



MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO

TENDÊNCIAS DO GERENCIAMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

Maria de Fátima da Silva Castro

Belo Horizonte

2007

Maria de Fátima da Silva Castro

**TENDÊNCIAS DO GERENCIAMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientadora – Prof^a. Dra. Marlene Catarina de Oliveira Lopes Melo

Área de Concentração: Organização e estratégia

Linha de pesquisa: Relações de poder e dinâmica das organizações

Belo Horizonte
2007

FICHA CATALOGRÁFICA

Castro, Maria de Fátima da Silva

Tendências do gerenciamento nas unidades básicas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. / Maria de Fátima da Silva Castro. – Belo Horizonte: FNH, 2007.

139 f

Orientadora: Marlene Catarina de Oliveira Lopes Melo
Dissertação (mestrado) – Faculdade Novos Horizontes,
Programa de Pós-graduação em Administração

1. Gerenciamento – Unidades de Saúde. 2. Capacidade executiva. 3. Gerentes. I. Melo, Marlene Catarina de Oliveira Lopes. II. Faculdade Novos Horizontes, Programa de Pós-graduação em Administração. III. Título

CDD: 658.4

Às minhas filhas: Nathália e Camila, que,
mesmo diante das turbulências da pré-
adolescência, me deram colo e
compreenderam as minhas ausências.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe que me deixou como heranças a determinação e perseverança.

Aos meus queridos que *suportaram* a necessidade dessa busca e as diversas ocasiões que me mostrei como *intratável* figura.

À Faculdade Novos Horizontes, na pessoa da minha orientadora, Prof^a. Dra. Marlene Catarina de Oliveira Lopes Melo, que acreditou e acolheu o meu desejo de aprender e me ensinou, além de todo o trabalho acadêmico, outras várias lições de vida, que jamais serão encontradas nos acervos bibliográficos.

A todos os gerentes que se dispuseram a contribuir para este estudo.

A Deus, em quem busco conforto e me aconchego em seu refúgio.

CASTRO, Maria de Fátima da Silva. **Tendências do Gerenciamento nas Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: uma pesquisa exploratória no Brasil.** 2007. 135 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Administração) – Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2007.

RESUMO

Nos dias atuais, nas sociedades e nas organizações profissionais, podem-se perceber profundas transformações que vêm afetando, de forma significativa, os indivíduos envolvidos em seus processos de trabalho. Isso é mais nitidamente notado no desempenho da função gerencial. As empresas tornaram-se mais complexas, e as concepções de gerência alteraram-se tão profundamente quanto as inovações em produtos e serviços. É esperado que os gerentes sejam capazes de estabelecer o direcionamento e fortalecimento de suas organizações, para que elas se mantenham no mercado. Para alcançar esse objetivo, uma das estratégias utilizadas refere-se à excelência no atendimento aos clientes. Na área de saúde, também já é possível perceber essa busca por diferenciais que atendam as expectativas da clientela atendida. Na rede pública, o Ministério da Saúde, por meio das políticas do Sistema Único de Saúde – SUS – regulamenta a assistência à saúde a toda população brasileira. Além da estrutura física, são estabelecidas diretrizes para que essa assistência seja humanizada, resolutiva e de fácil acesso para os seus usuários. A saúde é um direito de todos, garantido na constituição do País, e as UBS's configuram-se como a principal porta de entrada para a assistência à população usuária. Na Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte, são 144 UBS's, responsáveis pelo atendimento a cerca de 2.412.937 habitantes, segundo dados do IBGE, em 1º de abril de 2007, visto que todos, como cidadãos brasileiros, podem ter acesso ao sistema. Nesse contexto, tornou-se instigador conhecer a realidade vivida pelos seus gerentes, pois espera-se que as práticas gerenciais concretizem, no dia-a-dia, as diretrizes de humanização, resolubilidade e acessibilidade, instituídas pelo SUS. Dessa forma, este estudo de caráter descritivo analítico teve como objeto os gerentes das UBS's de Belo Horizonte. A pesquisa foi desenvolvida utilizando-se a estratégia quanti-qualitativa e apresentou resultados que revelam o perfil dos profissionais que exercem a função gerencial, as atividades desenvolvidas no dia-a-dia, que impactam os resultados percebidos pelos usuários entre outros aspectos.

Palavras-chave: gerenciamento, assistência à saúde, humanização.

CASTRO, MARIA DE FÁTIMA DA SILVA. **Managing Tendency of Health Basic Units of Health Municipal Secretary of Belo Horizonte**: an exploratory research in Brazil, 2007 – 135 pages. Dissertation (Academic Master in Administration) – Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2007.

SUMMARY

Nowadays, on partnership and at professional organizations can be noted a deep changes that have substantially affected all people involved on its work processes. This is more clearly detected at managing function performance. The companies became more complexes and their managing conceptions have changed so deeply as well as its innovations in products and services. It is expected that the managers must be able to establish the direction and strengthening of its organizations, by allowing them to maintain in the market. So, to reach this objective one of used strategy refers to the excellence of the customers attendance. At health area, it is already possible to detect this search through differentials that attend the expectations of any customer already attended. In the public administration the Health Ministry though the politics of the “SUS” Unique Health System that regulate the health assistance to all Brazilians. Besides the physical structure, many directress are established for allowing that this assistance is humanized, resolute and access easily made for their end-users. So, having as basis that health is a right of everybody duly guaranteed by Brazilian constitution, that main entry door for such assistance is the Basic Unit Health (UBS). At Municipal Health Net of Belo Horizonte city has 144 UBS's responsible for the attendance of about 2,412,937 people, according to IBGE data of April 1st, 2007 since everybody, as Brazilian citizen, can access the system. In this context, became instigator to know the reality experienced by their managers and so, await that the managing practice can concretize, day by day, the directress of humanization, resolvability and accessibility, all established by SUS's. On this way the study of descriptive-analytic character, have had as object the UBS's of Belo Horizonte managers. The research was developed by using the qualitative strategy and has presented such results that reveal the teachers profile that exercise a managing function. The research was developed by using a qualitative strategy and it has presented such results that reveal the professional profile that exercise the managing function, the day-by-day activities which will impact over the results detected by the end-users, between other aspects.

Key words: Managing, Health Assistance, Humanization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

1 Lista de Figura	
1.1 Figura 1 – Mapa de Belo Horizonte e suas regionais	25
2 Lista de Gráfico	
2.1 Gráfico 1 – Sexo dos gerentes de UBS	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Sentimento em relação ao perfil e serviço realizado	69
Tabela 2	Atividades desenvolvidas no dia-a-dia	69
Tabela 3	Faixa etária	73
Tabela 4	Formação profissional I	73
Tabela 5	Formação profissional II	74
Tabela 6	Tempo de gerência	74
Tabela 7	Estado civil	76
Tabela 8	Renda mensal pessoal	77
Tabela 9	Regionais	77
Tabela 10	Atividades desenvolvidas pelos gerentes	80
Tabela 11	Como se tornou gerente de UBS	88
Tabela 12	Capacitação administrativa	90
Tabela 13	As principais ferramentas adotadas no gerenciamento da UBS	94
Tabela 14	Apoio e autonomia dos gerentes	97
Tabela 15	As solicitações gerenciais são prontamente atendidas pelo distrito	97
Tabela 16	Relacionamentos estabelecidos pelos gerentes	101
Tabela 17	Dificuldades identificadas pelos gerentes	101
Tabela 18	Atuação gerencial para a capacitação dos profissionais	103
Tabela 19	Atuação gerencial para o alinhamento das diretrizes e organização dos serviços	104
Tabela 20	Afastamento por motivo de doenças no último ano	109
Tabela 21	Estado de saúde dos gerentes nos últimos tempos	110
Tabela 22	Grau de satisfação com a qualidade dos serviços da UBS ...	113

LISTA DE SIGLAS

ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ACS – Agente Comunitário de Saúde
CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental
CIB – Conselho Intergestor Bipartite
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CMS-BH – Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DS – Distrito Sanitário
ESF – Equipe de Saúde da Família
GERUS – Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do SUS
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MDV – Modelo de Atenção em Defesa da Vida
MS – Ministério da Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAM – Posto de Assistência Médica
PBH – Prefeitura de Belo Horizonte
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização
PSF – Programa de Saúde da Família
SIAB - Sistema de Informação de Assistência Básica
SMSA – Secretaria Municipal de Saúde
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNICAMP – Universidade de Campinas
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 CARACTERIZAÇÃO DAS UBS's	17
2.1 Estruturação da rede	22
3 REFERENCIAL TEÓRICO	27
3.1 O trabalho gerencial e suas especificidades	27
3.2 Atendimento ao cliente na área de saúde	31
3.3 Elementos essenciais da qualidade e produtividade em serviços	35
3.4 Gerenciamento do relacionamento – Foco no cliente	37
3.5 A organização dos serviços segundo as diretrizes do Ministério da Saúde	42
3.6 Acolhimento – Fundamental para o atendimento nas UBS's	49
4 METODOLOGIA	58
4.1 As instituições pesquisadas	63
4.2 Ferramenta utilizada para apuração dos dados dos questionários	67
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS	70
5.1 População e amostra	70
5.2 O dia-a-dia do gerente nas UBS's	78
5.3 O trabalho gerencial nas UBS's	86
5.3.1 A função gerencial	87
5.3.2 Facilitadores da atividade gerencial	96
5.4 Dificuldades identificadas no exercício das funções gerenciais ..	102
5.5 Práticas do dia-a-dia que dão resultados	112
5.6 Avaliação dos serviços	114
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAS	127
APÊNDICE	133
ANEXO	137

1 INTRODUÇÃO

A sociedade do século XXI, devido a fenômenos como a globalização, internacionalização, automação e informatização, vem experimentando profundas transformações e mudanças que, direta ou indiretamente, influenciam as atividades de todos os profissionais, nas suas mais diversas áreas de atuação. Esses avanços têm empurrado as organizações para a busca de melhor capacitação e adaptabilidade, a fim de fortalecerem-se e continuarem no mercado.

Essas mudanças têm causado impactos em vários segmentos e, em especial, têm influenciado o pensamento e comportamento administrativo dos gerentes. “Nesse conjunto de mudanças materiais e intangíveis, o gerente – *homo administrativus*, destaca-se como personagem central na compreensão da sociedade contemporânea...” (DAVEL e MELO, 2005, p. 29). Diante de mercados globais interligados em tempo real, os gerentes, inseridos em suas empresas, vêem-se diante do desafio de tornarem-se mais flexíveis, concentrarem-se em suas principais competências e, sobretudo, terem capacidade de dar respostas rápidas e adequadas a essas mudanças.

Trabalhos como o de Davel e Melo (2005) enfocam o papel dos gerentes na busca do direcionamento e fortalecimento de organizações, para que elas se mantenham no mercado. Assim, uma das diretrizes por eles abordada trata da importância da qualidade do serviço prestado. Essa preocupação com o atendimento com qualidade surge como forma de estabelecer diferenciais e agregar valor competitivo à empresa. Num mesmo direcionamento, Motta (2003) relata que as empresas se tornaram mais complexas e as concepções de gerência se alteraram tão profundamente quanto as inovações em produtos e serviços. Conquistar e reter o cliente se tornou tarefa árdua e constante.

A área de saúde, com suas peculiaridades, também busca esse diferencial, mesmo que de forma lenta e tardia. Nas instituições privadas, observam-se serviços estruturados de *call center*, maior disponibilidade e atenção às demandas apresentadas por seus clientes etc. No Brasil, o Sistema Único de Saúde – SUS –,

que é o responsável pelo estabelecimento e regulamentação das normas pertinentes de assistência à saúde, vem sofrendo mudanças significativas. Essas mudanças têm se intensificado nos últimos anos, devido aos desafios impostos pela população assistida, à carência de recursos e à necessidade de estruturação adequada à complexidade dos recursos organizacionais (SCARPI, 2004).

Em Belo Horizonte, o programa BH-Vida vem atender a essa necessidade, por meio da implementação de mudanças com objetivo de prestar melhores serviços com a rearticulação do processo assistencial no âmbito das Unidades Básicas de Saúde – UBS's – com vistas à produção de saúde, considerando a percepção do usuário como centro da questão (BELO HORIZONTE, 2003).

Nesse sentido, Grönross (2003) afirma que a qualidade da prestação de serviços aos clientes está diretamente relacionada às diretrizes estabelecidas, às condições de trabalho e à capacidade técnica e formação profissional dos funcionários em seus diversos níveis de atendimento.

Na área de saúde, a assistência basicamente é realizada por meio das pessoas: o processo inicia-se na portaria, prossegue com os profissionais de atendimento, passa ocasionalmente pelo profissional de limpeza, copeira, perpassa pelos médicos e outros profissionais de apoio que integram a equipe e contribuem para a realização do trabalho interdisciplinar.

A valorização de todo o pessoal de linha de frente está diretamente relacionada ao retorno do ator e do sujeito relatado por Chanlat (1996). Para o autor, é importante lembrar que toda pessoa é um ator e que a realidade das organizações se produz, se reproduz e se transforma por meio da interação dos diferentes grupos e indivíduos que as compõem, compreendendo também aqueles e aquelas que estão inseridos em qualquer um dos níveis hierárquicos.

Para Scarpi (2004), a complexidade da assistência à saúde em si, aliada à complexidade da figura humana, demanda a utilização de um conjunto de ferramentas que passam inicialmente pelo estilo gerencial, pelo estabelecimento da missão e valores da instituição e vão até as habilidades manuais dos profissionais

envolvidos para realizarem cuidados ou operarem equipamentos e instrumentais extremamente específicos e igualmente complexos.

Ayres (2003) relata que as empresas prestadoras de serviços, como é o caso das unidades básicas da rede municipal de saúde, têm de enfrentar três tarefas: aumentar a diferenciação, a qualidade dos serviços e a produtividade, a fim de aperfeiçoar a assistência prestada.

A conjunção de esforços para atingir esses resultados está relacionada diretamente com a atuação do gerente, que num contexto de ambigüidades e sobrecarregado de tarefas e variadas demandas (DAVEL e MELO, 2005), tem que buscar a efetiva realização do trabalho dentro das premissas estabelecidas pelo SUS e de acordo com os padrões de qualidade desejado pelos seus usuários.

Em Belo Horizonte, de acordo com os dados divulgados pela Prefeitura Municipal, existem 144 UBS's, distribuídas em nove regionais. Cada uma dessas unidades conta com equipes de profissionais específicos para atender os moradores de uma determinada área de abrangência.

Para o atendimento diário, com o objetivo de atingir as diretrizes propostas, espera-se deparar com ambiente harmônico, de interação e parceria. Essa harmonia e integração são fundamentais, de acordo com o que é descrito no programa BH-Vida:

Cada trabalhador de saúde, na sua atividade produtiva, depende de outros profissionais e estes dos demais. Não há auto-suficiência no trabalho em saúde e todos formam uma rede de petição e compromissos que opera no dia-a-dia dos serviços, mesmo que esta rede de relações não seja formalizada. (BELO HORIZONTE, 2003).

De acordo com esse princípio, é estabelecida uma rede de prestação de serviços mais eficaz, visto que possibilita diversos encaminhamentos e atendimentos extramuros com maiores e melhores recursos, do que os disponíveis na Unidade Básica de Saúde de origem. Espera-se que nessa rede o paciente tenha maiores chances de ser atendido em todas as suas necessidades e de acordo com as suas expectativas.

Gestão é atividade e responsabilidade de dirigir um sistema de saúde na esfera municipal, estadual ou nacional, conforme conceito estabelecido pelo SUS/MS. Ainda, de acordo com esse conceito, gerência é a administração de uma unidade ou órgão de saúde, que pode ser um ambulatório, hospital, fundação ou unidade básica de saúde.

Dessa forma, em cada UBS há um gerente administrativo. A esse gerente cabe assumir suas atividades que comportam doses variadas de ambigüidade e incertezas, diante dos problemas que surgem no dia-a-dia. A partir daí, espera-se que o *homo administrativus*, descrito por Davel e Melo (2005), frente à administração moderna, construa sua identidade à medida que interioriza os valores, as práticas sociais e as representações de seu grupo e que descubra estratégias para sobreviver e construir sua carreira no espaço cada vez mais instável de organizações estruturadas.

Assim, frente às diretrizes estabelecidas pelo SUS, às demandas cada vez maiores dos usuários e da complexidade da função gerencial, este estudo visa conhecer:

quais são os padrões gerenciais que têm sido utilizados pelos gerentes no atendimento à população nas unidades básicas de saúde da SMSA-BH?

Para responder essa questão, estabeleceram-se os seguintes objetivos: geral e específicos.

1.1 Geral

1. Identificar os padrões gerenciais que têm sido utilizados pelos gerentes no atendimento à população nas Unidades Básicas de Saúde da SMSA-BH.

1.2 Específicos

1. Delinear o perfil do gerente que atua nas unidades de atendimento básico da rede municipal de saúde de Belo Horizonte.
2. Mapear as atividades gerenciais desenvolvidas nos centros de saúde.

3. Identificar os fatores mais relevantes que impactam o desempenho do gerente das unidades básicas de atendimento da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, na percepção dos entrevistados.
4. Avaliar o atendimento prestado nas UBS's aos seus usuários, na percepção dos gerentes.
5. Apontar indicativos de bons resultados de ações para o melhor atendimento nos centros de saúde de Belo Horizonte.

Identificar os padrões gerenciais que têm sido utilizados no atendimento à população nas UBS's da SMSA-BH é de extrema relevância para a compreensão dos elementos que hoje beneficiam ou desfavorecem o seu processo de gestão. Esse conhecimento possivelmente facilitará a compreensão das ações que podem ser potencializadas no intuito de melhorar o atendimento aos clientes na rede básica. Concomitantemente, será possível perceber as práticas que precisam ser repensadas em níveis superiores de gerenciamento.

Para esclarecer essas questões, este trabalho apresenta, no capítulo 2 um sucinto delineamento do que são as Unidades Básicas de Saúde. Em seguida, faz-se uma apresentação de como é estruturada a Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte, na qual as UBS's estão inseridas.

O capítulo 3 trata do referencial teórico. A figura do gerente é vista por meio de uma revisão bibliográfica do seu desenvolvimento, funções, habilidades e papéis. Também são evidenciadas suas novas atuações no atual contexto organizacional. Além disso, são abordados temas referentes à qualidade na prestação de serviços, seja na área privada ou na esfera pública, por meio das diretrizes instituídas, principalmente pelo SUS.

É evidenciada no capítulo 4 a metodologia, com a apresentação da amostra dos gerentes pesquisados e as estratégias metodológicas utilizadas. Cabe ressaltar que este trabalho, tendo em vista seu contexto, estruturou-se, principalmente, na pesquisa qualitativa, embora alguns dados tenham sido trabalhados apenas quantitativamente. No início, o intuito era buscar a participação de todos os gerentes de UBS's da SMSA-BH. Muitos dos gerentes contatados, porém, não se dispuseram

a contribuir por falta de tempo, por estarem de licença médica e por outras justificativas que impossibilitaram a participação.

Essas contingências são bem aplicáveis ao trabalho gerencial, conforme descrito por Motta (2003):

a maioria dos dirigentes, quando questionada sobre o seu trabalho, informa que encontra sempre uma carga inesperada de tarefas imprevistas, com reuniões, interrupções e trabalhos administrativos intensos, descontínuos e de natureza variável. Sua atenção é constantemente desviada por chamados diversos, o que fragmenta sua ação e torna intermitente o seu envolvimento no processo decisório organizacional (MOTTA, 2003, p. 20).

No capítulo 5 são mostrados os resultados obtidos com a realização de um grupo focal e a análise dos questionários respondidos por 43 gerentes da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH – e, encerrando, no capítulo 6, são apresentadas as considerações finais e os novos caminhos que se despontam para a busca da qualidade da assistência à saúde na esfera pública.

2 CARACTERIZAÇÃO DAS UBS's

[...] o SUS não é o sucessor do SUDS ou do INAMPS, nem é o novo rótulo para um produto velho. Ele é um sistema inteiramente novo e diferente de tudo que se dispôs até hoje no Brasil. Ele não é um programa que foi lançado tal dia, nem uma edificação que será lançada em tal data... é um processo continuado, que demanda vários movimentos complexos aos quais os diferentes estados e municípios dão respostas diferentes...encontra-se em diferentes estágios de implementação nas diversas regiões do país... (BRASIL, 1992).

