; Gestão em saúde; Administração de serviços de saúde.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A temática da gestão entrou em cena na área da saúde em decorrência das tentativas de implementação do modelo de administração pública gerencial, no contexto da reforma do Estado, e também por seu reconhecimento pelo Movimento Sanitário como fator estratégico na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), criando novas necessidades para o desenvolvimento de tecnologias de gestão em saúde.

Campos¹ se refere à gestão como o ato de governar pessoas, organizações e instituições, tendo uma dimensão política no sentido que existe exercício do poder no ato de dirigir as pessoas.

Segundo Merhy², “nos serviços de saúde, o trabalho vivo em ato, produtor de bens finais, intervém permanentemente na dupla dimensão (dobra) da gestão: é ação sobre o processo de definição micropolítico da política e é ação operadora da produção de bens”. Além de operar sobre essa dobra, a gestão em saúde tem como desafios: superar o modelo tradicional centrado em aspectos financeiros e de administração de material; desenvolver linhas teóricas que possibilitem um olhar diferenciado para as especificidades nesse campo; superar o reducionismo na atenção à saúde e, por fim, criar práticas democráticas na dinâmica gerencial.

O campo de atuação da gestão em saúde pode representar um desafio para a qualificação da assistência em saúde devido às práticas pautadas no corporativismo, apatia burocrática, fragilidade da relação entre profissionais/usuários, clientelismo político, corrupção, baixa governabilidade, incapacidade gerencial, baixa qualidade de serviços, entre outros³.

Desse modo, a gestão dos serviços públicos de saúde, associada à qualidade e integralidade do cuidado, tem se constituído como “um dos principais desafios da Reforma Sanitária Brasileira” na expectativa de alcançar um impacto positivo na dinâmica do funcionamento organizacional e de qualidade dos serviços de saúde almejados³. Para Campos, a gestão tem o potencial de criar dependência ou ampliar a capacidade de análise, por se tratar de um dispositivo capaz de alterar padrões de subjetividade, sendo um processo de construção deliberada de modos de ser, com importante grau de autonomia.

Os próprios gestores, na difícil posição de governar, cumprem uma espécie de função de passagem e articulação

entre as questões de governo e os interesses dos vários grupos de trabalhadores e medeiam e favorecem o fortalecimento do laço social, propiciando governabilidade e autonomia às equipes, construindo novos sentidos ao trabalho e novos imaginários na organização.

A situação da degradação das condições de trabalho e a deficiência da maioria dos serviços públicos de saúde impõem uma crise que transpõe o campo gerencial e assistencial, emergindo em uma crise de sentido. Esse cenário minimiza possibilidades da relação de vínculo e pertencimento dos profissionais que exercem cargo de liderança e gerenciamento.

Azevedo³ retrata o potencial dos dispositivos coletivos na mudança dos processos de gestão, ao propiciarem uma construção subjetiva – processos identificatórios, novas simbolizações no trabalho nos serviços de saúde e construção de novos vínculos –, favorecendo a ligação entre os membros do grupo. Ao criar espaços para a problematização da “atividade da gestão e a gestão da atividade”, o gestor aumenta o grau de autonomia nos processos de pensar-fazer seu trabalho e implica “sustentar a indissociabilidade entre atenção e gestão”.

Para Campos⁴, o modo de gerenciar a saúde deve considerar o SUS como fator estratégico à reforma sanitária, desde que o entendamos como instrumento de exercício de poder democrático. Nesse sentido, poder-se-ia utilizá-lo como estímulo à criatividade com o objetivo de formar sujeitos que transformem a realidade atual, garantindo o acesso à saúde e às tecnologias que auxiliam a humanidade a ter uma vida mais saudável.

A mudança nas práticas de saúde é uma tarefa que vai além das soluções micropolíticas (melhoria das condições e dos processos de trabalho). É necessário reconhecer e compreender os processos intersubjetivos do trabalho gerencial e suas consequências na vida e na qualidade do cuidado, fortalecer dispositivos e processos de gestão e organização e reconhecer os gestores em sua própria subjetividade, identificando o sofrimento e o prazer, os vínculos afetivos que os ligam ao trabalho e o sentido desse em suas vidas³.