A Constituição Federal de 1988 deu um importante passo na garantia do direito à saúde com a criação do SUS. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais. Da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a se nortear pela descentralização. Um dos seus maiores objetivos é capacitar os municípios a assumirem suas responsabilidades e prerrogativas, bem como estarem aptos para desenvolver ações que dêem prioridade à prevenção e à promoção da saúde (BRASIL, 2006).

Transcorridas quase duas décadas do processo de institucionalização desse sistema, a sua implantação e implementação evoluíram muito, especialmente em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. Esses processos possibilitaram a ampliação do contato do SUS com a realidade social, política e administrativa do País e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores à frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde. Dessa forma, as ações empreendidas resultariam em maior eficácia na prestação de assistência aos cidadãos de todo o Brasil (SCARPI, 2004).

Em Belo Horizonte, os centros de saúde ou Unidades Básicas de Saúde da Rede Municipal são responsáveis por expressivo contingente de atendimento à população das mais diversas classes sociais, em suas várias demandas. Assim, como é preconizado pelas diretrizes de descentralização e municipalização, os resultados a serem obtidos são a consolidação da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão. (BRASIL, 2006).

Aliado a essa proposta de qualificação, Scarpi (2004) relata que os serviços de saúde devem ser organizados e administrados, além das questões políticas e sociais, a fim de obterem resultados que sejam alinhados à expectativa de seus clientes.

Paralelamente, para Motta (2003), na administração pública, as pressões comunitárias por mais e melhores serviços provocam revisões nas funções do Estado e questionam-se tanto as formas de ação quanto a própria legitimidade das instituições. Na visão desse autor, na busca de qualidade e eficiência, as organizações públicas deveriam se assemelhar às empresas privadas, no que tange a resultados.

Entretanto, há de se considerar o ambiente permeado pelas dificuldades. Uma impostas pelas políticas governamentais, outras inerentes aos servidores públicos, em que muitas vezes, se vivencia o caos frente à população que traz consigo suas demandas próprias e, não raro, urgentes (SCARPI, 2004). São demandas que advêm do cotidiano das pessoas e que, em seus determinantes sociais, causam enfermidades em função do desemprego, do alto índice de criminalidade e utilização de drogas, da violência urbana, dos problemas gerados pelo trânsito, dos agravos produzidos pelas doenças transmissíveis, da falta de controle de doenças endêmicas, das condições de trabalho inadequadas e da violência doméstica dentre outros (OPAS, 1998).

Nesse cenário, estão inseridas as instituições de saúde pública. Aos seus gerentes administrativos é atribuída a responsabilidade pelos bons e maus resultados alcançados. Espera-se que, por meio de suas ações e capacidade de liderança, sejam efetivadas as diretrizes instituídas pelos SUS e incorporados novos padrões de atendimento que possibilitem maior satisfação dos usuários.

O trabalho dos gerentes envolve processos distintos, mas simultâneos, de atuação sobre o ambiente, de interação com pessoas, de simbolização destas, de dominação do controle, de assimilação dos efeitos dos processos precedentes e de sua reprodução. (DAVEL e MELO, 2005, p. 34)

Assim, a importância do trabalho dos gerentes, no que concerne aos resultados apresentados, é diretamente proporcional à importância do presente estudo, que visa identificar os padrões gerenciais que têm sido utilizados por esses profissionais no atendimento à população nas UBS's da SMSA-BH.

Mintzberg (1986), confirma em uma de suas pesquisas, que os gerentes trabalham num ritmo implacável e que sua rotina de trabalho é composta de ações breves, variadas e fragmentadas. Assim, esses profissionais preferem a ação direta ao trabalho de reflexão e as comunicações verbais aos meios escritos.

Nos centros de saúde, apesar da dinâmica frenética do dia-a-dia, os gerentes devem buscar atingir as metas estabelecidas e interagir, servindo de pontes entre as diversas demandas advindas de seus usuários, funcionários e as prerrogativas ditadas pelo SUS, mesmo que, muitas vezes, ainda segundo Davel e Melo (2005), pareçam ser incapazes de decidir sobre a utilização de seu próprio tempo.

A função do Ministério da Saúde é dispor de todas as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias, melhorando a vigilância à saúde e dando qualidade de vida ao brasileiro (BRASIL, 2006).

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde/LOS - Lei n. 8.080/90, que dispõe sobre a criação do Serviço Único de Saúde, estabelece o conjunto de ações que devem ser seguidas por instituições públicas, federais, estaduais e municipais. Desde então, o SUS vem tornando-se uma das principais estratégias de intervenção social, sobre saúde e qualidade de vida (BRASIL, 1990).

Esse organismo desenvolve não apenas políticas de atendimento, prevenção e promoção de saúde, mas também de construção da cidadania, por meio da participação popular crescente nos conselhos que compõem o processo decisório da instituição. Em seus ordenamentos básicos, propõe que o modelo vigente de atenção à saúde deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, na

relação da equipe de saúde com a comunidade e especialmente, com os seus núcleos sociais primários – as famílias (BRASIL, 1997).

Em Belo Horizonte, de acordo com as diretrizes do Programa BH-Vida (2003), foi iniciada uma mudança no formato organizacional da atenção básica, por meio da contratação de centenas de profissionais para compor as equipes de saúde da família, conforme programa vertical do Ministério da Saúde – MS.

Atualmente, a SMSA de Belo Horizonte é uma grande organização, com cerca de 160 unidades próprias de saúde, outras terceirizadas para a prestação de serviços de apoio diagnóstico e cinquenta hospitais. Movimenta volume financeiro de cerca de 40 milhões de reais mensais no fundo municipal de saúde e conta com aproximadamente 16.000 trabalhadores sob os mais diversos vínculos contratuais (BELO HORIZONTE, 2003).

Tendo em vista sua estruturação, suas responsabilidades, seu histórico organizacional e seu corpo técnico, formado ao longo do tempo no serviço e na academia, e as experiências de inúmeros projetos, a SMSA delimita-se como uma complexa organização. (BELO HORIZONTE, 2003).

Porém, apesar de sua magnitude, não dispõe de “[...] nenhuma solução simples ou pretensamente mágica para fazer avançar o projeto assistencial do SUS/BH, produzindo mais saúde para a população de sua responsabilidade” (BELO HORIZONTE, 2003).

Um sistema de saúde é considerado uma conquista dos cidadãos de uma nação, qualquer que seja a origem institucional desse sistema – governamental e/ou privada (SCARPI, 2004). Seus sucessos e dificuldades são considerados patrimônio da nação, sendo responsabilidade de cada cidadão (com dupla responsabilidade, no caso dos profissionais de saúde) cuidar para a melhoria do seu desempenho, correspondente ao enorme sacrifício de todos para construí-lo (SCARPI, 2004).

Ayres (2003) entende que o sistema produtivo na área de saúde apresenta características singulares, o que dificulta uma transferência simples de técnicas

gerenciais empregadas em outros setores. Cada instituição, sejam as hospitalares, uma clínica, ambulatório ou as UBS's, mesmo que tenha o mesmo objetivo de prestar assistência às pessoas, difere na forma de execução, em seus valores, em sua organização, estrutura física, perfil e necessidade da clientela a ser atendida etc.

Assim como a sociedade tem uma herança cultural, as organizações possuem padrões distintos, sentimentos e crenças coletivas. Isto é, todas as organizações têm uma cultura própria, com seus próprios tabus, costumes, lendas e usos. A cultura do sistema reflete tanto as normas e os valores do sistema formal, quanto a sua interpretação no sistema informal. (TOMEI, citado por BRITO, 1998, p. 26).

Um fator comumente observado, tanto na rede privada quanto na pública, é que os prestadores de serviço têm um grande desejo de proporcionar um cuidado assistencial de forma diferenciada, com eficiência e eficácia. Entretanto, esse desejo pouco se concretiza, pois a administração é, por vezes, realizada por pessoas bem intencionadas, sem, porém, possuírem o conhecimento técnico gerencial adequado.

O SUS estabelece suas diretrizes objetivando prestar melhor assistência aos seus usuários, inseridos em seus contextos sócio-político-culturais e suas especificidades regionais. Entretanto, a entrega de serviços de forma mais resolutiva e humanizada é mais freqüentemente observada nas instituições privadas, que atendem em torno de 20% da população apta a custear um plano de saúde (ABRAMGE, 2001).

Assim, a importância desse estudo remete à possibilidade de identificar os padrões gerenciais que têm sido utilizados no atendimento à população nas UBS's da SMSA-BH, com destaque para aqueles que efetivamente contribuem para uma melhor qualidade na assistência.

Percebe-se na literatura uma lacuna em relação à prestação de serviços de saúde em nível ambulatorial, como é o caso das UBS's. A maior parte dos estudos desenvolvidos nessa área tem como foco apenas a realidade do ambiente hospitalar, o que possibilita o entendimento basicamente dos processos de trabalho ali realizados. Deve ser considerado que, assim como as instituições hospitalares, as unidades básicas ou centros de saúde em seu expressivo contingente de atendimento tem especificidades próprias.

Além disso, de acordo com a Constituição Brasileira, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, sejam essas materiais, físicas ou humanas. O SUS tem, aproximadamente, 125 milhões de brasileiros que dependem exclusivamente de seus serviços (BRASIL, 2001), e as UBS's são a principal porta de entrada para assistência à saúde.

Diante dessa responsabilidade, todos os gerentes, de acordo com Drucker (1997, p. 22), independentemente da finalidade da organização na qual estejam inseridos:

[...] precisam reunir pessoas, cada uma com um conhecimento diferente, para um desempenho conjunto. Todos necessitam tornar forças humanas produtivas no desempenho e as fraquezas irrelevantes... têm que determinar que resultados são desejados na organização, e então definir objetivos. Todos são responsáveis pela determinação... das hipóteses sobre as quais a empresa baseia seu desempenho e suas ações e aquelas feitas pela organização para decidir o que não fazer. Para todos eles é imprescindível fixar estratégias, ou seja, os meios através dos quais as metas da organização se transformam em desempenho. Enfim, precisam definir os valores da organização, seu sistema de recompensas e punições, seu espírito e sua cultura. Em todas as organizações, os gerentes necessitam de conhecimento e da compreensão da organização em si, suas finalidades, seus valores, seu ambiente, seus mercados, suas competências essenciais.

2.1 Estruturação da rede

Todos os municípios brasileiros têm passado pelo desafio de construir e consolidar, em parceria com a sociedade, um Sistema de Saúde equânime, integral e universal.

[...] é necessário deixar claro que a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte reforça as diretrizes para o modelo tecno-assistencial definido pelo SUS/Ministério da Saúde e propõe formas de organizar a atenção básica para todos os cidadãos.

Portanto, não existirão dois modelos de atenção paralelos e sim formas diversas de organização das UBS's, que levem em conta a situação de vulnerabilidade da população e gerem impacto na situação de vida e saúde da população (BELO HORIZONTE, 2003).

A atenção básica à saúde representa hoje o eixo estruturante do atendimento prestado pelo SUS em Belo Horizonte, por meio do Programa da Saúde da Família. Segundo informações disponibilizadas no *site* da SMSA-BH, a rede tem o maior projeto de atenção Básica à Saúde do Brasil, com a maior cobertura por equipes de Saúde da Família em grandes centros.

A fim de atender os objetivos propostos, em Belo Horizonte, foi criado o BH-VIDA, que foi o programa responsável pela constituição das Equipes de Saúde da Família – ESF. Essas equipes prestam assistência e dão cobertura a mais de 75% da população, nas áreas de alto e médio risco de morbi-mortalidade, de acordo com indicadores estabelecidos (*Site* www.pbh.gov.br).

A lógica do trabalho desenvolvido está centrado na atuação em equipe e no reconhecimento dos problemas de saúde de maior prevalência em cada área de adstrição. Além disso, cada equipe deve ter habilidades em lidar com informações, planejar e avaliar as intervenções sobre a realidade na qual está inserida sua clientela.

O PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo PSF visa à reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios (BRASIL, 1996).

Nos dados divulgados pelo IBGE, em 1º de abril/2007, contam 2.412.937 habitantes em Belo Horizonte. Desse contingente populacional, estima-se que 1,7 milhões de habitantes usufruem da cobertura dada por essas mais de 500 equipes do Programa Saúde da Família – PSF.

As equipes denominadas básicas são compostas por um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde – ACS's –, todos com jornada de 40 h/semana. As equipes ampliadas disponibilizam os mesmos profissionais das equipes básicas e são acrescidas de outros profissionais e médicos como pediatra, ginecologista ou clínico que cumprem carga horária de 20 h/semana.

A reestruturação da atenção básica a partir da implantação do PSF e das ESF's mudou a lógica do atendimento na rede municipal de saúde, por meio da vinculação dos usuários às equipes dos 144 Centros de Saúde existentes em Belo Horizonte.

Essas equipes estão distribuídas nas nove regionais, que correspondem às administrações regionais da Prefeitura de Belo Horizonte – PBH. Cada uma delas conta com um Distrito Sanitário – DS –, com seu respectivo espaço geográfico, populacional e administrativo de abrangência. Contam com, em média, cerca de 15 a 20 unidades ambulatoriais de assistência à saúde. Essas unidades constituem-se em centros de saúde ou UBS's, unidades secundárias como as Unidades de Referência Secundária, antigo Posto de Atendimento Médico (PAM) e Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAM's – e Unidades de Pronto-Atendimento – UPA's. Além disso, a rede dispõe de uma unidade hospitalar pública (Hospital Municipal Odilon Behrens) e rede contratada.

A área de abrangência dos serviços básicos refere-se a uma área geográfica definida ou a ser definida no processo de territorialização, tendo como ponto de referência os serviços básicos de saúde. Suas delimitações têm sido estabelecidas com base nos dados censitários definidos pelo IBGE, realizado em 2000. Além disso, é considerado o perfil epidemiológico da região, o acesso à unidade de saúde, a existência de barreiras geográficas, o fluxo de transporte etc.



Figura 1 - Mapa de Belo Horizonte e suas regionais
Fonte – PRODABEL/Coordenação de Geoprocessamento/Abril/98.

Dessa forma, tem sido possível a quantificação e a classificação socioeconômica da população adstrita, que, por sua vez, possibilita estabelecer o nível de assistência a ser prestada. Para melhor organização e distribuição do trabalho, as áreas de Equipes da Saúde da Família ainda são subdivididas em microáreas, de acordo com o tamanho da população e do índice de vulnerabilidade à saúde de seu território. Cada equipe assume a responsabilidade pelos cuidados sanitários dessa população, num processo de identidade recíproco, que poderá ser feito segundo diferentes modalidades.

A estruturação física de cada UBS é composta basicamente por salas disponíveis para o serviço de zoonoses, vacinas, reuniões e multiuso, vestiários, cozinha, refeitório, salas de gerência e administração, consultórios médicos e de enfermagem, recepção, espera, observação, coleta de exames laboratoriais, higienização, curativo, farmácia, instalações sanitárias, escovário e consultório odontológico.

Além dos profissionais que compõem as ESF's, cada UBS dispõe de outros profissionais tais como psicólogo, assistente social, porteiro, profissionais de limpeza e auxiliar administrativo. Há também um gerente com um estilo de gerenciamento próprio que justifica a relevância deste estudo que visa identificar os padrões gerenciais que têm sido utilizados no atendimento à população nas unidades básicas de saúde da SMSA-BH.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O Trabalho gerencial e suas especificidades

A força propulsora da organização está baseada na capacidade e no comprometimento da alta direção em liderar um sistema de gestão eficaz, que estimule as pessoas a um propósito comum e duradouro, considerando os valores, as diretrizes e as estratégias da organização e comprometendo-as com resultados. (FNPQ, 2004, p. 13).

Atualmente, gerenciar uma empresa ou serviço público é gerenciar a mudança: enfrentar alterações rápidas e complexas e confrontar-se com ambigüidades. Cabe compreender a necessidade de novos produtos e serviços, garantir um sentido de direção em meio ao caos e à vulnerabilidade e manter a calma diante da perda de significado daquilo que se ajudou a construir (MOTTA, 2003).

Von Sperling (2002) relata que a figura do gerente tornou-se mais necessária a partir do desenvolvimento do capitalismo industrial, principalmente com o crescimento das organizações e com o estabelecimento de novas relações sociais.

Hoje, a maioria dos dirigentes, quando questionada sobre o seu trabalho, informa que encontra sempre uma carga inesperada de tarefas imprevistas, com reuniões, interrupções e trabalhos administrativos intensos, descontínuos e de natureza variável.

Sua atenção é constantemente desviada por chamados diversos, o que fragmenta sua ação e torna intermitente o seu envolvimento no processo decisório organizacional. Em seu cotidiano, os gerentes tomam decisões por meio de interações diversas, ações isoladas e opiniões manifestadas esparsamente, às vezes pouco coerentes. Aproximam-se dos problemas à medida que estes vão surgindo, na busca de soluções baseadas em informações parciais, imperfeitas e de primeira mão, quase sempre envoltas por grandes incertezas (MOTTA, 2003).

Contudo, independentemente desses fatores, a marca da gerência é que estabelece o fortalecimento do grupo de trabalho, ressalta e valoriza as competências

individuais, diluindo o poder na equipe, fazendo com que cada membro reconheça o propósito e o significado do seu trabalho.

A gerência é a arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados. Resultados que podem ser definidos, previstos e analisados e avaliados, mas que têm de ser alcançados através das pessoas e numa interação humana constante (MOTTA, 2003, p. 26).

Segundo Davel e Vergara (2001), pessoas não fazem somente parte da vida produtiva das organizações. Para os autores, elas constituem o princípio essencial de sua dinâmica, conferem vitalidade às atividades e processos, inovam, criam, recriam contextos e situações que podem levar a organização a posicionar-se de maneira competitiva, cooperativa e diferenciada com clientes, outras organizações e no ambiente de negócios em geral.

Gerenciar em uma era de constante mudança é tarefa complexa, que requer disciplina e criatividade. Apenas reformular organogramas e procedimentos não é suficiente para atender as múltiplas demandas e desafios do mercado. É necessário incorporar, no dia-a-dia, a discussão sobre os impactos causados pelas alterações contínuas do ambiente e criar condições para a obtenção de resultados efetivos, que atendam as expectativas da clientela a ser atendida (GRÖNROOS, 2003).

Para Motta (2003), a mudança alcança as pessoas e instituições todos os dias, de forma tão gradual e imperceptível quanto global e estrondosa. Para o autor, por meio das formas lentas de mudança se percebe sua irreversibilidade; pelos seus impactos surpreendentes, aprende-se a necessidade de preparar-se para ela.

Para Brito (1998), as mudanças nas concepções organizacionais e gerenciais acarretaram a necessidade de significativas modificações no perfil do gerente. Face à necessidade de continuidade no desempenho do cargo (ou a fim de manter-se empregado) os gerentes estão se adaptando ao novo cenário de mudanças e turbulências, respondendo às aprendizagens organizacionais de forma contingente, para firmarem-se e desenvolverem suas capacidades e, principalmente colocar em relevo suas competências essenciais. De acordo com Davel e Melo (2005), os gerentes tiveram que enfrentar desafios e adaptar-se ao novo contexto

organizacional, desenvolvendo a habilidade de dar respostas rápidas, num processo de reaprendizado contínuo.

Mintzberg (1986) adverte que o administrador profissional conserva seu poder somente até quando os profissionais o percebem como servindo eficazmente a seus interesses. Em uma organização pública, por exemplo, o administrador autoritário que se mantém no cargo por algum tempo é boicotado, e a forma de tratar os profissionais no confronto do dia-a-dia é usualmente transmitido no tratamento desses profissionais para com os clientes-usuários das organizações (AYRES, 2003).

Para Davel e Melo (2005), uma característica comum aos seres humanos é que grande parte de seu comportamento é baseado em crenças e valores, isto é, as pessoas agem e se comportam de acordo com aquilo que acreditam ser válido. Sendo assim, é imprescindível que a organização estabeleça suas políticas e estratégias de gestão, para a formação das bases que fundamentam os princípios da aprendizagem organizacional. Na vida profissional do novo gerente, a busca por novas competências passa a ser rotina, porquanto, impulsionado a reaprender, irá tirar conclusões de todas as aprendizagens e aprender com os erros e os acertos (DAVEL e MELO, 2005).

De acordo com Antunes (1996), os gerentes são *lobos solitários* na luta que travam a cada dia por melhores resultados, coesão, harmonia etc. Para Pahl (2005), os gerentes se esforçam para a realização de um trabalho em quantidade e qualidade suficientes para a manutenção e a garantia das relações sociais. Segundo o autor, são eles que garantem e legitimam a ordem instituída pela organização.

No desempenho profissional dos gerentes públicos, o consenso em torno da necessidade de trabalharem em prol de organizações mais ágeis, mais eficientes e focadas em resultados tem acirrado discussões acerca das novas funções, papéis e habilidades que devem apresentar.

Espera-se que dirigentes, independentemente de estarem na esfera pública ou privada, aprendam a comprometer indivíduos com a ação cooperativa e com a

inovação lidando diariamente com conflitos, acomodação, pessimismo, aceitação de ineficiência e pressões para a manutenção do *status quo* (MOTTA, 2003).

Nos dias de hoje, espera-se também que os dirigentes adquiram a capacidade de tratar o comportamento administrativo não só nos seus aspectos formais ou do ponto de vista do contexto social e político, mas também nos seus aspectos de motivação individual e condições de trabalho (MOTTA, 2003).

De um lado, pode-se tratar a gerência como algo científico, racional, enfatizando as análises e relações de causa e efeito, para se prever e antecipar ações de forma mais consequente e eficiente. De outro, tem-se de aceitar a existência, na gestão, de uma face de imprevisibilidade e de interação humana que lhe conferem a dimensão do ilógico, do intuitivo, do emocional e espontâneo e do irracional. Dirigentes devem entender a gestão moderna em ambos os sentidos (MOTTA, 2003, p. 26).

Na área de saúde, o gerenciamento de serviços detém características específicas e, para Taraboulsi (2006), quem está à frente é o responsável pelo caminho a ser seguido pela instituição. Assim, espera-se do gestor uma seqüência de ações inteligentes, planejadas, inovadoras e modernas, que levem à consecução da qualidade dos serviços na área de saúde. Os profissionais de linha de frente são os responsáveis pela entrega do serviço e devem fazer isso de maneira alinhada ao que foi estabelecido pela gerência.

Zemke e Schaal (1991) se referem às pesquisas realizadas junto às empresas de prestação de serviços, tidas como as melhores em atendimento e à própria experiência profissional como apoio ao argumento de que a arte de conceber, desenvolver e prestar atendimento diferenciado ao cliente é uma prática especial, com problemas e oportunidades singulares. A maioria das organizações, porém, ainda tem a mentalidade segundo a qual gerenciar é gerenciar e nada mais.

Para os autores, gerenciar eficiente e eficazmente requer uma forma de decidir o grau de importância do impacto que cada declaração feita pelo cliente tem sobre a qualidade global do atendimento. Conhecer não apenas as declarações que os clientes fazem, mas também perceber sua importância relativa sobre o resultado final e a satisfação do cliente, é crítico para o processo de tomada de decisões,

alocação de recursos e outros arranjos que são necessários para a arquitetura da estratégia de atendimento.

O bom atendimento freqüentemente é visto pelo consumidor como o resultado satisfatório de uma interação com o pessoal de linha de frente. A influência mais poderosa sobre essa interação provém de inúmeros aspectos provenientes do leque de atuação da gerência (PETERS e WATERMAN, 1983).

Na área pública, também é exigida a competência e modernização dos seus gerentes. Alecian e Foucher, citados por Von Sperling (2002), relatam que a condução das mudanças na administração pública exige novas competências dos gerentes públicos e, antes disso, requer gerentes públicos profissionais. No entender dos mesmos, os gerentes públicos devem engajar-se no compromisso com resultados para os cidadãos e, não apenas, no cumprimento de formalidades e legalidades. Devem também se comprometer com a otimização de recursos públicos escassos, gerenciando custos, desburocratizando procedimentos e produzindo serviços públicos de qualidade.

Acredita-se, com a construção deste estudo, que esse engajamento gerencial, aliado às diretrizes estabelecidas pela SUS, possa resultar em uma prestação de serviço de qualidade, que pode ser percebida pelos seus gestores e pelos seus usuários.

3.2 Atendimento ao cliente na área de saúde

Na definição de Albrecht e Zemke (2002), clientes de saúde, sejam as pessoas enfermas, seus familiares, acompanhantes ou visitantes devem ser vistos como seres humanos circunstancialmente fragilizados, constituídos de sentimentos e emoções, com perspectivas confusas e que necessitam de respeito, atenção e carinho.

Porém, ainda de acordo com esses autores, os serviços de saúde estão inseridos num mercado muito maior de demanda do que de oferta, que acarretou um estilo

gerencial apático às grandes e frenéticas mudanças, à importância da humanização de serviços e ambientes e, principalmente, às exigências e necessidades dos clientes de saúde.

Assim, o que se percebe com maior evidência nas instituições públicas é que muitos gerentes perderam de vista preceitos básicos como agilidade nas decisões, tomada de iniciativa, excelência na prestação de serviços aos clientes, efetivação de inovações práticas, e o fato de que não se consegue nada disso sem o comprometimento de toda a equipe.

Essa realidade acarreta atendimento descompromissado, fragmentado e desalinhado das expectativas do cliente e seus acompanhantes, resultando em reclamações, por parte desses clientes, e desgaste profissional dos integrantes da equipe. Nos dias atuais, conforme Albrecht e Zemke (2002), já não existem aqueles pacientes quietos e submissos que não ousavam falar e, muito menos, desafiar aqueles que lhes davam assistência. Os atuais clientes de serviços de saúde são mais instruídos e mais bem informados. Podem fazer e fazem julgamentos e discriminações a respeito da qualidade do atendimento.

Apesar desse avanço, o paciente não dita as regras do jogo. As decisões de tratamento ainda cabem, em sua maior parte, aos profissionais de saúde. Ao paciente cabe o julgamento sobre a assistência prestada, com base, muitas vezes, em suas vivências e expectativas. Caso a percepção sobre o serviço recebido não seja satisfatória, o cliente pode mudar de serviço.

Essa avaliação e julgamento também é feita pelos usuários das UBS's. Os clientes insatisfeitos reclamam e, quando não têm as respostas que almejam, buscam outros profissionais, em outras unidades, mesmo até fora da sua área de abrangência. Isso acarreta o chamado *conluio do anonimato*, citado por Ballint (1975).

O *conluio do anonimato* é uma prática que reflete a peregrinação vivida pelo paciente, sem que nenhum profissional efetivamente se envolva com ele e se interesse em resolver as suas demandas. O paciente entra numa ciranda de atendimentos inconclusivos, que o deixa vulnerável às complicações de sua

patologia. Ainda, visto de outra perspectiva, esse paciente, sem a devida assistência, corre o risco de a evolução de sua doença culminar num quadro maior de gravidade, acarretando internações e custos para o Estado, que, muitas vezes, poderiam ser evitados.

Albrecht e Zemke (2002) afirmam que nos dias de hoje, os pacientes não estão baseando suas decisões apenas em aspectos técnicos e relativos ao tratamento médico, tais como os recursos tecnológicos do hospital ou a adequação da equipe em um posto de enfermagem. Eles não têm como julgar essas coisas. Em vez disso, norteiam suas decisões nos aspectos em que se sentem qualificados para julgar: o quarto, a comida, o processo de admissão, as perguntas que eles fazem e as respostas que recebem – tudo é medido e avaliado, desde se as pessoas são sorridentes e cordiais, até a dificuldade que eles têm para achar uma vaga no estacionamento que não seja reservada somente para médicos.

Algumas vezes, parece que o sistema em si é incapaz, por sua própria concepção, de oferecer um bom atendimento aos pacientes, em conjunto com tratamento correto. Nas instituições privadas, buscou-se adequar as acomodações melhorando o leiaute da planta física, limpeza dos ambientes entre outros, a fim de atender as expectativas dos clientes.

O resultado obtido é que comida ruim, pisos sujos e quartos sombrios são alvo de merecidas indignações dos pacientes. Mas comida adequada, ambientes limpos e quartos toleráveis não ganham necessariamente sua aprovação total. Embora serviços ruins de hospedagem, em um hospital, possam levar os pacientes à insatisfação, um atendimento acima da média não criará, necessariamente, nem por muito tempo, uma posição distintiva na mente do cliente médio. Ao que parece, os créditos reais estão mais claramente associados à maneira pela qual o paciente é tratado como pessoa (ALBRECHT e ZEMKE, 2002).

Para o atendimento nas UBS's da SMSA-BH, foram criadas as Recomendações para a Organização da Atenção Básica na Rede Municipal. Esse documento contém as diretrizes que foram discutidas nas Oficinas de Pactuação da Organização da

Atenção nas UBS's com a participação do Nível Central da SMSA-BH, diretores e representantes dos distritos sanitários.

A formatação do trabalho a partir da instituição de equipes, com os profissionais dentro do perfil e jornada de trabalho atualmente propostos, apesar da necessidade de aprimoramento e de garantia da qualidade, tende a responder à necessidade de entender a atenção básica de forma mais abrangente, para além da assistência à saúde. (Recomendações para a Organização da Atenção Básica na Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2003).

Além desse direcionamento na busca da humanização e resolubilidade do serviço, são abordados outros aspectos, descritas outras situações denominadas *inaceitáveis* frente aos usuários. Exemplos descritos como *situações inaceitáveis* são: não respeitar o horário oficial de funcionamento da unidade, não haver acolhimento durante todo o horário de funcionamento da unidade entre outras.

Embasados nessas diretrizes, os gerentes da SMSA-BH terão de atuar com muita energia e disposição para conseguir que os profissionais das diferentes áreas vejam-se a si mesmos como elementos de apoio às pessoas e aos processos que fornecem o tipo de experiência que o cliente considera importante.

Para Motta (2003), numa organização hierarquizada, os funcionários esperam ser supervisionados, ter suas atividades reguladas, controladas e avaliadas e seu desempenho discrepante corrigido. A Rede Municipal de Saúde pode ser vista como uma organização hierarquizada. Os gerentes das UBS's assumem a função de liderança, diante das singularidades dos serviços de saúde e dos seus profissionais, que trabalham algumas vezes isolados, como autônomos e, outras vezes, interdisciplinarmente, inseridos em suas equipes.

Perceber em qual medida os gerentes devem controlar, regular, avaliar o desempenho de suas equipes para a obtenção de resultados significativos, condizentes com as diretrizes estabelecidas pelo SUS e de acordo com a capacitação e motivação de cada um dos seus funcionários é fundamental para a obtenção da melhoria da prestação de serviços nas UBS's.

3.3 Elementos essenciais da qualidade e produtividade em serviços

Para Albrecht e Zemke (2002), não importa se os programas de garantia da qualidade e produtividade estejam centrados no pessoal ou na tecnologia, eles sempre passam pelo envolvimento, mensuração, recompensa e acompanhamento.

Envolvimento. O envolvimento tem vários significados importantes para os teóricos da qualidade. Primeiro e acima de tudo, há o aspecto da conscientização dos gerentes. Isso é denominado reconhecimento, pela gerência, de que a situação [má qualidade dos serviços, por exemplo] é uma realidade (ALBRECHT e ZEMKE, 2002).

O segundo significado é a questão do comprometimento dos gerentes. A gerência deve reconhecer e transmitir a importância da qualidade dos serviços. Apenas o reconhecimento em si de que a qualidade e a produtividade dos serviços necessitam de gerenciamento não é suficiente como impulso inicial. A proclamação clara e inequívoca dos postos de observação gerenciais aos fragores das linhas de frente no sentido de que a situação deve mudar para a saúde e bem-estar da organização é uma iniciativa absolutamente imprescindível (ALBRECHT e ZEMKE, 2002).

Em terceiro lugar, também é fundamental que a participação da gerência se manifeste sob a forma de atos e palavras. Um em cada três programas de participação dos empregados fracassa porque o envolvimento do pessoal é visto como técnica e não como estilo de vida organizacional, que começa no topo e permeia toda a hierarquia. Se a administração não for parte ativa do imperativo de prestar melhores serviços, não importa que a abordagem esteja voltada para a tecnologia ou para o pessoal, a iniciativa não será levada a sério (ALBRECHT e ZEMKE, 2002).

Isso conduz ao quarto e último significado de envolvimento – a participação dos empregados. Na abordagem centrada no pessoal, essa dimensão não chega a ser um problema, desde que realmente se garanta a colaboração ativa do pessoal da organização mais ampla ou de todas as unidades funcionais. Mas ela é igualmente

importante na abordagem de alta tecnologia ao gerenciamento de serviços. Nesse segundo caso, a participação dos empregados é mais sutil, ainda que não menos fundamental. O envolvimento do pessoal no processo de mudança de tecnologia assegura que todos aceitarão seu novo papel em relação aos novos recursos e que as inovações serão aplicadas às questões mais importantes (ALBRECHT e ZEMKE, 2002).

Mensuração. Há um processo simples que ajuda a determinar o que é preciso medir. Ele começa com a identificação dos momentos da verdade para o cliente. Em seguida, usa o conceito de proposição do negócio para conferir significado organizacional às muitas maneiras como os clientes e a organização entram em contato. A proposição do negócio, que é o modelo daquilo que a organização tenta realizar, envolve uma série de inferências sobre as relações entre experiências dos clientes e resultados organizacionais (ALBRECHT e ZEMKE, 2002).

O compromisso com a qualidade dos serviços, sem a contrapartida do compromisso com os padrões de desempenho e com a mensuração dos resultados sob a perspectiva dos clientes, é o mesmo que dedicação ao palavreado inconseqüente, em detrimento do empenho pela eficiência e eficácia. Apenas por meio de padrões com foco no cliente e de indicadores do nível de satisfação dos clientes, é possível criar e gerenciar sistemas de fornecimento de serviços dinâmicos e baseados em informações, em constante sintonia com as mudanças nas expectativas dos clientes (ALBRECHT e ZEMKE, 2002).

Definição de padrões. É necessário o estabelecimento de padrões realistas para fazer tudo funcionar bem. Os padrões são gerados internamente por meio de mensurações voltadas para os clientes (ALBRECHT e ZEMKE, 2002).

Sobre o atendimento prestado pelo SUS, pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2003), revelou que as filas nas emergências dos hospitais, o longo tempo de espera para a realização de exames e cirurgias e a incapacidade das unidades de saúde de acolherem os pacientes constituíam-se nas principais queixas dos seus usuários.

Ainda de acordo com a pesquisa, mais de 90% da população brasileira é usuária de alguma forma do SUS (BRASIL, 2003).

Esses resultados, em nível hospitalar, serviram de parâmetro para a elaboração do QUALISUS, um conjunto de mudanças que visa proporcionar maior conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital. Espera-se, como consequência, que o QUALISUS contribua para salvar um maior número de vidas, com a redução dos danos à saúde, além de assegurar a satisfação por parte da população com o atendimento recebido nos hospitais da rede pública (BRASIL, 2003).

Entende-se que isso já é um começo para a implementação de ações assistenciais de qualidade e resolubilidade, que possam ser estendidas para toda a rede de saúde.

3.4 Gerenciamento do relacionamento – Foco no cliente

Para Grönroos (2003), a prestação de serviços com excelência está diretamente vinculada à liderança e constância de propósitos, foco no cliente e no mercado, valorização das pessoas, aprendizado e identidade organizacional. O gerenciamento de serviços pressupõe uma abordagem organizacional total que transforma a qualidade da prestação de serviços, com base na percepção dos clientes, na força motriz mais importante das operações do negócio. Daí a importância de valorização dos *momentos da verdade*.

O gerenciamento de serviços é extremamente relevante em quase todos os setores de atividades que lidam com produtos intangíveis, como é o caso da área de saúde ou em que os produtos tangíveis sejam pouco diferenciados entre si (ALBRECHT e ZEMKE, 2002).

O problema e o desafio, sob esse ponto de vista, é que a maioria dos *momentos da verdade*, ocorrem bem além da linha de visão imediata da administração. Esses *momentos da verdade* definem-se como todo episódio em que o cliente entra em contato com algum aspecto da empresa, por mais remoto que seja, e tem a oportunidade de formar uma impressão sobre a qualidade de seus serviços.

Uma vez que os gerentes não estão disponíveis para influenciar tantos *momentos da verdade*, eles devem aprender a gerenciá-los indiretamente, ou seja, criando uma organização voltada para os clientes e um ambiente de trabalho que reforce a idéia de sempre colocar o cliente em primeiro lugar (ALBRECHT e ZEMKE, 2002).

Todas as empresas concentradas em serviços, que são tidas como melhores em atendimento, têm claro um modelo de serviços. Os gerentes inseridos nesse contexto concentram seu foco de atuação e a energia da liderança pessoal à obtenção de resultados voltada para a satisfação dos seus clientes.

Segundo Selles e Minadeo (2006), as instituições de saúde fornecem serviços que são muito mais difíceis de serem trabalhados, comunicados ou vendidos. Como exemplo, os autores citam a dificuldade de se padronizar um atendimento clínico ou uma cirurgia. Para eles, diante desse contexto, as instituições de saúde precisam se esforçar mais do que os demais prestadores de serviços (bancos, companhias aéreas etc.) para entender o que é um serviço e o que os consumidores esperam satisfazer com sua aquisição.

Somado a isso, há de se considerar que muitos profissionais da área de saúde submetem-se, em sua atividade diária, a tensões provenientes de várias fontes, como, por exemplo, contato freqüente com a dor e outros sofrimentos, a lida com pacientes terminais e seus familiares etc.

Contudo, considerando que a escolha de um serviço ou produto está nas mãos do cliente, todos os esforços deverão ser realizados na intenção de atingir os resultados por meio de sua satisfação.

Para Grönroos (2003), as instituições focadas no cliente estão em uma posição privilegiada para identificar novas oportunidades de estabelecer estratégias que produzam melhores resultados. Ao perceber as necessidades dos clientes, elas podem decidir que grupos de clientes e necessidades emergentes devem ter prioridade de atendimento. Dessa percepção, virá a sensibilização dos funcionários para o atendimento com excelência (GRÖNROOS, 2003).

Kotler (2000), quando se refere à prestação de serviços, enumera algumas situações contingenciais, que podem ser aplicadas à área da saúde, como, por exemplo, o fato de que nem sempre o cliente tem a opção de fazer escolhas. Isso num primeiro momento. Numa segunda etapa, segundo o autor, o cliente constrói uma imagem do serviço e a dissemina junto aos seus conhecidos e, quando tiver condições de escolher, busca a assistência devida ou outra que julga ser adequada, segundo seus parâmetros e análise anterior.

Na área de saúde, uma organização focada no cliente deve ser capaz de desenvolver e estruturar suas ações estratégicas e operacionais de forma a se adaptar aos clientes em vez de esperar que eles se encaixem em seu modelo (SCARPI, 2004).

Porém, embora a função principal das instituições de saúde seja a de servir às demandas do paciente, dificilmente ele é considerado como um indivíduo integral com necessidades complexas; ao contrário, geralmente o paciente é reduzido a um sistema biológico que precisa se adaptar a serviços diversos (SELLES e MINADEO, 2006). Na rede SUS, o paciente é tido como mais um usuário, frente à excessiva demanda e a precariedade de recursos.

Albrecht e Zemke (2002) relatam a prestação de serviços sob dois aspectos. Sob o ponto de vista de cliente, ou de receptor dos serviços, a experiência de vivenciar o *momento da verdade* é algo intensamente pessoal. É um ser humano naquela situação, não alguma entidade sem rosto. Todos querem ser tratados de maneira adequada. Dessa forma, conseguem perdoar as falhas, que por ventura possam ocorrer, até mesmo quando absurdas, desde que alguém reconheça suas

necessidades pessoais e procure separar a situação. O conceito de gerenciamento dos momentos da verdade é a própria essência do gerenciamento de serviços.