A gestão no escopo da Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta desafios que estão relacionados à organização do trabalho em saúde e aos territórios de poder e legitimidade, reconhecendo que todos os trabalhadores da saúde são

gestores do seu próprio trabalho e estão em contato permanente com trabalhadores que ocupam cargos da alta direção do governo, representados pelos secretários de saúde e coordenadores de áreas estratégicas que tangenciam o saber fazer dos trabalhadores operantes. A gestão neste contexto é atravessada a todo o momento pelo poder institucionalizado da gestão municipal e está atrelada a constituição do modelo da ESF que apresenta o quadrilátero contextual representado pelos eixos: político, com a fisiologia política centrada no clientelismo e partidarismo que influenciam a organização administrativa da ESF e a prática de normatização dos atos em saúde; econômico, representado pela falta de autonomia do gestor na gerência dos recursos do território, com centralização do orçamento na secretaria municipal de saúde; cultural, que envolve a desarticulação de intencionalidades entre a comunidade e os dirigentes, e ideológico, centrado na produção social e expresso na conformação do conceito histórico-coletivo que não leva em consideração a produção micro-histórica dos sujeitos.

Os gestores (federais, estaduais e municipais) do SUS cumprem um papel decisivo na conformação das práticas de saúde por meio das políticas e dos mecanismos de financiamento, mas não governam sozinhos. Matus¹ afirma que todos são agentes da organização e alguns estão em posição de alta direção e que a verdadeira organização é definida pelo conjunto de ações governamentais que todos fazem no dia a dia, ou seja, planeja (governa) quem faz.

Assim, o objetivo deste estudo é analisar a prática da gestão no contexto da ESF em um município do estado do Espírito Santo, buscando compreender as múltiplas e complexas dimensões que orientam essa prática. Essa investigação tem como um de seus eixos o estudo do processo de trabalho dos gestores e os caminhos de construção de suas identidades profissionais.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Para a coleta dos dados, a técnica de investigação escolhida foi a entrevista semiestruturada, procedimento que permite obter informações contidas na fala dos atores por meio de fatos relatados conforme a realidade vivenciada.

A coleta de dados foi realizada no ano de 2014, por intermédio de entrevista individual com os gestores, em seus locais de trabalho, com a utilização de um formulário de identificação e um roteiro de entrevista semiestruturado que permitiu uma comunicação eficaz, o que facilitou o início, a ampliação e a imersão no processo de comunicação¹¹. As entrevistas foram estruturadas em torno de dois eixos temáticos: a trajetória profissional e a prática de gestão atual. Foram entrevistados três gestores da ESF no município de escolha, sendo eles: secretário municipal de saúde, coordenador municipal da ESF e coordenador de uma Unidade de Saúde da Família.

As entrevistas foram realizadas individualmente, no próprio local de trabalho dos respectivos profissionais, com duração necessária ao cumprimento de todos os itens do roteiro. A gravação das entrevistas foi realizada, após o consentimento dos entrevistados, sendo transcritas posteriormente obedecendo rigorosamente à estrutura das falas dos sujeitos, de modo a preservar a fidedignidade dos depoimentos. Foram efetuadas anotações sobre a aproximação ao campo e aos participantes, bem como o que o gravador não pôde captar, deixando a cargo dos olhos e da mente o importante registro dessas informações, como as expressões de silêncio e a linguagem corporal.

A identidade dos gestores foi preservada e o eles foram mencionados por meio de letras – A, B e C –, procurando-se, desse modo, garantir o anonimato dos entrevistados.

As entrevistas foram transcritas, e o conteúdo produzido foi analisado a partir da análise do discurso, que tem por fundamento interpretar o processo de produção e interpretação do discurso, que é unificado por meio de um texto para fins de análise¹¹.

O critério de escolha do município, cenário do estudo, foi ser um município de pequeno porte com menos de 50 mil habitantes e ter a proposição pela esfera municipal, a partir da mudança de governo em 2012, do estabelecimento de novas práticas e definição de estratégias de mudança do modelo assistencial, com enfoque na Atenção Primária em Saúde.