Para os funcionários, na prestação de serviços, caso cometa um erro ao executar uma tarefa como parte da cadeia de experiência de um cliente, é muito provável que provoque a remoção da mente do cliente de todas as recordações do bom tratamento que ele ou ela porventura tenha recebido até aquela altura. Mas se acertar, recupera a chance de desfazer todos os erros que por acaso tenham sido cometidos no passado, com o mesmo cliente. Isso é, realmente, o momento da verdade.

Além disso, esses autores ressaltam a importância de o gerente ter um modelo de serviços nítido e uma definição inequívoca e convincente do que seja excelência. para todos os seus funcionários.

A forma e o estilo de atendimento são estabelecidos a partir do direcionamento e envolvimento e atuação das pessoas, que, segundo Scarpi (2004), devem formar um conjunto para alcançar determinados objetivos. Recursos humanos compõem um recurso estratégico de qualquer organização. A organização não alcançará o sucesso com funcionários que não são adequadamente treinados, têm atitudes ruins em relação a seu serviço e aos clientes internos e externos e não obtêm suporte adequado de sistemas, tecnologias, prestadores internos de serviços e de seus gerentes e supervisores (GRÖNROSS, 2003).

Nesse sentido, a gerência e o norteamto dos recursos humanos disponíveis, sedimentados mais especificamente na aprendizagem dos gerentes, possibilitam o fortalecimento da instituição tornando-a verdadeiramente competitiva e voltada para o sucesso (DAVEL e MELO, 2005). Para atingir esse objetivo o processo de aprendizagem perpassa pela abertura dos canais de comunicação e o compartilhamento das decisões. A gerência deve promover o incentivo ao trabalho em equipe, e deixar aflorar todo o potencial criativo dos indivíduos, fomentando o diálogo constante e sincero (GRÖNROSS, 2003).

A organização deve oferecer aos indivíduos oportunidades de ampliar sua ação nos processos de solução de problemas (MOTTA, 2003). O mesmo autor refere-se à complexidade da mudança e enfatiza que os seres humanos têm uma forte tendência à estabilidade e às formas já estabelecidas de adaptarem-se ao trabalho. Ainda relata que a mudança é um ônus, pois requer da pessoa rever sua maneira de pensar, agir, comunicar, inter-relacionar-se e de criar significados para a própria vida. Mudar envolve o indivíduo e seu meio, portanto, é incerto e arriscado – tão promissor quanto ameaçador.

Ayres (2003) afirma que as organizações modernas, particularmente as mais competitivas, valorizam cada vez mais a criatividade, a autonomia e o espírito de equipe, incorporando experiências bem-sucedidas em vários campos do saber e, ao mesmo tempo, construindo possibilidades e provendo de sentido as atividades laborativas.

O pré-requisito de gerenciamento para o bom serviço é promovido estabelecendo uma liderança orientada para o serviço. Isso abrange as atitudes de gerentes e supervisores em relação a seus papéis e como eles agem como gerentes. A alta direção deve mostrar apoio, ser inspiradora e estar afinada com os indivíduos que gerencia. Sem suporte ativo e contínuo de todos os gerentes e supervisores, os valores que caracterizam uma verdadeira cultura de serviço não podem ser propagados por toda a organização e mantidos quando já foram estabelecidos. Esse impacto gerencial é de vital importância para que valores orientados para serviço sejam comunicados aos funcionários, fortalecidos e transformados em parte integral da vida cotidiana da organização (GRÖNROSS, 2003).

Os funcionários são elementos fundamentais dentro da instituição de saúde, pois, se eles não estiverem capacitados, motivados e devidamente equipados, podem provocar um impacto negativo tanto na imagem quanto na qualidade dos serviços prestados (SELLES e MINADEO, 2006).

Num mundo de mudanças rápidas, em que conhecimentos e habilidades – necessários – já não são facilmente previsíveis, as organizações devem criar mais condições para que as pessoas liberem seu potencial criativo e promovam as inovações requeridas pelas novas circunstâncias (MOTTA, 2003, p. 227).

Segundo Grönroos (2003), profissionais orientados para serviço que se interessam por seus clientes fazem mais por eles, são mais criativos, corteses e flexíveis, tentam encontrar soluções adequadas para os desejos dos clientes e fazem de tudo para recuperar uma situação em que alguma coisa deu errada ou resolver uma situação inesperada, no *momento da verdade*.

3.5 A organização dos serviços, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde

A constituinte de 1988, no capítulo VIII *da Ordem social* e na secção II referente à Saúde, define no artigo 196 que

[...] a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo.

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.”

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania.

Seus princípios mais difundidos são a universalidade, que propõe que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de

sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. A equidade vem como um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Em função desse princípio, pretende-se que a rede de serviços esteja atenta às necessidades reais da população a ser atendida. Por fim, a integralidade significa que as pessoas devem ser consideradas como um todo, devendo as ações de saúde estar voltadas para o atendimento a todas as suas necessidades.

Desses princípios derivaram alguns outros organizativos que se referem à hierarquização, participação popular e descentralização política administrativa. A hierarquização é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Descentralização política administrativa trata da municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS. Em Belo Horizonte, a SMSA assumiu a gestão plena do SUS, demarcando um caminho sem volta na descentralização real da gestão do sistema.

A participação popular, ou seja, a democratização dos processos decisórios consolida-se na efetiva participação dos usuários dos serviços de saúde por meio dos Conselhos Municipais de Saúde – CMS. Segundo a Lei n. 7.536, em seu artigo 2º, ao CMS-BH compete:

- I. atuar na formação de estratégias e no controle da execução da política municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;
- II. estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;
- III. aprovar critérios e valores para a remuneração de serviços e para os parâmetros de cobertura assistencial;
- IV. propor critérios para definição de padrões de parâmetros assistenciais;
- V. acompanhar e controlar a atuação dos setores público e privado da área de saúde, credenciados mediante contrato ou convênio;

- VI. acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde;
- VII. aprovar, controlar e avaliar o Plano Municipal de Saúde;
- VIII. aprovar, avaliar e fiscalizar a gestão do Fundo Municipal de Saúde, frente ao Plano Municipal de Saúde;
- IX. aprovar o regimento, a organização, a convocação e as normas de funcionamento da Conferência Municipal de Saúde, bem como das plenárias municipais de saúde;
- X. estabelecer canais permanentes de interlocução com a sociedade.

Há de se considerar, porém, que o SUS, ao longo da sua existência, sempre sofreu as conseqüências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento. Atualmente, há incertezas quanto à liberação dos recursos, tendo em vista a extinção da contribuição provisória sobre movimentação financeira – CPMF –, a partir de 31 de dezembro de 2007.

E, na prática, em nível primário, nas UBS's, que é a forma inicial de acesso aos serviços de saúde, o que se observa, muitas vezes é o atendimento fragmentado, num cenário, freqüentemente caótico, segundo Esperança, Cavalcante e Marcolino (2006). Para as autoras, acolher toda a clientela nas UBS's tem sido tarefa árdua e complexa, pois a prestação do atendimento com qualidade a todos os usuários, em grande parte, não se concretiza.

De acordo com a definição do Ministério da Saúde, a atenção básica é entendida como o conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, bem como as ações clínicas de tratamento e reabilitação dos problemas de saúde, fundamentais para a resolubilidade desse nível da atenção.

Nos balanços feitos pela SMSA-BH, nos anos de gestão do SUS e institucionalização das suas diretrizes, foi feita ampliação significativa da rede própria dos serviços. Também ocorreu modernização do ponto de vista estrutural e gerencial com ampliação dos serviços existentes e criação de outros, com avanços

na regulação do setor privado prestador de serviços, maior controle de fraudes, favorecimento da participação cidadã e o controle social, investimento na intersetorialidade e inversão das curvas e índices até então inaceitáveis para a sexta capital do País. Merece ser destacada a redução da taxa de mortalidade infantil de 39,4, em 1993, para 13,4 por mil nascidos vivos, em 2002.

Assim como proposto pelo Ministério da Saúde, em Belo Horizonte, a estratégia da saúde da família é o eixo norteador para a reorganização da atenção básica nas UBS's.

A implantação de um novo modelo de atenção no município, por meio da inserção das equipes de saúde da família na rede básica de saúde, bem como de profissionais com um novo perfil dentro do sistema, trouxe uma série de avanços, mas também muitos impasses e indefinições (BELO HORIZONTE, 2003).

Nas UBS's, a equipe assistencial ou de atendimento, conforme já foi dito, é composta por médicos, enfermeiros, outros profissionais de nível superior e auxiliares de nível médio. Entre esses profissionais de nível médio, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde – ACS –, categoria funcional mais expressiva pelo elevado contingente de servidores, que totaliza em torno de duas mil e quinhentas pessoas, no município de Belo Horizonte. Além de serem contingente bastante expressivo, há de se considerar a atuação dos ACS's, junto à população adstrita, que fortalece os laços de ligação e possibilita a prestação da assistência devida.

Os profissionais são contratados principalmente via concurso público. Há casos, entretanto, em que são chamados a cumprir apenas um contrato administrativo, sem respaldo da CLT, renovado a cada seis meses, sem direito a férias, resultando num vínculo muito precário com o Centro de Saúde. Essa é uma das principais justificativas da elevada rotatividade de pessoal nas UBS's.

As unidades de saúde, independentemente da sua forma de organização e/ou cobertura por equipes de saúde da família, aderem a pactos de garantia do cumprimento das diretrizes do modelo e de alcance de resultados, com o seu desempenho sendo avaliado periodicamente. Essas avaliações perpassam

principalmente pelo levantamento de dados que traduzem o quantitativo das ações empreendidas.

As diretrizes propostas pela SMSA-BH são baseadas nas diretrizes estabelecidas pelo SUS. Além disso, em seu conjunto, consideram que as instituições de saúde apresentam grande complexidade em sua gestão em função das características de suas organizações, tais como:

1. diversidade de atores/trabalhadores com ampla autonomia no desempenho dos seus trabalhos;
2. coordenação do trabalho a partir de saberes, normas e práticas adquiridas fora das organizações prestadoras de serviço, em nível dos centros formadores e das associações profissionais;
3. difícil padronização dos processos de trabalho específicos, devido à diversidade dos cuidados, à imprevisibilidade da demanda e devido ao componente interativo e comunicacional de todo ato de produção individual;
4. problemas centrados na coordenação das categorias profissionais que formam as equipes de saúde e dificuldade no estabelecimento de critérios claros de avaliação e de imputabilidade de responsabilidades;
5. a respeito da atitude dos profissionais da área, Merhy (1997) aponta a grande autonomia dos trabalhadores no fazer em saúde e a dinâmica extremamente complexa dos equipamentos de saúde. Isso é percebido ao se considerar o conjunto dos autogovernos em operação, o jogo de interesses organizados como forças sociais que atuam na micropolítica do processo de trabalho e as mentes presentes, todas potencialmente portadoras de projetos e com possibilidade de disputá-los no espaço das organizações.

De acordo com essas premissas e objetivando proporcionar assistência à saúde com qualidade e resolubilidade, foram descritos os Princípios Mínimos e as Diretrizes Assistenciais do Processo de Trabalho pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte:

1. acesso universal: todos os que entrarem na unidade deverão ter uma escuta qualificada e uma resposta ao seu problema de saúde;

2. estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários com responsabilização do cuidado;
3. autonomia do usuário: fazer com que o usuário ganhe autonomia e se responsabilize com o seu cuidado;
4. atuação em equipe, articulando as diversas intervenções dos profissionais da unidade de saúde e efetivando o trabalho solidário e compartilhado;
5. assistência integral e resolutiva: abordagem completa do indivíduo, contemplando todas as ações de saúde adequadas para prover resposta satisfatória na produção do cuidado (e não restrita às demandas colocadas) articulando e disponibilizando os diversos recursos e níveis de atenção;
6. cumprimento do princípio do PSF de atuação do médico como generalista;
7. equidade como princípio para a definição das prioridades a serem encaminhadas no processo de organização da assistência à saúde;
8. participação no planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, com definição de prioridades, articulando as diversas políticas sociais urbanas implementadas no município, incluindo as produzidas pela própria comunidade, tornando mais efetivas as intervenções para os diversos problemas demandados pela população;
9. acolhimento: como expressão de escuta qualificada, relação cidadã e humanizada bem como encaminhamento adequado para resolução das demandas identificadas.

Essa definição formal de diretrizes, no entendimento dos gestores do nível central, é apenas o primeiro passo, de modo que a contribuição e o comprometimento de cada profissional são fundamentais para que os resultados sejam alcançados (BELO HORIZONTE, 2003). A expectativa é a da garantia à saúde de todos os seus usuários, de maneira organizada, planejada no tempo e no espaço, com metas e objetivos a serem alcançados e avaliados.

Além disso, para a SMSA-BH, todas essas diretrizes devem se pautar centralmente pela lógica do usuário, ou seja, por meio de uma gestão participativa na unidade, instituído pelo colegiado gestor, participação popular e controle social na gestão local; planejamento da organização da assistência a partir de um diagnóstico da

realidade local em nível de microáreas e, finalizando, via avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada.

Espera-se que, dessa forma, seja construída uma verdadeira relação com a população adstrita nos centros de saúde, possibilitando o fortalecimento da instituição como referência, bem como a de seus profissionais, quando se fizer necessário.

A fim de atingir esses resultados, almeja-se que as ações dos gerentes sejam bem direcionadas, com objetivos claros para toda a equipe, pois, segundo Robbins (1999), a tomada de decisões está sendo empurrada para baixo, para o nível operacional, onde os trabalhadores estão sendo deixados livres para tomar decisões sobre programações e soluções de problemas relacionados ao trabalho.

Atualmente, o Ministério da Saúde utiliza da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde para definir e quantificar as ações de saúde para população residente em cada território, bem como são efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Entende-se que isso representa mais uma estratégia administrativa para imprimir aos serviços prestados mais qualidade e resolubilidade, conforme citado abaixo.

A Política de Regulação da Atenção à Saúde deve ter como objetivo implementar uma gama de ações-meio que incidam sobre os prestadores, públicos e privados, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva de ações de saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização destas ações. Deve, portanto articular e integrar mecanismos que permitam aos gestores regularem as ações e serviços de saúde, tais como: fazer dos contratos pactos entre gestores e prestadores; reformular as atividades de controle assistencial e da avaliação da atenção à saúde; desenvolver os protocolos assistenciais e implementar a regulação do acesso por meio dos complexos reguladores.(BRASIL, 2006)

3.6 Acolhimento – Fundamental para o atendimento nas UBS's

O contato direto com seres humanos coloca o profissional de saúde diante de sua própria vida, saúde ou doença, dos próprios conflitos e frustrações. Se ele não tomar contato com esses fenômenos, correrá o risco de

desenvolver mecanismos rígidos de defesa que podem prejudicá-lo tanto no âmbito profissional quanto no pessoal, como também este profissional da saúde, ao entrar em contato com os seres humanos, pode utilizar o distanciamento como mecanismo de defesa. (MOTA, MARTINS e VÉRAS, 2006)

Segundo a Política Humaniza SUS, a humanização supõe troca de saberes, incluindo os dos usuários e sua rede social, diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe (BRASIL, 2005).

Sendo assim, a humanização pode ser entendida como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de modificar realidades, transformando-se a si próprios nesse mesmo processo.

Sobretudo, a humanização trata de investir na produção de um novo tipo de interação entre os usuários dos sistemas de saúde e dos que prestam os serviços. Enfim, a humanização estabelece-se como construção de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos entre os profissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde (FREYRE, 2004).

De acordo com a Política Humaniza SUS, o Sistema Único de Saúde deve ser contagiado por essa atitude humanizadora, articulando-se por meio desse eixo. Trata-se, principalmente, de destacar o aspecto subjetivo presente em qualquer ação humana, em qualquer prática de saúde (BRASIL, 2005).

Pode-se dizer que a rede de humanização em saúde é uma rede de construção permanente de laços de cidadania, de um modo de olhar cada indivíduo em sua especificidade, sua história de vida, mas também de focá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas (MOTA, MARTINS e VÉRAS, 2006).

Para Pessini (2002), é possível e adequado para a humanização se constituir, além de todas as técnicas, na presença solidária do profissional, refletida na compreensão e no olhar sensível, aquele olhar de cuidado que desperta no ser humano sentimento de confiança e solidariedade.

A construção de uma metodologia de trabalho para implantação de projetos de humanização nas diversas instituições permite o desenvolvimento de ações voltadas para os usuários e condições de trabalho para os profissionais, fortalecendo espaços de troca e produção de conhecimento voltado para uma melhor qualidade de trabalho aos funcionários e melhor prestação de assistência aos usuários.

Para Mota, Martins e Vêras (2006), humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética, ou seja, para que o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo sejam humanizados, é preciso tanto que as palavras expressas pelo sujeito sejam entendidas pelo outro quanto que este ouça do outro palavras de seu conhecimento. As autoras afirmam que sem comunicação não há humanização, pois ela depende da capacidade de falar e ouvir, depende do diálogo com o outro.

Segundo a proposta que deu origem a Política Nacional de Humanização – PNH – em 2004, o cenário que se desenhava no campo da saúde no Brasil indicava necessidade de mudanças para que os objetivos do SUS fossem alcançados. Dentre os principais problemas a serem resolvidos, encontravam-se: o quadro de desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores e os modelos de gestão centralizados e verticais que desapropriavam o trabalhador de seu próprio processo de trabalho (BRASIL, 2004)

Nos dias de hoje, a importância do acolhimento pode ser percebida no conjunto das diretrizes descritas pelo Ministério da Saúde. Todas elas, porém, só se concretizarão quando for possível a atenção qualificada aos usuários dos serviços de saúde, conforme é recomendado fazer por meio do acolhimento dos usuários nas UBS's. Para isso, é requerido que as pessoas envolvidas nos atendimentos, os funcionários de linha de frente, se conscientizem de sua importância e pontuem suas ações com base nos moldes descritos.

Empregadas no atendimento nas UBS's, conforme os conceitos estabelecidos, essas diretrizes denotariam excelência na prestação do serviço, além de alicerçarem o cumprimento de todas as outras diretrizes estabelecidas.

De acordo com Malta et al. (2003), o acolhimento vem como uma proposta de mudança do processo de trabalho em saúde, que possibilita a intervenção de toda a equipe multiprofissional. O objetivo é atender a todos os que procuram por assistência, com uma postura capaz de acolher e dar a resposta mais adequada a cada usuário. Dessa forma, o autor refere-se à responsabilização pela saúde dos indivíduos, por parte dos profissionais, por meio de conseqüente constituição de vínculos com a população a ser atendida.

Atualmente, nas UBS's, o fluxo de entrada não mais se processa de forma unidirecional, agendando-se para o médico todos os pacientes que chegam. Toda a equipe participa da assistência direta ao usuário e são encaminhados para a consulta médica apenas aqueles que dela necessitam. Dessa forma, “[...] toda a equipe participa da resolução do problema, colocando em prática outros ‘saberes’ existentes, potencializando-se a capacidade de resposta e intervenção” (MALTA et al., 2003, p. 128).

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que é diferenciado de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (Cartilha da PNH; Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, 2004).

De outra forma, o desenvolvimento científico e tecnológico tem trazido uma série de benefícios, sem dúvida, mas tem como efeito adverso o incremento da desumanização. O preço pago pela suposta objetividade da ciência é a eliminação da condição humana da palavra, que não pode ser reduzida a mera informação de anamnese. Por exemplo, quando é colhida a história do paciente, há que se atentar para a verdadeira escuta e não apenas preocupar-se em recolher a informação necessária para o ato técnico. Este é indispensável, mas o lado humano fica excluído. O ato técnico, por definição, elimina a dignidade ética da palavra, pois esta é necessariamente pessoal, subjetiva, e precisa ser reconhecida na palavra do outro (BALLINT, 1975).

A humanização, a escuta apropriada, a compreensão e respeito à individualidade do outro complementam as estratégias utilizadas na prestação de serviços na área de saúde. Todo o conjunto agrega valor ao produto final, que é nitidamente percebido pelos clientes.

A aplicação desses conceitos perpassa pela prática da empatia, característica fundamental, que otimiza os esforços de excelência na prestação de serviços, junto ao gerenciamento e deve ser estabelecido como um valor a ser cultuado.

Na opinião de Zemke e Schaaf (1991), a empatia é uma das ferramentas que deve ser utilizada quando as necessidades e expectativas dos clientes não forem atendidas de forma satisfatória. Para esses autores, nesses casos, é crucial tratar dos problemas com o cliente e das falhas no atendimento o mais rápida e completamente possível. Os autores relatam ainda que, nas empresas consideradas as melhores em atendimento, é despendida a mesma energia de trabalho quando alguma coisa sai errada, como quando se empenha para que tudo dê certo logo na primeira vez.

A empatia é o elo que conecta os seres humanos e ajuda-os a pensar antes de agir, motivando-os a estender o braço para alguém que sofre, ensinando-os a usar o poder de raciocínio para equilibrar suas emoções e inspirando-os a almejem ideais mais elevados aos quais os seres humanos podem aspirar (CIARAMICOLI e KETCHAM, 2001).

Conceitua-se empatia, segundo o Dicionário Aurélio, [Do gr. Empáttheia.] S. f. Psicol. Tendência para sentir o que sentiria caso se estivesse na situação e circunstância experimentadas por outra pessoa. (FERREIRA, 2004).

Na área de saúde, a empatia deve ser empregada a todo momento em que houver interface com o paciente, objetivando proporcionar atendimento acolhedor, de acordo com a percepção do outro. Não é fácil de ser usada, visto que é um processo no qual o profissional deve extrapolar suas próprias referências, para se centralizar na maneira como a outra pessoa percebe sua própria realidade.

É essa empatia que contribui para despertar constantemente a solidariedade ao próximo, tão necessária no atendimento ao paciente. Em nada acrescenta o emprego de tantos avanços ocorridos nos últimos tempos, controles e implementação de processos se não houver uma equipe de atendimento eficaz, motivada e engajada para obtenção dos objetivos traçados. É preciso ter sensibilidade acurada para chegar até o outro e compreender suas verdadeiras percepções e expectativas, pois são várias as barreiras, sutilezas e os códigos implícitos que permeiam as relações humanas. Também não existe uma fórmula eficaz e específica para o alcance desse objetivo, que é, por sua própria natureza, subjetivo e individual.

Expressar empatia pode ser o trunfo mais precioso do atendimento. O cliente sente-se ouvido e atendido da forma mais satisfatória possível (ZEMKE e SCHAAF, 1991).

A empatia parte de pessoas sensíveis, de bom senso, criativas e com elevado grau de autonomia, para executar as ações necessárias para atender as expectativas de seus clientes. Percebe-se que o outro pode ser, ao mesmo tempo, semelhante e diferente; fácil de lidar e ao mesmo tempo intempestivo, proprietário da sua individualidade permeada de conflitos e demandas.

Para Zemke e Schaaf (1991), expressões sinceras de empatia são bastante diferentes daquelas de compaixão. A compaixão ocorre quando se compartilha a dor de outra pessoa. Há grandes riscos na compaixão, porque nela o ajudante se junta ao ajudado e, não, o oposto. Se a compaixão ajuda alguém a se sentir melhor com relação ao fato de ser fraco, a empatia é a espécie de compreensão que o ajuda a sentir-se novamente forte (ZEMKE e SCHAAF, 1991).

Os clientes, independentemente do seu nível socioeconômico e cultural, estão se tornando mais sofisticados, mais informados e, conseqüentemente, mais exigentes. De modo geral, estão buscando mais conforto, menos problemas, custos adicionais mais baixos e menos aborrecimentos causados pela utilização dos bens e serviços; em resumo, estão buscando melhor valor (SELLES e MINADEO, 2006).

Entretanto, os clientes cometem tantos erros quanto as pessoas que os atendem. Para Albrecht e Zemke (2002), a idéia de que o cliente tem sempre razão é errada, visto que, em determinadas situações, o cliente é tratado apenas como se ele

estivesse com a razão. Mas, o que fazer além de dar razão ao paciente? Não obstante esse critério de avaliação, nas instituições que se preocupam com a qualidade da prestação de serviços, são despendidos esforços para que ele obtenha respostas para as suas necessidades e expectativas, independentemente se tem razão ou não.

Os clientes raramente sabem qual é a atitude de um profissional que presta atendimento em relação a eles, mas isso não os impede de fazer um julgamento do que os deixaria satisfeitos, com base naquilo que eles pensam que deva ser feito. Eles percebem se estão sendo valorizados ou não, de acordo com o que pode ser visto e mensurado: pessoas disponíveis, atentas, com adequada postura e atitude profissionais. Por outro lado, um funcionário que anota um pedido com o telefone encaixado na curva do pescoço, mantendo em paralelo uma conversa pessoal, sem dirigir o olhar ao cliente, com uma bola de goma de mascar na boca, está enviando uma mensagem clara: ele não é suficientemente importante.

Esses valores requerem especial atenção por parte da gerência. Visto que necessitam ser trabalhados e cultuados no dia-a-dia das instituições. As mudanças se concretizam por meio do aprendizado dos trabalhadores que se dispõem a produzir o cuidado, e mais do que isso, a mudança de atitude em relação aos usuários.

A idéia central é que se organizem serviços centrados no usuário, segundo certa classificação das suas necessidades suficientemente ampla para abarcar o mundo complexo da saúde (CECÍLIO, 2001). Tudo isso tem como foco o processo de trabalho e a atitude que o profissional assume diante do usuário e diz respeito à sua forma singular de dar sentido ao trabalho que ele próprio realiza de produção do cuidado.

As organizações de sucesso e focalizadas no atendimento, segundo Albrecht e Zemke (2002),

1. têm a obsessão por ouvir, entender e reagir rapidamente às mudanças nos desejos, necessidades e expectativas do cliente;

2. criam e comunicam uma estratégia de atendimento bem definida e inspirada pelo cliente;
3. desenvolvem e mantêm sistemas de atendimento *amigáveis em relação ao cliente*;
4. contratam, motivam e desenvolvem pessoas voltadas para o cliente, para o atendimento ao público.

Concomitante a essas questões relacionadas ao acolhimento, humanização e empatia, Cecílio (1994) refere-se ao Modelo de Atenção ideal para organizar a denominada Rede Básica (Atenção Primária) viabilizando, na prática, as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Segundo o autor, entre as diversas propostas experimentadas no País, desenvolveu-se, durante a década de noventa, uma formulação, denominada Modelo de Atenção em Defesa da Vida – MDV, originalmente elaborada pelo Laboratório de Planejamento do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e, posteriormente, aperfeiçoada por trabalhadores e dirigentes de instituições hospitalares e secretarias municipais de saúde de cidades como Campinas, Piracicaba, Ipatinga, Belo Horizonte, Betim, Sumaré, Hortolândia, Volta Redonda e Paulínia.

O MDV está pautado na defesa das diretrizes básicas dos SUS procurando constituir dispositivos e arranjos institucionais com o objetivo de garantir a gestão democrática dos estabelecimentos de saúde, o acolhimento humanizado da clientela, o acesso a serviços resolutivos e o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários com a clara definição de responsabilidades.

A esses princípios Cecílio (1994) sugere ainda acrescentar determinadas concepções com importantes conseqüências operacionais:

1. a valorização de ações em microespaços, consideradas estratégicas para a mudança, sem com isso desconhecer-se o papel dos determinantes macroestruturais (MERHY, 1997);
2. o entendimento de que sem a participação de todos os trabalhadores, não são possíveis mudanças no setor público de saúde;

3. o resgate do usuário como sujeito da mudança valorizando o papel dos mesmos no dia-a-dia dos serviços de saúde assim como em fóruns de deliberação coletiva tais como os conselhos de saúde;
4. a compreensão de que se a demanda espelha, por um lado, a oferta de serviços e a ideologia/cultura dominante, por outro, ela traduz as aspirações da sociedade por novos padrões de direitos sociais revelando elementos da subjetividade do usuário devendo, portanto, ser criticamente incorporada ao processo de organização dos serviços de saúde (CAMPOS, 1991);
5. a necessidade de se reformular a clínica e a saúde pública a partir das reais necessidades dos usuários;
6. a importância de utilizar, de maneira consequente e criativa, tecnologias disponíveis em outros projetos assistenciais.

Diante do exposto, pode-se perceber as várias estratégias para instituir um atendimento qualificado e humanizado e a intrínseca relação com o desempenho gerencial para o alcance dos resultados. Segundo Motta (2003), porém, o trabalho gerencial está sujeito a pressões de coalizão de poder e perspectivas organizacionais. Para o autor, como regra geral, dirigentes chegam a compreender bem os objetivos de suas organizações e julgam-se preparados para alcançá-los. Contudo, sentem-se surpresos com a natureza do processo decisório organizacional, ou seja, como fatores não-controláveis conduzem o seu comportamento administrativo a formas diversas do desejado.

Neste estudo, a trajetória metodológica e a apuração dos resultados obtidos descritos no próximo capítulo visam possibilitar identificar os padrões gerenciais que têm sido utilizados pelos gerentes no atendimento à população nas unidades básicas de saúde da SMSA-BH, conforme proposto inicialmente.

4 METODOLOGIA

Para Gil (2002), pesquisa pode ser definida como o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa é requerida quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema ou, então, quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não possa ser adequadamente relacionada ao problema. A pesquisa é desenvolvida mediante o concurso dos conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos.

Dessa forma, o processo de pesquisa desenvolve-se ao longo de fases, que vão desde a adequada formulação do problema até a satisfatória apresentação dos resultados obtidos. O número de fases, assim como seu encadeamento, depende de muitos fatores, tais como a natureza do problema, o nível de conhecimentos que o pesquisador dispõe sobre o assunto, o enfoque que se pretende conferir à pesquisa etc. (VERGARA, 2006).

Neste estudo, o universo da pesquisa consistiu-se das Unidades Básicas de Saúde e os sujeitos investigados foram os gerentes. Para a coleta de dados, foi utilizada, inicialmente, a técnica de Grupo Focal, que permitiu a adequação do questionário utilizado para a segunda fase de coleta de dados junto aos gerentes dessas unidades.

O estudo foi de caráter descritivo analítico. A pesquisa descritiva, segundo Mattar (2001), conduz a uma maior clareza dos dados obtidos, pois possibilita descrever as características de um grupo, estimar a proporção de elementos numa população escolhida que apresentem determinadas características ou comportamentos ou descobrir ou verificar a existência de relação entre as variáveis analisadas.

Foram utilizadas as estratégias quantitativa e qualitativa. A estratégia qualitativa mostrou-se mais apropriada para a compreensão dos fenômenos, nos contextos nos

quais eles ocorreram e dos quais são parte, uma vez que a análise é realizada numa visão integrada.

Assim, para a coleta desses dados qualitativos, foi realizado Grupo Focal (*Focus Group*) com gerentes convidados, o que possibilitou também o direcionamento das questões a serem respondidas pelo questionário.

A pretensão inicial de realizar três grupos focais foi descartada, tendo em vista a dificuldade de reunir os gerentes num mesmo espaço e num mesmo tempo. Apesar de muitos demonstrarem interesse em participar, não havia como organizar suas próprias agendas, para mais um compromisso. Essa dificuldade é inerente à função de gerência. O cargo gerencial é permeado por incertezas, conflitos, sobrecarga de trabalho, e o tempo é tido como algo não planejado e não controlado (DAVEL e MELO, 2005).

Segundo Vergara (2006), o Grupo Focal é um método de coleta de dados que consiste na realização de entrevistas em grupo, conduzidas por um moderador e tem como objetivo a discussão de um tópico específico. Para Mattar (2001), esse método é também chamado de entrevista focalizada de grupo, entrevista profunda em grupos, reuniões de grupos, pesquisa diagnóstica e pesquisa de motivação.

Para este estudo, o Grupo Focal contou com a participação de seis gerentes, que se disponibilizaram e conseguiram organizar suas atividades, a fim de possibilitar as suas presenças no local, dia e horário combinados. O convite aos participantes foi feito por telefone, aleatoriamente, de acordo com listagem obtida no *site* da SMSA-BH.

Para Vergara (2006), o número de participantes em cada sessão deve variar, em geral, entre seis e doze pessoas. A autora relata que, para o pesquisador, em grupos com menos de seis participantes, torna-se mais difícil manter uma discussão ativa. Por outro lado, não é fácil gerenciar a discussão em grupos com mais de dez pessoas, especialmente quando os participantes apresentam alto grau de envolvimento com o tema abordado.

No caso específico desse grupo, a participação de todos os convidados foi bastante expressiva. O Grupo Focal foi conduzido pelo próprio pesquisador com o apoio de uma psicóloga, especializada na área de recursos humanos, de acordo com roteiro semi-estruturado e teve duração de duas horas. Inicialmente, havia sido feita previsão de duração de uma hora e meia. O tempo ficou, porém, comprometido devido à necessidade de os gerentes trocarem idéias sobre os problemas vivenciados no dia-a-dia nas UBS's.

Os tópicos de discussão referiam-se às questões necessárias para elucidação da pergunta de partida e dos objetivos propostos neste estudo, conforme exposto abaixo:

1. capacitação para assumir a função gerencial;
2. dia-a-dia nas UBS's – Potencialidades e dificuldades;
3. práticas do dia-a-dia que dão resultados;
4. fatores que impactam no atendimento;
5. projetos que foram efetivamente implantados;
 - Os projetos estão em conformidade com as diretrizes do SUS?
 - Como esses projetos foram implantados?
6. atividades desenvolvidas em que são percebidos valores de qualidade e acolhimento pelos pacientes;
7. avaliação dos serviços prestados, sob a perspectiva dos usuários.

Após a realização do Grupo Focal, a fim de possibilitar maior esclarecimento dos tópicos que ainda se apresentaram obscuros ou visando a ampliação de outros dados que foram postos pelos seus participantes, foi estruturado questionário com questões específicas, pertinentes ao gerenciamento das UBS's da SMSA-BH.

Para Morgan (1997), o Grupo Focal é, em geral, associado a outros métodos como a entrevista individual e a observação participante. Na opinião de Gil (2002), uma das características mais significativas da pesquisa descritiva está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

Segundo Gil (2002), pode-se verificar que o questionário constitui o meio mais rápido e barato de obtenção de informações, além de não exigir treinamento de pessoal e garantir o anonimato. Para o autor, a elaboração de um questionário consiste basicamente em traduzir os objetivos específicos da pesquisa em itens bem redigidos.

Assim, os questionários, revisados após o Grupo Focal, foram enviados a todos os gerentes das UBS's nas nove regionais de Belo Horizonte, que totalizam 144 profissionais. Foram obtidas 44 respostas, porém uma não foi utilizada, tendo em vista que foi entregue além do prazo previsto, quando os dados já haviam sido compilados. Dessa forma, a amostra foi composta por 29,86 da população dos gerentes das UBS's.

Os dados secundários foram obtidos por meio de observação participante, que é uma técnica de coleta de dados com origem na antropologia e sociologia. Esse método tem sido usado com mais freqüência em estudos antropológicos de diferentes grupos culturais, mas também pode ser usado em organizações e grupos menores.

Para Haguette (1982), essa observação pode se dar no ambiente natural de vida dos que serão observados, confundindo-se com a pesquisa-ação ou acompanhando as técnicas de entrevista ou de grupo focal. A autora enfatiza que, na observação participante, a presença do observador, em uma situação social, é mantida para fins de investigação científica, focalizando o comportamento e as relações em situações naturalmente determinadas.

Difere de outras técnicas qualitativas de coleta de dados por ser a menos estruturada. Assim, não se faz uso de nenhum instrumento específico para direcionar a observação, como ocorre com o questionário ou com o roteiro de entrevista. É guiada pelos objetivos específicos da pesquisa e está aberta a outras variáveis integrantes do problema estudado. O observador deve ser treinado para desenvolver sua sensibilidade a fim de poder identificar o que é digno de ser observado (HAGUETTE, 1982). O que interessa, em especial, é a observação dos

sinais de comunicação não-verbal como expressões faciais, gestos e posturas, e verbal, como brincadeiras, anedotas sobre o tema e apartes.

Da mesma forma que a entrevista, a Observação Participante está sujeita à interferência de fatores de contaminação, segundo Haguete (1982, p. 35), tais como:

- a) o viés sociocultural do observador – interferência da perspectiva e valores de sua própria cultura, de seu tempo e de seu meio;
- b) o viés profissional/ideológico – indução à seletividade da observação, dependendo do tipo de referência ou do tipo de treinamento recebido pelo observador;
- c) o viés interpessoal do observador – suas emoções, defesas etc. poderão moldar o que ele entenderá como significativo e a maneira como ele perceberá a interação humana;
- d) o viés emocional do observador com relação às próprias necessidades como pesquisador – a necessidade de confirmar suas hipóteses, de “estar certo”, forçando uma “adequação” do real a suas teorias prévias sobre o fenômeno;
- e) o seu viés normativo acerca da natureza humana – condução a juízos de valor com prejuízo não só para a coleta mas também para a análise e interpretação dos dados.

Ainda, de acordo com Haguete (1982), o participante normal envolve-se na atividade, evita uma sobrecarga sensorial, dispensa atenção focalizada e dirigida, tem experiência subjetiva, geralmente não é introspectivo e não faz um relatório de suas observações. Para a autora, já o observador participante envolve-se e observa, aumenta sua capacidade de percepção sensorial conscientemente, tem experiência tanto subjetiva quanto objetiva, é tanto alheio ao grupo, quanto conhecido dele, usa a introspecção conscientemente como instrumento de pesquisa e, caso seja necessário, faz relatórios detalhados.

Neste estudo, a observação participante foi integrada aos métodos de coleta de dados, considerando o fato de a pesquisadora ter experiência de 20 anos como enfermeira de Unidade Básica e como gerente administrativa em clínica médico-ambulatorial da Prefeitura de Belo Horizonte.

4.1 As instituições pesquisadas

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2002).

As UBS's são as portas de entrada para a assistência à saúde da população. Essa assistência é efetivada por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações com demandas específicas, de territórios bem delimitados, que são denominadas áreas de abrangência (BRASIL, 2006).

Conforme as diretrizes estabelecidas pelo SUS, à Unidade Básica de Saúde de determinada área de abrangência cabe assumir a responsabilidade sanitária, em conformidade com as características da população a ser assistida. Ou seja, conforme Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006, a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Belo Horizonte conta com 144 Unidades Básicas de Saúde. Cada UBS presta, em média, cerca de 320 atendimentos/dia, totalizando aproximadamente 6.500 atendimentos/mês. Esses atendimentos são classificados como sendo de nível primário, ou seja, são casos de menor complexidade ou constituem-se em ações preventivas e assistenciais de saúde. Essas ações, em nível do Ministério da Saúde, visam a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do *diabetes mellitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.

Além disso, regionalmente, outras áreas de atuação são definidas de acordo com prioridades e pactuações definidas nas Comissões Intergestoras Bipartites – CIB's –, formadas pelos secretários municipais de saúde e representantes da Secretaria Estadual de Saúde ou órgão equivalente.

O Pacto de Indicadores da Atenção Básica é o instrumento utilizado para mensuração das metas anuais a serem alcançadas e segue regulamentação específica do Pacto de Gestão. Cabe aos gestores acordar nas CIB's indicadores estaduais de Atenção Básica a serem acompanhados em seus respectivos territórios (BRASIL, 2005).

As Unidades Básicas de Saúde funcionam no horário de 7:00 às 19:00 horas, de segunda a sexta-feira. A fim de possibilitar a cobertura do horário instituído, os profissionais de saúde cumprem turnos específicos de trabalho, de acordo com a função. Os médicos e outros profissionais de nível superior cumprem jornada de quatro horas/dia. Já as auxiliares de enfermagem trabalham seis horas/dia, em horários preestabelecidos, que permitem a cobertura de todo o horário de funcionamento das unidades.

Além dos profissionais *internos* existem outros que compõem as Equipes de Saúde da Família, que, nesse caso, trabalham oito horas/dia.