O estudo foi realizado com base na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. 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), sendo aprovado com o número de parecer:

363867 de 19/08/2013. Todos os procedimentos éticos foram rigorosamente respeitados, e os sujeitos manifestaram a anuência da sua participação por intermédio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Considerando a formação profissional dos gestores, todos possuíam curso superior na área da saúde: farmacêutico, enfermeiro e cirurgião-dentista. Quanto à faixa etária, possuíam idades entre 30 e 43 anos e, em média, sete anos de trabalho na Atenção Primária à Saúde. A faixa salarial predominante foi acima de cinco salários mínimos, e a carga horária de trabalho foi de 40 horas semanais. Dos três gestores entrevistados, dois já haviam exercido cargo de gestão em outros municípios.

A maioria dos gestores encontra-se na faixa etária acima de 30 anos, o que sugere, de acordo com Rosso¹², que tenham certa maturidade e experiência acumulada em serviços de saúde. Consideramos que esse fato influencia positivamente no desenvolvimento das atividades gerenciais.

No início da carreira, encontramos nas histórias profissionais, os entrevistados buscando a inserção no mercado de trabalho, realizando cursos, especializações e conquistando os primeiros vínculos empregatícios:

[...] Mas, antes mesmo de trabalhar no SUS, já busquei realizar cursos relacionados, como a Especialização em Saúde da Família, foi antes de me inserir no mercado de trabalho, foi uma área que me interessei desde a época da faculdade” (Gestor A).

Eu comecei não foi no cargo de gestão inicialmente e depois de três meses de trabalho eu fui convidada para o cargo (Gestor B).

A inserção profissional prévia de grande parte dos entrevistados na ESF traduz a posição central que ocupa essa estratégia como modelo de atenção à saúde. Durante a década de 1990, o Ministério da Saúde fortaleceu as ações de caráter preventivo, com investimentos em programas de ações básicas como parte da estratégia de reorganização do próprio modelo de atenção, especialmente a promoção à saúde.

O Saúde da Família tem uma lógica diferenciada, tem salário diferenciado, tem investimento diferenciado, então isso gera um

desafio com as outras pessoas que não trabalham com a Saúde da Família (Gestor C).

A contingência marca essas trajetórias que se constituem em um contexto em que não existe carreira nem qualquer exigência quanto à formação profissional específica para o cargo de gestão.

[...] na verdade isso foi um desafio para mim, era uma área em que eu não tinha experiência (Gestor A).

O gestor vivencia o despreparo técnico para o exercício do cargo, que, em sua totalidade, representa um cargo comissionado, definido mediante critérios individuais do prefeito ou secretário de saúde e a alta rotatividade desses profissionais dificulta o andamento do planejamento em gestão, a formação de vínculo com os demais profissionais e o conhecimento sobre a organização da rede de atenção à saúde do município.

É difícil a gente ter gestão, hoje, na maioria dos municípios, porque as pessoas são comissionadas[...]. Muitas vezes deixamos de fazer por não termos os técnicos. E há uma insuficiência de técnicos que tenham condições, na saúde da família, na vigilância, em todas as áreas da saúde, disponíveis no mercado. Os salários são muito baixos, isso dificulta bastante a contratação de técnicos (Gestor C).

Os discursos revelam que a demonstração de compromisso por parte do trabalhador representa um requisito para a inserção nos cargos gerenciais em saúde, no entanto, a indefinição de requisitos estabelecidos para o exercício do cargo expõe uma situação vivenciada nos serviços de saúde na qual o trabalhador é absorvido em decorrência da ausência de outros candidatos e por não ter um conhecimento prévio da real situação de trabalho.

[...] pela análise do meu currículo e pelo meu interesse e esforço junto a [...], recebi o convite do Secretário de Saúde a assumir a coordenação, na verdade isso foi um desafio para mim, era uma área em que eu não tinha experiência (Gestor A).

Sempre gostei de trabalhar na ponta, mas acabei, por falta de gestores e por ter algum conhecimento dentro do SUS, fui indo para esse lado, acabei gostando, e a situação do dia a dia foi me levando ao cargo que estou hoje (Gestor C).

A vivência relativa ao processo de saída da função de gestão é apontada nos discursos e envolve os processos de exoneração,

crises financeiras e políticas e mudança de gestão – prefeito. Experenciam a não completude do trabalho iniciado e a instabilidade no cargo, já que podem ser destituídos da função a critério da administração municipal. As entradas e saídas do cargo evidenciam as influências e relações de poder que atravessam a gestão pública e expressam o poder externo a que estão submetidos e que se manifesta em nomeações e exonerações. A gestão pública mostra-se atravessada por interferências políticas, pelas relações pessoais, pela proximidade a secretários, pelo reconhecimento interno, expressando, enfim, o sistema de influências presentes.

[...] as pessoas são comissionadas, indicação política, então isso dificulta um pouco (Gestor C).

Merhy¹³ reconhece essas interferências políticas como forças políticas hegemônicas mais bem estruturadas histórica e socialmente e que criam na arena das organizações de saúde a construção de múltiplos projetos tecnoassistenciais em espaços de instabilidades e incertezas.

No que se refere à concepção de gestão, os entrevistados conceituam a gestão, no sentido de “ser descentralizada” (Gestor C), de interesse coletivo, “nunca de forma ditatorial” (Gestor B) e como “fonte de coalizão da equipe” (Gestor A).

Creio que gestão seja a liderança exercida de forma organizada e como fonte de coalizão da equipe, nunca como forma ditatorial, onde somente um manda e os outros obedecem. O gestor deve mobilizar e comprometer seus funcionários na organização e produção do serviço (Gestor A).

Hoje eu aprendi a gostar de trabalhar como gestor, porque, como gestor, você consegue atingir um número maior de pessoas, pra ajudar, pra poder ter as ações. Então, dentro do que eu vejo hoje a minha concepção, é que dentro da experiência que eu tenho hoje, 17 anos de SUS, por ter sido usuário do SUS, por ter sido profissional do SUS, hoje estar na gestão me dá uma bagagem boa pra poder trabalhar no dia a dia (Gestor C).

Compreender o sentido que perpassa essas concepções é também compreender a prática de gestão, o contexto que está inserido, a subjetividade de cada gestor e o modo de operar suas ações cotidianas, construída por meio de suas experiências pessoais e vivências no serviço de saúde. Essas ações são expressas por necessidades, desejos e afetos, de forma que imprime um modo único de operar no cotidiano de trabalho¹.

Campos¹ denomina essa forma de gestão como gestão compartilhada, ou cogestão. Cogestão é fazer o coletivo na gestão, é fazer com que existam espaços de compartilhamento das decisões. Esse conceito parte do princípio de que as lógicas que definem o serviço sejam diferentes daquelas estruturadas em linhas verticais de comando e hierarquização. Assim, a operacionalização da cogestão deve ir além do espaço do gabinete do secretário de saúde; precisa estar presente no cotidiano dos serviços e chegar aos usuários.

O processo de tomada de decisão é explicitado pelos gestores como um acontecimento unidirecional e vertical.

Secretário Saúde – Coordenação APS – Coordenadores de Unidade e Estratégias. A gente tenta manter esse fluxo até pra poder interagir diretamente com os coordenadores de unidade, eles estarem próximos, inseridos no cotidiano de suas Unidades respectivas, pra não ser só aquela história assim: só vai no dia da reunião; não, ele tá ativo dentro dessas unidades (Gestor B).

Com base no relatório anual de gestão de 2013 e nos discursos, é possível perceber que a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde do município em estudo é orientada pela verticalização e hierarquização, sendo expressa em um organograma municipal, que define a distribuição dos cargos em níveis hierárquicos. Operar a gestão, conforme organograma do próprio município remete a uma visão do gestor como nível máximo, detentor do controle, das decisões, que são apenas repassadas aos níveis mais baixos, colocando o gestor como o centro e como o provedor¹. Podemos encontrar na literatura esse tipo de gestão 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 tarefas¹.