As atividades desenvolvidas nas UBS's consistem em fornecer informações, trocar receitas, dispensar medicamentos, realizar consultas (médicas, psicológicas, odontológicas e de enfermagem), administrar vacinas, realizar grupos operativos, que são reuniões periódicas realizadas com pacientes hipertensos e diabéticos. Além disso, são realizadas atividades de promoção da saúde, tais como reuniões de planejamento familiar, em que a população é orientada quanto aos métodos contraceptivos, grupos de assistência pré-natal, voltados para as gestantes, entre outras atividades, conforme informações coletadas no Grupo Focal.

De acordo com os princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2006), a rede básica ainda responde pela prevenção de agravos, principalmente por meio de visitas ao domicílio e de ações coletivas. Como exemplo dessas ações, cabe citar a *busca* de

recém-nascidos, sob risco diferenciado de adoecer e morrer, para atendimento nas unidades e a vigilância a crianças com internação prévia por problemas respiratórios.

Dessa forma, de acordo com a Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006, espera-se que as UBS's resolvam os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território e se consolidem como contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.

As UBS's são, portanto, a *porta de entrada* do usuário ao sistema de assistência à saúde e devem se destinar, preferencialmente, a um determinado grupo populacional que mora ou trabalha na área geográfica de sua abrangência de cobertura.

A clientela atendida nos centros de saúde é variada e de acordo com o perfil socioeconômico, condições de moradia, saneamento básico, nível de escolaridade entre outros, é classificada em: baixo risco, médio risco, elevado risco e muito elevado risco.

A população de elevado e muito elevado risco, requer maior assistência, tendo em vista a precariedade em que vivem. Dessa forma, somam maior volume dos atendimentos prestados. A população de baixo risco, segundo informações dos gerentes participantes do Grupo Focal, utilizam pouco o sistema, porém é a que mais reivindica os direitos a que faz jus. Como exemplo, foram citadas pelos participantes do Grupo Focal as reclamações e reivindicações quando não encontram todos os medicamentos que deveriam estar disponíveis.

Scarpi (2004) avalia que esses usuários são frutos das contingências sofridas pela população de classe média, nas últimas décadas, que anteriormente tinha condições financeiras que permitiam arcar com as despesas de um plano de saúde privado e, atualmente, conta apenas com a assistência do SUS. São pessoas de melhor nível socioeconômico-cultural e melhor esclarecidas sobre as políticas adotadas.

Para Scarpi (2004), o sistema de saúde brasileiro pode ser interpretado a partir das reformas continuamente aplicadas em função das circunstâncias, que resultaram na criação do SUS, destacados os seguintes aspectos:

1. direito de cidadania: critério de acesso às ações e serviços de saúde;
2. organizacional: sistema de saúde universal (abrangente, sem discriminações);
3. mecanismo de racionalização: custo da efetividade e aceitabilidade social (dimensão do possível e da qualidade).

Esses aspectos, que vêm sendo continuamente reestruturados, refletem os próprios princípios norteadores da assistência prestada pelo SUS, que trata do acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

É via SUS que o Ministério da Saúde estabelece as diretrizes para as ações de saúde. Mas a eficácia da entrega do serviço e o nível de atendimento prestado estão diretamente relacionados com o estilo e as atitudes administrativas adotadas pelos gerentes da rede.

“Eu acho que as unidades são muitas diferentes umas das outras – no mesmo distrito e entre os distritos. No mesmo distrito, meu vizinho é muito diferente. Nossa área é pequena. A unidade dela é uma unidade de risco, com cinco equipes, diferente da minha unidade que tem três equipes com saúde mental. Então, assim os protocolos estabelecidos no Ministério da Saúde nos orientaram, mas o perfil da unidade dela é um, dá para implantar o programa, o perfil da minha unidade é outro” (Grupo Focal).

“Parece que agora as coisas estão entrando mais nos eixos. Com o protocolo ela (a SMSA) norteia o trabalho comum. Ela norteia o que a gente tem que fazer com isso, de acordo com a secretaria. Eu acho que fica claro para a equipe que ela tem que dar conta das suas crianças, das suas mulheres... Agora como vou fazer isso, dentro da minha unidade, a gente senta e discute. Busca a melhor forma. Sou eu com a minha equipe” (Grupo Focal).

4.2 Ferramenta utilizada para apuração dos dados dos questionários

Para a apuração dos dados obtidos por meio do questionário, foi utilizado o coeficiente Alfa de Cronbach. Esse coeficiente é utilizado para medir a consistência ou confiabilidade de um indicador. É a medida da confiabilidade da consistência interna que é a média de todos os coeficientes possíveis resultantes das diferentes divisões da escala em duas metades.

Segundo Litwin (1995), o teste de confiabilidade é imperativo e mede o desempenho de um instrumento em uma dada população evitando o agrupamento de questões aparentemente relevantes.

O coeficiente Alfa de Cronbach trabalha a relação entre covariâncias e variâncias internas das medidas. Segundo Cronbach, o teste é robusto o suficiente para tolerar escalas não-homogêneas e basear-se em correlações calculadas como razão de covariâncias e variâncias. Quanto mais as variações entre as medidas do fenômeno realizadas pelas diferentes variáveis superar as variações internas das variáveis individualmente, melhor será o indicador, quanto maior for o número de variáveis compondo o indicador, tanto melhor ele será.

O Alfa de Cronbach assume valores entre 0 e 1 e trabalha com a premissa de que as correlações entre os itens são positivas. Uma correlação negativa viola o modelo e para se manter uma variável nessa situação, seu sentido de direção deve ser mudado, multiplicando-se seus valores por -1.

A fórmula de cálculo do alfa de Cronbach é a seguinte:

$$\alpha = \frac{\frac{k \text{ cov}}{\text{var}}}{\frac{1 + (k - 1) \text{ cov}}{\text{var}}}$$

Onde:

K = Número de variáveis consideradas

Cov = Média das covariâncias

Var = Média das variâncias

Um valor de 0,6000 ou menos indica uma confiabilidade insatisfatória da consistência interna.

As tabelas 2 e 3 são representativas das questões que compõem o questionário enviado aos gerentes. As questões de 1 a 30 referiam-se às perguntas relacionadas à prestação de serviços, perfil gerencial e recursos disponíveis. Esses dados apresentaram um coeficiente de 0,7968.

Para os dados seguintes, referentes às atividades desenvolvidas no dia-a-dia pelos gerentes das UBS's, obteve-se um coeficiente de 0,824.

Nas duas tabelas, os valores encontrados foram acima de 0,6000, o que indica que foram satisfatórios, ocasionando boa consistência e confiabilidade do indicador. Conclui-se, a partir daí, que as escalas são homogêneas e adequadas.

TABELA 2: Q1 a Q30

Sentimento em relação ao seu perfil e ao serviço realizado

Estatística de Confiabilidade	
Alfa de Cronbach	0,7968
Média	3,841
Números de variáveis em análise	30

Fonte – Questionário.

TABELA 3: Q43.1 a Q43.33

Atividades desenvolvidas no dia-a-dia

Estatística de Confiabilidade	
Alfa de Cronbach	0,824
Média	3,085
Números de variáveis em análise	33

Fonte – Questionário.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

5.1 População e amostra

Segundo Von Sperling (2002), no campo da ciência social, uma das primeiras etapas consideradas para a realização de uma pesquisa é a seleção da amostra que deve representar de forma significativa a população em análise.

Para este estudo, inicialmente, havia uma pretensão de obter a participação de todos os gerentes da rede municipal de saúde, que totalizam 144 profissionais. E, nos primeiros dias da pesquisa, foram tentados todos os esforços para atingir esse resultado. Algumas questões, porém, precisaram ser repensadas, tendo em vista a disponibilidade dos profissionais em responder o questionário.

Outro fator a ser considerado refere-se ao fato de a pesquisa ter sido realizada no mesmo período em que grande parte dos gerentes estava em treinamento, fora das UBS's. Assim, além da ausência em um turno de trabalho, quando retornavam, deparavam-se com um volume de tarefas que haviam se acumulado e, dessa forma, não tinham disponibilidade de tempo para responder o questionário.

Ainda havia aqueles que estavam afastados por licença médica ou se encontravam de férias.

As ausências e a indisponibilidade por parte dos gerentes já é um dado a ser analisado, visto que esses profissionais estão sujeitos às contingências do dia-a-dia, absorvidos por múltiplas tarefas fragmentadas e sequer conseguem ter autonomia sobre o seu próprio tempo.

Diante disso, a amostra não probabilística resume-se aos gerentes que se disponibilizaram para responder o questionário. Assim, de 144 gerentes de UBS da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, efetivamente, 43 profissionais participaram da pesquisa, respondendo os questionários enviados, no tempo

indicado. Esse número representa 29,86% e, com base no Princípio de Pareto, conclui-se que tem expressividade para responder a pergunta de partida e para alcançar os objetivos estabelecidos inicialmente.

O Princípio de Pareto diz que 20% das ocorrências são responsáveis pela maior parte dos efeitos significantes. Anunciado em 1897 por Vilfredo Frederico Pareto, engenheiro, filósofo, sociólogo e economista italiano, em sua essência, esse princípio diz o seguinte: *poucos mais vitais e muitos, mais triviais* (SAMPAIO, 1996).

A apuração dos dados permitiu o delineamento do perfil dos gerentes das UBS's. Essa caracterização é importante, pois segundo Minayo (1996, p. 68),

toda vida humana é social e está sujeita a mudança, à transformação, é perecível e por isso toda construção social é histórica...nada se constrói fora da dinâmica das relações que explicam e são explicadas pelo modo de produção concreto. Isto é, os fenômenos econômicos e sociais são produtos da ação e da interação, da produção e da reprodução da sociedade pelos indivíduos.

Inicialmente, cabe ressaltar que 93,02% dos respondentes são do sexo feminino. Esse percentual elevado de gerentes do sexo feminino reflete de fato o que ocorre na rede e explica-se pelo também elevado número de gerentes que são enfermeiras (51,16%). Historicamente, a enfermagem é uma profissão composta, em sua grande maioria, por mulheres.

Esse dado contraria o que é instituído nas sociedades capitalistas, que foram construídas, segundo Davel e Melo (2005), com base em uma divisão sexual do trabalho que tende a se reproduzir nas empresas. Apesar de não ser uma variável de análise nesta pesquisa, a questão do gênero é vista como um fator que exerce significativa influência nas possibilidades de ação das mulheres na função gerencial. Os autores enfatizam que a segregação das mulheres a determinados segmentos não acontece apenas no mercado de trabalho, também ocorre no sistema educacional. Ao buscarem uma carreira profissional, as mulheres, muitas vezes, acabam ocupando cargos que não oferecem as mesmas perspectivas de carreiras ou os mesmos níveis salariais que os ocupados predominantemente por homens.

Nas UBS's, para as gerentes participantes do Grupo Focal, a discriminação ocorre, apenas inicialmente, não só por serem mulheres, mas também por serem enfermeiras. Essa questão está relacionada à supremacia médica na equipe de saúde. Há relato das enfermeiras gerentes sobre o desconforto de alguns membros da equipe médica à necessidade de cumprirem determinações impostas por elas.

“Quando fiz a primeira reunião, achei superbacana ele dar conta de falar aquilo pra todo mundo: ‘olha, no começo, pensei, ser chefiado por enfermeira... isso não vai dar certo. Mas agora eu acho que a gente não podia estar em melhores mãos’.” (Grupo Focal).

Segundo as participantes, esse desconforto é substituído por sentimento de lealdade e comprometimento quando percebem que elas são capazes de realizar um bom trabalho.

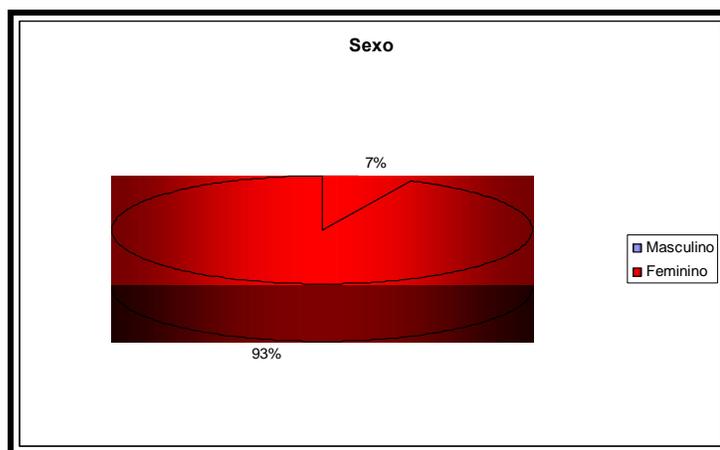


Gráfico 1 – Sexo dos gerentes de UBS
Fonte – Questionário.

Quanto à idade, percebe-se que 53,48% dos gerentes pesquisados têm de 40 a 49 anos, seguidos por 29,54% que estão entre 50 e 59 anos. Constata-se, dessa forma, que as duas faixas etárias mais incidentes perfazem um total de 83,02% e se encontram acima de 40 anos de idade.

Esses dados demonstram o nítido envelhecimento dos gerentes, que é composto, quase que exclusivamente, por pessoal que pode ser considerado mais velho, se comparado à idade dos profissionais que hoje atuam nas organizações em geral.

TABELA 4
Faixa etária

Itens discriminados	%
1. 2. De 30 a 34 anos	9,09
2. 3. De 35 a 39 anos	6,81
3. 4. De 40 a 49 anos	53,48
4. 5. De 50 a 59 anos	29,54
Total	100,0

Fonte – Questionário.

Sobre o nível de escolaridade, conforme o exposto na tabela 5, todos os gerentes são graduados, sendo que boa parte deles, acima de 50%, concluiu seu curso superior na década de 80. A profissão predominante é a enfermagem (51,16%). Segundo depoimento dos participantes do Grupo Focal, os enfermeiros são mais requeridos para a função por já dominarem conhecimentos de administração e conseguirem atuar em diversas frentes de trabalho ao mesmo tempo.

TABELA 5
Formação profissional I

Itens discriminados	%
1. Enfermagem	51,16
2. Farmácia e bioquímica	2,72
3. Medicina	9,09
4. Psicologia	6,81
5. Psicologia e Serviço Social	2,72
6. Serviço Social	9,09
Total	100,0

Fonte – Questionário.

A diferença do nível de escolaridade refere-se à realização de cursos de pós-graduação. De acordo com os dados coletados por meio dos questionários, 74,42% dos gerentes têm pós-graduação nas áreas de gestão pública e saúde mental. Cabe ressaltar que quatro pessoas com pós-graduação não informaram seu curso superior.

TABELA 6
Formação profissional II

Itens discriminados	%
Superior	25,58
Pós-Graduação	74,42
Total	100,00

Fonte – Questionário.

A tabela 7 demonstra o tempo médio de permanência na função gerencial que é de 8,61 anos. Considerando essa média de permanência no cargo, torna-se possível ressaltar que a maioria dos entrevistados tem experiência na função gerencial. Doublet e Rochebrune, citados por Davel e Melo (2005), confirmam a idéia de que o trabalho gerencial é favorecido pelo seu enraizamento em uma empresa e as suas particularidades. Não ter esse conhecimento, na opinião dos autores, implica esquecer que os valores culturais e outras questões sociais, econômicas e técnicas de uma empresa podem limitar e até mesmo interromper as decisões gerenciais.

TABELA 7
Tempo de gerência

Item	Média	Desvio-Padrão	N
Tempo na função gerencial	8,61	6,09	43

Fonte – Questionário.

Quando assumiram a função, os gerentes não tinham nenhuma experiência nem foram capacitados para tal, conforme informado pelos participantes do Grupo Focal.

“É como trocar o pneu com o carro andando...” (Grupo Focal).

“Foi assim no dia-a-dia, aprendendo e apanhando. Apanhando dos funcionários, de uma forma de falar. Quando ia no distrito as pessoas me orientavam e tal, mas no dia a dia, apanhei.” (Grupo Focal).

Para a formação dos gerentes, Mintzberg (1986) propõe o desenvolvimento de quatro tipos de competências, a fim de proporcionar conhecimentos adequados ao desenvolvimento e formação gerencial.

Esses conhecimentos perpassam pela formação de: 1. competência pessoal, a fim de possibilitar a programação de atividades próprias e auto-reflexão; 2. competências interpessoais de liderança que, segundo definição do autor, é a capacidade de conectar os indivíduos dentro da organização e de inserir a organização no seu contexto; 3. competências ligadas à capacitação para a informação e, por último, 4. competências ligadas à ação de conceber, planejar o tempo e mobilizar-se para conduzir bem uma ação ou um projeto.

Aliado a isso, Motta (2003) relata que, nos dias de hoje, acredita-se que a grande maioria das pessoas pode se tornar líder, visto que as habilidades de liderança podem ser aprendidas via ensinamento e experiência de vida. Para o autor, líderes são pessoas comuns que aprendem habilidades comuns, mas que, no seu conjunto, formam uma pessoa incomum. Ou seja, desde que ensinadas e de acordo com as experiências adquiridas, as pessoas podem tornar-se líderes.

Em relação ao estado civil, constatou-se que a maioria dos gerentes é casada, totalizando cerca de 66,67%, conforme mostra a tabela 8. Apenas 7,14% é divorciada.

Comparando esses dados com o que é encontrado nas fontes literárias, defronta-se com uma contradição relativa à precariedade da vida familiar dos gerentes.

Davel e Melo (2005) relatam que há numerosos estudos que foram realizados no Canadá e em Quebec, que comprovam a dificuldade crescente dos gerentes de conciliar a vida familiar com a vida profissional. Os autores pontuam que a função gerencial é permeada por incertezas, conflitos, sobrecarga de trabalho e que o tempo é algo não planejado e não controlado. Isso resulta em falta de dedicação às questões familiares que acarretam tensões no convívio e nas atividades da vida pessoal.

TABELA 8

Estado civil

Estado Civil	%
Casado	66,67
Divorciado	7,14
Solteiro	16,67
Desquitado ou Separado judicialmente	9,52
Total*	100,00

*Um gerente não respondeu a questão. Sendo assim, o cálculo percentual foi feito, tendo como base o total de 42 respondentes.

Fonte – Questionário.

Sobre a renda pessoal bruta, 47,62% têm ganhos entre R\$ 4.001,00 a R\$ 5.500,00, conforme explicitado na tabela 9. Os gerentes do Grupo Focal deixam subentendido que a remuneração é adequada e, por isso mesmo, atrai, em um primeiro momento, candidatos para o cargo de gerente de UBS.

Os novos gerentes, porém, não conseguem permanecer no cargo. À medida que prosseguem com seus depoimentos, os participantes do Grupo Focal relatam que, diante das dificuldades a serem enfrentadas, os novos gerentes desistem da função e buscam novas oportunidades de trabalho, que demandam menor envolvimento e têm menor nível de exigência.

“Os novos gerentes que estão entrando agora, que pensam só no dinheiro, não dão conta de enfrentar a batalha. Não têm o compromisso dos antigos. Quando vêem o volume de coisa que tem que ser feita, o tamanho da responsabilidade, eles caem fora. Não querem nem saber” (Grupo Focal).

“Os gerentes novos não ficam. Assumem o cargo pelo salário, ficam um pouco, até perceberem a situação, depois desanimam e vão embora. Não estão a fim de dar o sangue, não se envolvem. Só os antigos ficam, é que dão conta...” (Grupo Focal).

De acordo com os dados apurados nos questionários e em nível distrital, essas informações não são confirmadas. Contrariamente, há relato de que os gerentes permanecem por vários anos na função (a média de permanência no cargo dos gerentes respondentes do questionário é de 8,61 anos, conforme mostra a tabela 7).

Assim, a rotatividade é baixa e ocorre em função de aposentadorias, transferência do gerente para UBS mais próxima da sua residência etc.

TABELA 9
Renda mensal pessoal

Discriminação dos valores	Frequência	%
Entre 2500 e 4000 reais	9	21,43
Entre 4001 e 5500 reais	20	47,62
Entre 5501 e 7000 reais	9	21,43
Entre 7001 e 8500 reais	3	7,14
Acima de 8500 reais	1	2,38
Total	42	100,00

Fonte – Questionário.

A tabela 10 mostra a distribuição dos gerentes que se dispuseram a participar do estudo, respondendo o questionário, nas nove regionais de Belo Horizonte. Conforme já foi salientado anteriormente, cada regional, com seu respectivo distrito sanitário, tem em média 20 UBS's, o que totaliza cerca de 20 gerentes por regional.