De acordo com Franco e Merhy¹, 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”, sem contar que diversos programas são impostos em âmbito nacional para o âmbito da descentralização municipal.

No âmbito da atenção primária à saúde, existem ferramentas que organizam as ações e serviços de saúde. Analisando os discursos em relação a ferramentas de planejamento, há referência àquelas pautadas nos programas do Ministério da Saúde e seus indicadores de saúde, o que tem sido pontuado como positivo na visão dos gestores.

Sempre quando pensamos em planejamento e ações das ESF, olhamos os parâmetros impostos pelo MS e os dados municipais (Gestor A).

Os programas, que são instituídos pelo Ministério da Saúde, quando incluídos dentro da estratégia, eles chegam de forma mais rápida às pessoas, porque você tem uma regionalização, as áreas bem divididas, a territorialização, você tem o conhecimento da doença, dentro de cada local e você tem que ter estratégias diferentes (Gestor C).

Medina *et al.*¹, analisando o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, ressaltam a sua capacidade de estabelecer uma nova maneira de conduzir a gestão do SUS, contribuindo para que as ações de monitoramento e avaliação sejam incorporadas à cultura dos serviços, deixando de ser desenvolvidas como ritos meramente administrativos. Os autores consideram a existência de dois tipos de pactuação: o burocrático e o dinamizador. O primeiro é conduzido burocraticamente, de maneira pontual, fragmentado, sem promover a articulação entre os setores das secretarias e sem visibilidade perante as instâncias de deliberação e pactuação do SUS. O pacto dinamizador é desenvolvido mediante um processo que aglutina experiências e práticas, buscando fortalecer a implementação da municipalização, sendo utilizado para monitorar e avaliar ações e serviços de saúde, integrado ao processo de trabalho, promovendo a qualificação da gestão, com visibilidade e credibilidade perante as instâncias de deliberação e pactuação do SUS.

Novas ferramentas de financiamento, avaliação e monitoramento em saúde, no contexto do município, trouxeram avanços concretos no campo da saúde, com destaque para os incentivos oriundos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que busca assegurar que esse nível de atenção se configure como a porta de acesso preferencial para o SUS e que sua organização tenha potencial resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades de saúde da população, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira

a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde¹.

[...] Agora através dos indicadores COAP. Esse planejamento é sempre realizado consoante com o secretário de saúde, equipe do controle e avaliação e coordenação da APS. Após implantação, essa avaliação passa a ser feita com as equipes de ESF, realizadoras das ações (Gestor A).

O estado implantou o PECAPS, que é um programa de auxílio da atenção primária, um programa de investimento; ainda o valor é baixo, mas é a primeira vez que você tem recurso tripartite dentro da estratégia, que é o estado, governo federal e o município. Temos também o PMAQ, pela melhoria da qualidade da Atenção Primária que é um facilitador (Gestor C).

[...] temos hoje o PECAPS funcionando no município com repasse integral, nós vamos agora pro segundo termo, segundo ano de adesão, e a gente tem novamente o repasse de 100%, que atingimos todas as metas. Agora... e mais um recurso que ainda nem foi utilizado, eu mantenho ele em caixa. Em relação aos recursos federais, a gente tem o recurso do PMAQ que começou a chegar agora, das quatro primeiras equipes que foram cadastradas, vamos ampliar agora o número pra sete equipes cadastradas. O recurso do PECAPS é estadual, não é federal; e a contrapartida do município. Então hoje, em relação a recurso público, pra financiamento da APS, a gente vive um momento ímpar, diferente até de outros anos (Gestor B).

Em decorrência dos avanços no modelo de planejamento das ações de saúde, os entrevistados consideram que o processo de troca entre gestores-profissionais-usuários tem sido bem desempenhado no cotidiano de suas funções.

Uma relação muito boa foi construída ao longo desse período, através da cooperação da equipe [...], pois nesse período foi possível melhorar indicadores e principalmente o nível organizacional das ESF (Gestor A).

Olha, a avaliação na construção de algumas ações, em sentar com a equipe pra gente definir o que que iríamos fazer a nível de Coordenação de Programas de Saúde. Enquanto enfermeiras coordenadoras das unidades, pra gente definir o que que cada unidade poderia tá fazendo. Acho que o principal, a participação é isso, participar mesmo das ações e principalmente da concepção dessas ações com equipes (Gestor C).

É evidente o olhar direcionado do gestor para as equipes com o intuito de instituir a melhoria das condições de trabalho, por meio da cogestão dos coletivos e o estabelecimento de vínculos gestor-equipe de saúde.

Acho que o mais importante é sempre ter em mente que gestão além de ser comprometimento como equipe, passa também pela visão global e estratégica da saúde pública. Temos que estar atentos ao que acontece em nossas ESF e também sempre procurando o que, e como fazer para melhorar sempre” (Gestor A).

Hoje a relação nossa com as equipes é boa, a gente tem um contato bom de convívio, de diálogo. A gente conseguiu, dentro de algumas melhorias que a gente trouxe à equipe, incentivar mais os profissionais a trabalhar [...]. A gente tem tido bom contato (Gestor C).

Mas a questão é que a maior dificuldade era puxar todo mundo pra trabalhar junto e foi feito (Gestor B).

Existe um reconhecimento do trabalho coletivo e descentralizado como condição fundamental para a operacionalização da gestão compartilhada em saúde. A liberdade, a criatividade e a autonomia no processo de trabalho dos profissionais de saúde foram vistas pelos sujeitos como uma possibilidade de mudança do modelo de gestão baseado no improvável¹. Os serviços de saúde, então, são uma arena em que diversos atores, que se produzem micropoliticamente e tem intencionalidades em suas ações, disputam o sentido geral do trabalho. Atuam na multiplicidade de atos, nem sempre evidentes, entre territórios povoados de ação dotada de liberdade e criatividade, e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem múltiplas faces e está em permanente produção¹.

Entre os desafios enfrentados pelos gestores, muitas vezes despreparados para exercer a função, temos o relato da gestão solitária como um fator dificultador.

Creio que as dificuldades estão no dia a dia, por exemplo, inserir todos os profissionais das ESF verdadeiramente como equipes. O trabalho tem que ser coletivo e não individual (Gestor A).

Nosso município não funciona no sistema de você ter um coordenador por unidade, a gente ainda mantém o sistema de ter um coordenador por bloco de unidade e um diretor geral. Então acaba sobrecarregando por isso (Gestor B).

A gestão solitária refere-se às atividades voltadas para a tomada de decisão como ação administrativa centrada no gestor, em que as relações de poder são mais centralizadas, com um estilo de gerência tradicional, isto é, uma racionalidade gerencial hegemônica que produz um isolamento e dificulta a construção de espaços em que ocorra o desenvolvimento da personalidade humana.

CONCLUSÃO |

Conclui-se que as experiências dos gestores em estudo indicam o quanto suas modalidades de prática de gestão encontram-se na encruzilhada entre vários planos de constituição. Por um lado, é expressão de processos subjetivos, de suas trajetórias profissionais e, por outro lado, é fruto de possibilidades que se constroem na organização compreendida como instância coletiva e, em um outro nível de análise, têm origem em processos institucionais e conjunturais. Essas características do modo de agir dos gestores entrevistados levam a construir condições para mudanças, o que pode estimular o trabalho em equipe, a autonomia dos profissionais ao participar das ações e decisões em saúde, a reorganização do processo de trabalho multiprofissional e a preocupação com as condições de trabalho das equipes para a construção do vínculo gestor-trabalhador da ponta e – usuário.

Quanto aos processos que levaram à função de gestor, o acesso à gestão não seguiu uma linearidade, sendo os gestores, em sua maioria, indicados por critérios políticos, assumindo cargos comissionados. Assim, os relacionamentos pessoais e políticos e o compromisso com o trabalho foram determinantes para a indicação ao cargo.

As experiências prévias em outros cargos de gestão são evidenciadas nos relatos dos entrevistados por vivências de realização, reconhecimento, capacidade de desenvolvimento de projetos, processos de mudança e organização das Unidades de Saúde.