TABELA 10
Regionais

Regional	%
1. Barreiro	6,81
2. Centro-Sul	13,63
3. Leste	13,63
4. Nordeste	9,09
5. Noroeste	2,27
6. Norte	13,63
7. Oeste	13,63
8. Pampulha	6,81
9. Venda Nova	20,45
Total	100

Fonte – Questionário.

De acordo com os dados apresentados, percebe-se que houve participação dos gerentes de todas as regionais. Apesar de essa participação não ter sido de forma equitativa, possibilitou espelhar a realidade vivenciada pelos profissionais em cada uma delas. Conforme mostra a tabela 10, o maior número de participações refere-se

aos gerentes da Regional de Venda Nova, que totalizam 20,45%. Isso deveu-se à maior facilidade para a coleta de dados na região decorrente da maior disponibilidade dos gerentes pesquisados.

Concluindo, os dados apurados mostram que os gerentes de UBS's da SMSA-BH são profissionais predominantemente mais velhos (83,02% acima de 40 anos), casados (66,67%), do sexo feminino (93%), graduados em enfermagem (51,16%), com ganhos acima de R\$ 5.500,00 (78,57%), que têm média de permanência no cargo de 8,61 anos.

5.2 O dia-a-dia do gerente nas UBS's

Segundo a percepção dos gerentes participantes do Grupo Focal e os respondentes do questionário, o trabalho nas UBS's é intenso em volume e em complexidade. As maiores reclamações são em relação às precárias condições de trabalho e aos poucos recursos disponíveis. Os gerentes queixam-se principalmente do número insuficiente de auxiliares de enfermagem, que são responsáveis por várias atividades relacionadas ao atendimento direto do usuário. Como exemplo dessas atividades, cabe citar a coleta de sangue para exame laboratorial, a aplicação de vacinas, o atendimento de recepção, organização dos consultórios, realização de curativos entre outras.

“A auxiliar é em pequeno número. Elas têm que desdobrar. Fazer um monte de coisas ao mesmo tempo. Atendem além da capacidade delas. Quando saem de férias não tem outra para substituir” (Grupo Focal).

“Então eu acho que elas fizeram o movimento da greve nem é pela greve. É para dar um jeito de parar, descansar, recarregar a bateria. Precisava de uma folga. Um dia sem atender elas falaram ‘graças a Deus’. Tem a questão do salário, podia ser melhor. Os médicos foram trabalhar, pegaram os prontuários. Mas eu respeitei a questão das auxiliares, sabe. Não vão fazer vacinas, nem curativo. Até a população entendeu e respeitou. É o espaço delas” (Grupo Focal).

Quanto à escassez de materiais, os gerentes *antigos* ainda adotam a prática de fazer *mercearia*, ou seja, compram com seus próprios recursos, materiais como

papel higiênico, vassoura, rodo entre outros necessários para o funcionamento das unidades. Essa prática, entretanto, já não é adotada pelos gerentes novos, que julgam ser mais profissionais em relação a isso.

“Minha motivação é pessoal e eu não compro rodo, vassoura nem nada. Não compro. Acho que tem que encarar com mais profissionalismo, às vezes, o que falta eu não vou ter como repor. Ninguém imagina o que vamos enfrentar quando entrarmos” (Grupo Focal).

“Faço mercearia, levo toalhas, papel higiênico, sabonete. Levo o que falta” (Grupo Focal).

“Somos os mesmos, só que temos dificuldades de fazer sucessores. Quem entra visando o emprego e percebe todas as dificuldades sai. Os que estão entrando hoje... as pessoas parecem que são mais profissionais. Não fazem isso (levar o que está faltando) e talvez elas estejam certas...” (Grupo Focal).

Mintzberg (1986), ao descrever o trabalho administrativo, sugere uma série de importantes habilidades administrativas: desenvolver relações com seus pares, fazer negociações, motivar os subordinados, solucionar conflitos, estabelecer rede de informações e, posteriormente, difundir informações, tomar decisões diante de condições de extrema ambigüidade e alocar recursos. Acredita-se que, entre esse rol de atividades e habilidades, *fazer mercearia* pode ser estratégico, para atingir objetivos gerenciais.

Aos gerentes compete enfrentar alterações rápidas e complexas, mesmo diante de ambigüidades e dificuldades. Os gerentes das UBS's devem compreender a necessidade de novos produtos e serviços; garantir um sentido de direção em meio ao caos e à vulnerabilidade e manter a calma diante da perda de significado daquilo que se ajudou a construir (MOTTA, 2003).

Percebe-se, porém, uma certa fragilidade por parte dos gerentes, que deixam claras as suas expectativas em receber maior apoio.

“A gente tem dificuldade e não tem onde pedir socorro. A gente precisava ser atendido nas necessidades da gente também, precisava ser mais ouvido” (Grupo Focal).

A tabela 11 mostra as atividades desenvolvidas pelos gerentes nas UBS's. Não há um modelo a ser seguido e nem tão pouco se percebe uma rotina instituída. Fica

nítida a ambigüidade que permeia o trabalho gerencial conforme apontado por autores como Mintzberg (1986), Davel e Melo (2005) etc. Ao mesmo tempo em que concordam parcialmente que passam boa parte do tempo resolvendo questões corriqueiras enquanto outras de maior porte ficam para depois, 55,81% afirmam que conseguem estudar projetos, reestruturá-los e repassá-los à equipe em tempo hábil, freqüentemente.

TABELA 11
Atividades desenvolvidas pelos gerentes

Itens discriminados	%
Concorda plenamente que consegue cumprir as atividades programadas no dia-a-dia	55,81
Cumpro minhas tarefas com pontualidade, freqüentemente	55,81
Concorda parcialmente que passa boa parte do tempo resolvendo questões corriqueiras enquanto outras de maior porte ficam para depois	39,53
Consigo estudar projetos, reestruturá-los e repassá-los à minha equipe em tempo hábil, freqüentemente	55,81
Implanto projetos, além dos sugeridos pelo SUS, que julgo serem adequados à minha realidade, freqüentemente	44,19
Emito relatórios das ações desenvolvidas pela equipe, às vezes	46,51
Ouço as críticas e sugestões dos pacientes atendidos pela minha equipe, sempre	58,14
Faço vistoria nas instalações e dependências da UBS que gerencio, sempre	62,79
Tenho disponibilidade de tempo para acompanhar as atividades que são desenvolvidas junto aos clientes, freqüentemente	48,84
Faço intervenções pontuais, no dia-a-dia, para resolver questões junto à clientela, sempre	81,40
Faço orçamentos para aquisição de materiais, instrumentais e equipamentos, às vezes	39,53
Redijo memorandos e comunicados internos, sempre	48,84
Promovo a reorganização dos setores, sempre	51,16

Fonte – Questionário.

Cada unidade tem uma especificidade e estabelece suas prioridades de acordo com as características e demandas da população a ser atendida. Independentemente, porém, da área de localização, os gerentes referem-se a uma alteração do perfil dos usuários. Segundo eles, atualmente, a população demonstra maior nível de exigência frente aos serviços prestados. Além disso, as pessoas aparentam estar mais nervosas, revoltadas e mais carentes, com menor grau de tolerância para o enfrentamento dos problemas.

“Primeiro a gente não pode sofrer. Porque a demanda, ela vai existir. A demanda não vai diminuir. Ela vai modificar mas não vai diminuir nunca. Nunca mesmo. Você nunca sabe quantos vão estar lá: às vezes trinta, trinta e não sei quantos. Você nunca sabe que dia você vai ter” (Grupo Focal).

“As coisas mudaram, o serviço aumentou a responsabilidade é grande a cobrança nem se fala” (Grupo Focal).

“Trabalhar nas unidades de risco elevado é mais fácil do que a de baixo risco, pois na de baixo risco os pacientes são mais agressivos, são mais informados dos seus direitos. Quando não tem o que eles pedem lá vem xingamento” (Grupo Focal).

“Outro dia, na fila, a usuária falou bem alto que achava um absurdo um homem de terno e gravata de carrão importado ficar na fila para pegar remédio do SUS. O homem respondeu, falou com muita tranquilidade. ‘Você deve estar se referindo a mim, pois eu estou com terno e gravata e aquele carrão é meu. Você deveria rezar e pedir a Deus para que eu viva por muitos anos, por que é gente como eu quem trabalha e paga um absurdo de imposto para que gente como você possa usufruir desse tipo de serviço.’ Ninguém falou mais nada. Todo mundo ficou calado. E foi bom porque foi ele é que disse. Ninguém precisou falar mais coisa alguma. Ela não precisava ter ouvido aquilo. E ele está certo. O SUS é para todo mundo. Por que eles são discriminados. Todo mundo pode usar. O pobre é que acha que é só para ele. Não quer dividir” (Grupo Focal).

“Essa área de baixo risco é terrível. Eles já chegam agredindo. Eles são mais informados dos direitos do que os outros de risco elevado. Então quando o pessoal vai, vai com tudo. Medicamentos caríssimos. Eles sabem dos direitos deles. Então tem muito enfrentamento” (Grupo Focal).

“As pessoas estão mais revoltadas, nervosas. Sem o mínimo de tolerância para entender a situação que nós passamos. Só fazem exigir, às vezes nem sabem o quê, por que estão brigando. Parece que é normal” (Grupo Focal).

“Há uma nova classe para ser atendida. Essa questão do empobrecimento da classe média levou essas pessoas que não utilizavam os serviços para dentro da unidade. Antes paravam os carrões para vacinarem. Agora, além da vacina eles estão levando os filhos ao pediatra, as mulheres estão indo ao ginecologista. Eles não têm como pagar o plano de saúde. A classe média já entra revoltada por ter que usar o SUS” (Grupo Focal).

O depoimento acima, referente ao empobrecimento da classe média, deixa transparecer que, independentemente da equidade estabelecida nas diretrizes e princípios do SUS, o serviço não é bem visto pelas pessoas de baixo risco. Pelo contrário, fica evidente que essa camada da população preferiria poder continuar custeando sua própria assistência a ter que se submeter à assistência disponível nas UBS's. Para a classe média, o SUS não se traduz em ganho e, sim, numa perda, não só do plano de saúde que possibilitava escolher dia, horário e profissional a ser consultado. Acima de tudo, a utilização da rede SUS pela classe média traduz perda da autonomia e das opções de escolhas que podiam fazer.

Outra situação do dia-a-dia dos gerentes se refere à necessidade de implantar projetos, que, em grande parte, impõem maiores barreiras a serem transpostas,

tendo em vista a falta de planejamento e a falta de preparo da equipe. Uma das situações atuais vivenciadas pelos gerentes é a reestruturação da farmácia, que é o setor responsável pela distribuição de medicamentos à população usuária de cada UBS.

Mesmo sendo considerada apenas um setor integrante de cada UBS, o Conselho Federal de Farmácia tem exigido que seja contratado um farmacêutico para cada uma delas, conforme já acontece com as farmácias e drogarias comerciais. Na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no nível da atenção primária, atualmente, a atuação do farmacêutico se restringe a um profissional farmacêutico por distrito, que se responsabiliza por todas as questões relacionadas à farmácia distrital e aos postos de dispensação de medicamentos das UBS's. Até hoje a dispensação de medicamentos tem sido feita regularmente pelas auxiliares de enfermagem e, ocasionalmente, por outros profissionais que estão disponíveis no momento em que ocorre a demanda. A SMSA-BH, em conjunto com os chefes de atenção à saúde, entendem que essa exigência é superior à demanda de serviços prevista para cada unidade. Assim, está sendo feita uma reestruturação da farmácia a fim de atender a exigência feita, de tal forma que também possa otimizar a mão-de-obra a ser contratada.

Nesse sentido, estão sendo criadas as *farmácias-pólos*, que visam substituir o atendimento farmacêutico feito em duas ou três UBS's. Além de contar com a presença do farmacêutico, as *farmácias-pólo* serão mais bem estruturadas no que se refere a estoque e capacitação de seus profissionais. A presença do farmacêutico ainda possibilitará a realização da *atenção farmacêutica*, que consiste em fornecer todo tipo de orientação específica sobre os medicamentos utilizados pelos pacientes atendidos.

Objetivando minimizar os desgastes advindos da mudança proposta, vários esforços têm sido empreendidos. Além da disponibilidade dos farmacêuticos distritais para esclarecer dúvidas, ministrar treinamentos entre outras ações, foram elaborados manuais e rotinas técnicas, implantado sistema próprio para cadastro e dispensação dos medicamentos.

A população, segundo os participantes do Grupo Focal, vem reclamando e contestando as mudanças propostas, visto que estão avaliando apenas a comodidade de ter uma farmácia próxima à sua residência. Não estimam outros ganhos que perpassam pelo maior controle que será instituído, garantindo a todos que necessitem acesso rápido e seguro da medicação indicada.

Ainda de acordo com os gerentes participantes do Grupo Focal, a reestruturação do setor, principalmente a questão da informatização, tem causado grande transtorno e desgaste para a equipe e para os usuários. Para eles, foram estabelecidos prazos, diretrizes para serem cumpridas, sem o devido planejamento das ações na UBS.

“Estava vindo de um velório. Nem ia na reunião, acabei indo. Eu cheguei, passei, peguei o bonde meio andando. E sobre o movimento e o reflexo da greve. Depois que eu saí da reunião, chegando em casa que eu pensei é... o pessoal lá não queria parar. Paramos. nunca parou lá. Mas paramos. Tinha o pacto lá dos auxiliares. A implantação da farmácia. Por que assim, é tão mais traumático, foi tão mais traumático, para a gente, a implantação da farmácia no centro de saúde, na região de baixo risco, né. O controle da equipe pegando remédio de saúde da família. Mais a minha população, mais o resto que são as particulares... que a questão salarial da greve ficou assim é... todo mundo preocupado, estressado com a farmácia, ninguém tava prestando atenção no movimento, na greve. Então isso não houve lá. Não houve lá porque essa coisa de implantação da farmácia tava pegando. Naquele momento lá no posto, o movimento salarial era importante. Mas o que gerou conflito e estava todo mundo tava tão estressado com a farmácia, com o povo xingando. Um era solidário com o outro. Não chora não. Ontem eu chorei. Você está chorando hoje, ontem fui eu que chorei. Amanhã vai ser ela. Cada dia um. Todo mundo chorando. Isso é normal. A gente chora” (Grupo Focal).

Concretamente, a informatização nos diversos segmentos de prestação de serviços na área de saúde tem trazido muitos benefícios e imprimido agilidade nos processos de trabalho. Em nível das políticas públicas, em 2004, o Ministério da Saúde percebeu a necessidade em avançar, tanto no caminho da integração entre os sistemas de informação, quanto no uso da informática para a melhoria da produtividade e qualidade dos processos de trabalho em saúde, da gestão e do controle social.

Nesse sentido, o documento elaborado por comissão de sistematização do departamento de informação e informática do SUS/MS contempla vários aspectos que vão desde a justificativa para a implementação da informatização nos diversos níveis de atenção à saúde até a capacitação dos profissionais envolvidos.

De modo geral, há um consenso sobre as vantagens dos registros eletrônicos, que evitariam a deterioração, a perda e a adulteração de histórias clínicas, a duplicação de prescrições terapêuticas e de exames, com evidente redução de custos. Também permitiriam reunir toda a informação sobre o paciente, identificando-o univocamente e preservando sua privacidade, além de armazenar informações de interconsultas (Brasil, 2004).

Observa-se que uma das vantagens apontadas está diretamente relacionada com os protocolos clínicos, e os benefícios referidos destacam a padronização de planos terapêuticos, a regulação da demanda por atenções primária, secundária e terciária, com conseqüente promoção de equidade na oferta de serviços.

Nessa construção, percebe-se claramente uma preocupação constante em todos os conteúdos revisados que dizem respeito à formação e capacitação de recursos humanos, de forma a garantir os conhecimentos e as habilidades necessárias aos novos paradigmas da atenção à saúde (BRASIL, 2005)

Entretanto, os gerentes das UBS's parecem não perceber esses esforços e tão pouco reconhecem a necessidade da informatização.

A informática vem ganhando importância estratégica nas organizações e no cotidiano das pessoas, mostrando-se, cada vez mais, como um dos elementos fundamentais na melhoria da qualidade dos produtos e serviços nos diversos segmentos organizacionais. A informatização possibilita a integração dos serviços, das organizações e já não pode ser deixada de lado. As organizações que não se preocupam com esse assunto estão fadadas ao isolamento, obsolescência e falência (BRASIL, 2004)

Cada vez mais, o foco de atenção para o uso dos recursos de informática se desloca para resultados, por meio de abordagens inovadoras, que diferenciam produtos, mudam as relações de força de mercado, criam ou eliminam dependências entre organizações, prendem clientes a fornecedores, reduzem prazos para atividades essenciais da organização (como o lançamento de novos produtos e serviços), mudam, drasticamente, as estruturas de seus custos, criam canais de comunicação com o mercado, inimagináveis há alguns anos. Tudo isso é possível e já está sendo utilizado nas organizações que perceberam a importância estratégica das Tecnologias de informática. Por exemplo: bancos,

supermercados, postos de gasolina, indústrias e boa parte dos órgãos públicos. (BRASIL, 2004).

Há uma nítida atitude de resistência quando os gerentes não se apropriam da sua autonomia frente aos desafios impostos. Confortavelmente transferem para *eles* a responsabilidade das situações mal resolvidas. É como se não fizessem parte do processo e não fossem os maiores responsáveis pelas ações e alcance dos resultados.

“Tenho muita dificuldade no processo de informatização. Tem que informatizar a farmácia, no tempo deles e o RH não conhece o computador, o auxiliar não sabe digitar. Você mesmo acaba tendo que digitar. Eu também não sabia. Minha filha que me ensinou... Aprendi rápido. Só que o auxiliar não tem como aprender. É ali junto com o atendimento e a fila fica muito grande e eles não tem paciência. Começa a confusão todo mundo fica nervoso” (Grupo Focal).

“Eles não se organizam. Eles mandam fazer e não querem nem saber se você vai ou não dar conta daquilo, sabe? Eles querem saber dos resultados” (Grupo Focal).

Ao serem questionados sobre quem são *eles*, os gerentes afirmaram que

“*eles*” são o distrito, a secretaria, o ministério. *Eles* somos nós mesmos. Nós também. Todo mundo. A gente fala assim, para tentar encobrir um pouco a nossa responsabilidade. Mas a gente sabe que somos nós que temos que enfrentar a situação. A gente só fala assim para tentar justificar. Mas todos sabem que é a gente...” (Grupo Focal).

Na verdade, os gerentes não se sentem implicados com os desafios que devem ser enfrentados. Percebe-se que existem queixas que nem ao menos são direcionadas para onde efetivamente poderiam ser ouvidas e sanadas. Há algum movimento no sentido de tentarem buscar apoio, porém sem qualquer entusiasmo ou estratégia perceptível. Ou seja, apesar das dificuldades relatadas por eles, há apenas esboços de alguma tentativa para resolverem ou minimizarem as situações vivenciadas, sem atitudes concretas. Essa situação pode ser ricamente ilustrada com o depoimento abaixo que faz referência à utilização de uma faixa para esclarecer a população sobre a alteração no processo de dispensação de medicamentos.

“Não tem nem uma faixa para explicar pra eles que a farmácia está mudando que está sendo informatizada. Só precisava colocar uma faixa. Tem que avisar. Por uma faixa assim: ‘Srs. Usuários desculpe pelos

transtornos, por causa do projeto tal tal tal...' eles usam isso na rua. Podiam pedir: tragam seu documento de identidade, com ele a fila anda mais rápido. O paciente fica na fila um tempão e quando chega a vez dele ser atendido, a gente pede o documento e ele não trouxe. Começa a confusão. Por que não avisou antes?" (Grupo Focal).

A idéia simples e de baixo custo poderia resultar em eficiente estratégia para minimizar os transtornos vivenciados pela equipe. A confecção da faixa poderia ser empreendida de diversas maneiras. Ficou, porém, apenas na possibilidade do que poderia ter sido.