Surgem nas narrativas dos gestores as dificuldades do contexto da gestão. Os gestores encontram-se submetidos a um conjunto de determinações muito fortes e de origem externa, como: pressões políticas, escassez de capacitações, precariedade na política de recursos humanos e exonerações abruptas que representam um importante

fator dificultador. A ausência de apoio e o isolamento decorrente do processo decisório, identificados como fatores dificultadores, não impedem o entusiasmo com as conquistas, com a imagem positiva da gestão e com a sensação de reconhecimento interno.

O processo de trabalho dos gestores é fortemente marcado pela divisão e compartimentalização. Essa divisão do trabalho reafirma a diferença de poder, ou seja, os gestores que possuem cargos de alta direção decidem e planejam para quem vai executar as ações. Com isso, situações de mando e a instituição do poder disciplinar acarretam o 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 instituição¹.

Nesta análise, foi importante observar que os próprios gestores seguem uma linha hierárquica, o que dificulta o processo de trabalho. O controle e a vigilância surgem como cernes da organização do trabalho na ESF, seguindo uma linha de mando posta. No entanto, ao mesmo tempo reconhecem a dificuldade em trabalhar de forma burocratizada, por parâmetros impostos, metas e resultados alcançados.

As experiências contidas nos discursos apontam um processo de transição de um modelo de gestão hierárquico e verticalizado para um modelo de gestão pautado na cogestão dos coletivos, por meio de tentativas de construção de um projeto gestor e assistencial promotor de potências. É possível observar a preocupação com a mudança do modelo anterior de gestão – apesar de reconhecerem que o modelo médico hegemônico é um fator dificultador para essas mudanças –, buscando uma racionalidade compartilhada e colocando um alto grau de importância no trabalho em equipe.

É importante destacar que este estudo, sozinho, não representa a totalidade dos serviços de saúde desse município – esta é uma visão pautada no ponto de vista da equipe central de gestão da ESF. A realização de novos estudos, pontuando visões e vivências dos demais profissionais atuantes nas equipes da ESF e dos próprios usuários, permitirá a avaliação das práticas de gestão e dos pontos de vista diferenciados.

REFERÊNCIAS

1. Campos GWS. Saúde Paidéia. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
2. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2007.
3. Azevedo CS, Sá MC, organizadoras. Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
4. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revoluções das coisas e reforma das pessoas. In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 29-87.
5. Campos GWS. Clínica e saúde coletivas compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 41-80.
6. Azevedo CC, Fernandes MIA, Carreiro TC. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(2):410-20.
7. Barros MEB, Benevides R. Da dor ao prazer no trabalho. In: Santos Filho SB, Barros MEB, organizadores. Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí; 2007. p. 61-71.
8. Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec; 1992.
9. Guimarães-Ximenes Neto FR, Coelho-Sampaio JJ. Análise do processo de trabalho dos gerentes no território da Estratégia Saúde da Família. Rev Gerenc Polit Salud. 2012; 11(22):76-91.
10. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA; 2000.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

12. Rosso CFW. Diagnóstico situacional do processo gerencial desenvolvido pelos enfermeiros nos serviços da Rede Básica de Saúde em Goiânia – GO. Tese [Doutorado em Ciências da Saúde] – Universidade Federal de Goiás; 2012.

13. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 19-67.

14. Sulti ADC. 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 [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal do Espírito Santo; 2014.

15. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 243-251.

16. Medina MG, Aquino R, Carvalho ALB. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulg Saúde Debate*. 2000; 21(n. esp.):p.15-28.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica: módulo I – observação na unidade de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

18. Lima RCD. Abordagens gerenciais em saúde. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2012 Nov 14-18. Mesa redonda. Porto Alegre, 2012.

19. Feuerwerker LCM, organizadora. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.

Correspondência para/ Reprint request to:

Fernanda Nascimento Gomes

Av. Marechal Campos, 1468,

Marnipe, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29043-900

Tel.: (27) 3335-7287

E-mail: fernandangomes@hotmail.com

Submetido em: 14/01/2016

Aceito em: 20/03/2016