Dessa forma, mapear as atividades gerenciais desenvolvidas nos Centros de Saúde conforme proposto como objetivo específico deste estudo configura-se como difícil tarefa. Diante de uma premeditada inércia mascarada por ações ineficazes, percebe-se que há um conflito entre as ações gerenciais e as diretrizes instituídas nos diversos níveis de assistência à saúde. Percebe-se que há um mal-estar, mas não há uma preocupação efetiva em cumprir as metas preconizadas. As queixas mal direcionadas parecem ser necessárias para sedar o sentimento de incapacidade para a tomada de atitude.

Segundo Motta (2003), o trabalho gerencial está sujeito a várias pressões relacionadas aos choques de poder, demandas e perspectivas organizacionais. Para o autor, esses profissionais compreendem bem os objetivos de suas organizações e julgam-se preparados para alcançá-los. Contudo, surpreendem-se pelo fato de como fatores não-controláveis conduzem o seu comportamento administrativo a formas diversas do desejado.

5.3 O trabalho gerencial nas UBS's

"Bem, procuro satisfazer mais ou menos o usuário, para que ele vá embora logo e me deixe trabalhar em paz..." (Grupo Focal).

"Hoje tem que ser gerente, faxineiro, polícia, nós saímos e ficamos ligando toda hora. Sempre fui muito tranqüila e hoje não sou mais. A minha

ansiedade está localizada no lugar que mais me dava prazer: o trabalho” (Grupo Focal).

“Nós não valem nada, qualquer um xinga a gente” (Grupo Focal).

Os depoimentos coletados no Grupo Focal traduzem várias situações inerentes às atividades dos gerentes nas UBS's. Igualmente, os dados obtidos por meio do questionário contêm valiosas informações referentes ao desempenho dos gerentes nas unidades básicas. Assim, esses dados obtidos, tanto no Grupo Focal, quanto nos questionários, foram reorganizados de acordo com as relações que apresentam com cada um dos objetivos propostos, visando a elucidação das questões postas.

Dessa forma, acredita-se que haverá maior clareza e melhor entendimento sobre as vivências relatadas, resultando na percepção, de fato, de como tem sido realizado o trabalho gerencial nas Unidades Básicas de Saúde da SMSA-BH.

5.3.1 A função gerencial

Em Belo Horizonte, o cargo de gerente em cada UBS foi implantada no início da década de noventa, a fim de cumprir uma das etapas do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde. Anteriormente, as UBS's eram vinculadas ao nível central por meio do trabalho de coordenadores ou supervisores que passavam em visita pelos serviços, com o objetivo maior de exercer ações de controle. Em cada UBS havia uma chefia, que, em sua grande maioria, era indicado com bases em ligações políticas, para fins eleitoreiros e com pequeno enfoque para a competência técnico-administrativa (www.enf.ufmg.br/remo, consultado em 02 de dezembro/2007).

Os gerentes que foram selecionados nessa fase, participantes do Grupo Focal, contam que passaram por um processo seletivo que foi feito em conjunto com a Escola de Saúde e Fundação João Pinheiro.

Dessa forma, os dados coletados por meio do questionário confirmam que os profissionais se tornaram gerentes, em sua grande maioria, 83,72%, após terem passado por um processo seletivo, que consistia em prova escrita, entrevista e avaliação de currículo, conforme mostra a tabela 12.

Atualmente, esse processo é mais complexo. Além das etapas já citadas, os candidatos participam de uma dinâmica de grupo e são avaliados por banca composta por cinco a seis pessoas, que são as chefias distritais, o representante do conselho de usuários e um representante do departamento de pessoal do distrito.

TABELA 12
Como você se tornou gerente de UBS?

Itens discriminados	%
Avaliação de órgão maior	2,33
Desejo pessoal	2,33
Eleição	2,33
Indicação	6,98
Processo seletivo	83,72
Substituição	2,33
Total	100,00

Fonte – Questionário.

Inicialmente, a vaga é divulgada apenas na regional, para atender a necessidade de alguns dos seus gerentes que desejam mudar de unidade. Caso não haja interessados, a vaga é divulgada para todas as outras regionais, também para possibilitar que os gerentes possam mudar de unidade. Às vezes, essa mudança é necessária a fim de permitir que os gerentes estejam mais próximos de sua residência, transfiram-se de um local com maior índice de violência etc.

Não há um perfil definido ou estabelecido para o cargo de gerente de UBS. Existem, sim, algumas características que são algumas vezes requeridas, outras vezes apenas desejáveis. Não há um conjunto de características, habilidades ou capacitação delineado que seja específico para a função gerencial na SMSA-BH e nem em seus distritos.

Para a seleção, é feita uma análise que objetiva perceber se o candidato tem chances de adequar-se à unidade à qual se destina. Nessa empreitada, segundo informações coletadas no Grupo Focal, algumas características como, por exemplo,

capacidade de liderança, espírito de equipe, nível de organização são desejadas em menor ou maior grau. Todos os profissionais de nível superior podem candidatar-se. Não é exigida a experiência administrativa ou gerencial. A avaliação dessas características é feita por meio de observação dos candidatos durante a realização da dinâmica de grupo.

“Eu aprendi fazendo, no dia-a-dia. O que aconteceu comigo e que foi a mesma coisa com ela é que houve uma seleção” (Grupo Focal).

“É assim: é um processo muito legítimo. Tem uma banca mesmo para observar e avaliar. Tem uma planilha preestabelecida pelo distrito do que deve ser observado – tudo muito organizado e detalhado. Todos observam e vão dando notas. É olhado a capacidade que ele tem para assumir aquela determinada unidade. Às vezes ele não tem perfil: como pode assumir uma equipe grande se não tem capacidade de liderança? Outra hora, ele não se mostra organizado, não entende do programa que tem naquela unidade. Ou ele não sabe nada da área de abrangência, então ele não tem capacidade para assumir” (Grupo Focal).

As afirmações feitas no Grupo Focal relacionadas ao processo seletivo deixam claro que mais do que buscar identificar candidatos que melhor se enquadram no perfil da função gerencial, o procedimento em si transfere ao selecionado certo grau de segurança e autonomia frente aos novos desafios. Ou seja, a prática comum de classificar candidatos por características pessoais consideradas necessárias para um bom desempenho no cargo ainda possibilita ao novato apropriar-se dos novos espaços que se descortinam à sua frente.

No caso dos gerentes de UBS's pesquisados, independentemente da forma como foram selecionados, 100% deles afirmam que não tiveram capacitação prévia para assumirem o cargo e que o começo foi muito difícil. Poucos relatam que tinham algum conhecimento prévio da estruturação dos serviços, por ocuparem outros cargos no distrito ou na UBS.

“Quando eu assumi fiz uma seleção há dezesseis anos atrás. Uma seleção grande na secretaria. Para um centro de saúde. Sem saber de nada. Onde ia ficar. Sabendo de nada. Nenhum treinamento eles me deram. Foi assim no dia a dia aprendendo, apanhando. Apanhando dos funcionários, de uma forma de falar. Quando ia no distrito as pessoas me orientavam e tal, mas no dia-a-dia apanhei. Depois no processo aí vem várias capacitações, especializações, o GERUS. Foi como trocar o pneu com o carro andando” (Grupo Focal).

“Ela tem 16 anos e eu tenho dois anos e meio (de gerência). Eu acho que mudou a questão de ter uma qualificação melhor. Eu acho que essa qualificação acontece no decorrer do projeto” (Grupo Focal).

Hill (1992) relata que ser gerente envolve um processo contínuo de construção profissional, social e cultural. Tal processo cristaliza a identidade profissional a partir de sucessivas socializações. Por exemplo, ao ser promovido de uma função técnica ou administrativa para a gerencial, o novo gerente enfrenta um longo processo para alcançar a eficiência e obter o reconhecimento. Ele deve passar por várias etapas: aprender o que significa ser gerente; desenvolver julgamento interpessoal, por meio dos desafios do exercício da autoridade e do gerenciamento da atuação dos subordinados; confrontar seu lado pessoal ao lidar com tensões e emoções; gerenciar a mudança (HILL, 1992).

Hill (1992) explica ainda que, ao aceitar uma promoção, o indivíduo não aceita apenas as responsabilidades do novo cargo de gerente, ele vai além. O novo gerente assume o compromisso de formar um novo profissional e uma nova identidade pessoal. Em geral, a aquisição das competências necessárias e a construção de relacionamentos-chave são apenas parte da história. A adoção de atitudes e de uma perspectiva psicológica consistentes com a nova função é ainda mais premente. Cada novo gerente emerge de “[...] um processo progressivo de negociação com seus novos parceiros: subordinados, superiores, colegas e clientes (HILL, 1992, p.134), aprendendo tanto sobre o processo de gerenciamento quanto sobre transformar a si mesmo. Nessa dinâmica, a capacidade gerencial tem um papel relevante.

A tabela 13 retrata a percepção dos gerentes sobre a capacitação administrativa oferecida pela SMS-BH. Nela, constata-se que 55,81% dos gerentes respondentes do questionário concordam parcialmente que há investimentos na capacitação administrativa e 13,95% concordam totalmente.

TABELA 13
Capacitação administrativa

	%
Discordo totalmente	0,0
Discordo parcialmente	20,93
Não concordo nem discordo	2,33
Concordo parcialmente	55,81
Concordo totalmente	13,95
Não respondeu	6,98
Total	100,00

Fonte – Questionário.

Segundo o depoimento dos gerentes participantes do Grupo Focal, as capacitações e treinamentos foram introduzidos a partir do momento em que as atividades foram se tornando mais complexas.

O primeiro treinamento, o GERUS, Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do SUS, foi dado em 1992 e teve a duração de um ano. O programa consistia em metodologia elaborada como atividade do programa de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde. Tratava-se de uma proposta de desenvolvimento gerencial para a rede de unidades básicas, a fim de dar um apoio ao processo de fortalecimento da gestão municipal do SUS. A operacionalização deu-se por meio de um curso de especialização, composto de três unidades didáticas com carga horária mínima de 400 horas, distribuídas em períodos de atividades presenciais e de práticas realizadas nos próprios serviços. A implantação desse curso incluiu uma fase de preparação de monitores, constituída de cinco seminários com duração de 200 horas (www.bra.ops-oms.org/rh, consultado em 25 de novembro/2007).

“O ‘Gerão’ (depois teve o ‘Gerinho’, que foi um outro parecido, só que mais curto) durou um ano – foi como se estivéssemos fazendo uma especialização. Ele foi uma especialização” (Grupo Focal).

O GERUS tinha como finalidade efetivar as diretrizes preconizadas pelo SUS e capacitar os profissionais para exercerem funções gerenciais em Unidades Básicas de Saúde. Ou seja, na gestão descentralizada do SUS, pretendia-se que os gerentes reconhecessem e tivessem capacidade para resolver os principais problemas de saúde que afetavam a população da área de abrangência da UBS. A competência desejada, ao final do treinamento, deveria possibilitar ao novo gerente ter capacidade de avaliar o quadro de necessidade de saúde, oferta de serviço e disponibilidade de recursos institucionais, reorganizar a produção de serviços e conduzir operações ajustando as decisões ao contexto, em conformidade com os objetivos específicos do programa.

Finalizado o treinamento, a Secretaria Municipal de Saúde esperava que os gerentes avaliassem as condições sócioepidemiológicas e, a partir dessa avaliação,

pudessem fazer a reorganização dos serviços e conduzir os processos de produção com qualidade e produtividade, inseridos nas premissas preconizadas pelo SUS de universalidade, equidade e qualidade . (www.bra.ops-oms.org/rh, consultado em 25 de novembro/2007).

Dessa forma, o GERUS pode ser visto como ferramenta de desenvolvimento gerencial, num contexto mais amplo de ação técnico-político de organização local voltada para a consolidação do Sistema Único de Saúde e para a implantação do Programa da Saúde da Família.

“Foi ficando tudo muito complexo e a necessidade de ferramentas fez existir o GERUS” (Grupo Focal).

“A importância do GERUS é que ficou claro a importância da capacitação para esse processo. Aí as coisas foram clareando e fomos percebendo nosso verdadeiro papel” (Grupo Focal).

Atualmente, tem sido dado um treinamento para todos os gerentes com o objetivo de capacitá-los para o Programa de Saúde da Família – PSF. Segundo os dados apurados, porém, esse treinamento não tem atendido as expectativas dos gerentes de unidades básicas. São bons, apenas na medida em que possibilitam a saída deles das UBS's.

“Esse ano está tendo um treinamento. Chega o final de ano eles têm que gastar o dinheiro todo para não ter que devolver e aí enfia para a gente fazer” (Grupo Focal).

“Tem que treinar. Nem perguntam o que é que precisa. Muitas vezes não tem nada a ver. Tem que treinar e ponto. Só é bom pra gente sair um pouco da unidade. Tirar folga” (Grupo Focal).

“Para mim, está sendo uma decepção, perda de tempo mesmo, sabe. Eles falam lá em cima coisas que eu já estou careca de saber. Se fosse lá, falaria melhor do que eles. Não tem nada de novo, que dá para aproveitar. Nem acrescenta” (Grupo Focal).

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte oferece treinamentos para os gerentes e outros profissionais da rede, tais como médicos, enfermeiros entre outros, visando repassar informações sobre os novos programas a serem implantados, protocolos que devem ser cumpridos. Ou seja, são dados treinamentos técnicos, assim como ocorreu na implantação do PSF: os profissionais que se

interessaram por participar passaram por treinamentos de qualificação para exercerem as funções inerentes ao programa.

O treinamento administrativo, que envolveu todos os gerentes da rede, restringiu-se ao GERUS, na versão ampliada, com duração de um ano, e num outro módulo de menor duração, na década de 90, e a capacitação para o PSF, agora em 2007. Ou seja, em quase 20 anos, foram dados dois treinamentos que efetivamente tinham como foco a capacitação gerencial, segundo os participantes do Grupo Focal. Não há uma regularidade na oferta de treinamentos de capacitação para a equipe gerencial da SMSA-BH.

Diante dessa realidade, os gerentes de UBS's, frente à autonomia que lhes foi conferida e à necessidade de apresentarem resultados, poderiam tomar para si a responsabilidade da capacitação tanto pessoal, quanto a de seus subordinados. Essa prática é amplamente realizada pelos profissionais das instituições privadas, que, independentemente dos investimentos organizacionais, desprendem tempo, esforços e verba para sua própria capacitação. Nessas instituições, essas medidas são tidas como uma necessidade para que os profissionais consigam manter-se no mercado, resultando, dessa forma, em um investimento na carreira.

Mintzberg (1986, p. 10) afirma que “[...] por estar encarregado de uma unidade organizacional, o gerente é responsável pelo trabalho de todos os funcionários da unidade”. Dessa forma, deve agir, numa atitude de liderança direta, como ocorre na maioria das organizações em que o executivo é normalmente responsável pela comissão e treinamento de seu próprio pessoal.

A análise dos dados demonstra várias discrepâncias entre as percepções dos gerentes e as afirmações teóricas de que a realidade atual, marcada por grandes transformações, tem exigido dos gerentes maior identificação com a função gerencial e melhor capacitação para o desempenho de suas funções.

“O processo de trabalho é tão dinâmico, que ele não permite falar que é assim. É assim hoje. Está assim, né?. Igual a gente costuma falar: eu não sou gerente, estou gerente. Não sou” (Grupo Focal).

Certamente, a capacitação pessoal e de toda a equipe, aliada a outras ferramentas gerenciais, constitui-se em condição básica para o bom encaminhamento das atividades na UBS. Mintzberg (1986) alerta para os riscos de os gerentes, inadvertidamente, lidarem superficialmente com um número variado de questões, sem se concentrarem o suficiente naquelas que requerem mais atenção.

Surpreendentemente, dentre as ferramentas gerenciais utilizadas pelos entrevistados nas UBS's, destaca-se o planejamento estratégico, que totaliza 51,22% das respostas, conforme mostra a tabela 14.

Tabela 14

As principais ferramentas adotadas no gerenciamento da UBS

Itens discriminados	%
Planejamento estratégico	51,22
Controle social efetivo	9,76
Diretrizes, administração	9,76
Dados estatísticos, fluxogramas, saber ouvir	7,32
Diagnósticos de equipes, relatórios	7,32
Protocolos, reuniões em equipe	4,88
Negociação, acompanhamento	4,88
Indicadores, metas	4,88
Colegiado gestor local, conselho local de saúde	4,88
Busca de aliados, motivação das pessoas, organização	2,44
Total	112,22

Fonte – Questionário.

Nota – O valor percentual acima de 100% é devido a repetição das ferramentas utilizadas

Entretanto, nas falas dos gerentes participantes do grupo focal percebe-se que não há planejamento nas atividades gerenciais.

“Eles resolvem e pronto e a gente fica até doente. Não dá para planejar. Não tem tempo para implantar as coisas. Eles só cobram” (Grupo Focal).

“Numa semana a rotina foi mudada três vezes. Eu respondi para ele: é assim mesmo. Quando alguma coisa não dá certo, a gente tem que tentar uma nova adaptação” (Grupo Focal).

Nesse aspecto, observa-se que o desempenho gerencial nas UBS's assemelha-se ao que é relatado nas diversas literaturas como Davel e Melo (2005), Mintzberg (1986), Hill (1992) entre outras, que se referem às atividades gerenciais como tarefas fragmentadas e não-planejadas. Mintzberg (1986) escreve sobre os mitos

acerca dos gerentes e o primeiro deles refere-se ao *executivo ser um planejador sistemático e reflexivo*. Na realidade, segundo o autor,

[...] os gerentes trabalham num ritmo inexorável. Suas atividades se caracterizam pela brevidade, variedade e descontinuidade. Os gerentes estão firmemente orientados para a ação, não apresentando inclinações para atividades de reflexão (MINTZBERG, 1986, p. 02)

Outras ferramentas tais como realização de reuniões e relatórios foram apontadas pelos gerentes pesquisados. Aliados a isso, destacam-se a utilização de protocolos, os fluxogramas, o levantamento de dados estatísticos entre outros que se prestam a dar maior visibilidade dos projetos desenvolvidos. Os gerentes lançam-se na empreitada de buscarem recursos para desenvolverem suas atividades junto aos seus funcionários, a fim de alcançarem melhores resultados.

“Quantas unidades já foram quatro ou cinco que já implantaram. Cinco né? Sem nenhum preparo. Quer dizer em algum momento alguém ouviu falar. Em nenhum momento. Então quer dizer isso é um grande desafio para a gente né. As coisas ficam pegando no nosso trabalho. Aí, a gente tem que pegar o trabalhador, envolver o trabalhador, conquistar o trabalhador. Tem que enfrentar a comunidade. Tem que sentar com a comunidade enfrentar a briga” (Grupo Focal).

Quando há um projeto comum, compartilhado e estruturado com todos os atores envolvidos, as ações tornam-se mais efetivas e culminam em resultados positivos.

Senge (2004) relata que organizações que aprendem são organizações nas quais as pessoas expandem continuamente sua capacidade de criar os resultados que realmente desejam, em que se estimulam padrões de pensamentos novos e abrangentes, a aspiração coletiva ganha liberdade e em que as pessoas aprendem continuamente a aprender juntas.

O relato abaixo explicita apropriadamente o significado do trabalho em equipe. Na opinião dos gerentes participantes do Grupo Focal, isso constitui-se em uma das facilidades para exercerem suas funções no dia-a-dia das UBS's.

“Precisávamos ter conversas com as mães para passar as orientações. E não tinha como elas não levarem os filhos. Às vezes, até três. Ficavam chorando, pedindo colo e não tinha como conversar tudo que precisava. Era choro, gritaria, confusão. A gente até arrependia. Quando paramos

para conversar, as idéias foram sendo dadas. Alguém trouxe um colchonete, outros trouxeram brinquedinhos e aí, conseguimos montar o cantinho da criança. Tem até auxiliar querendo ficar lá, como se fosse babá, sabe? E isso foi muito bom para que a reunião pudesse ser feita, de forma proveitosa para todo mundo. A mãe não tinha com quem deixar os filhos e pensamos em conjunto. Aí, o que era sofrimento, passou a ser um dia diferente, mais prazeroso” (Grupo Focal).

5.3.2 Facilitadores da atividade gerencial

No dia-a-dia, os gerentes relatam que o apoio dado pelo distrito é um dos facilitadores para o desempenho de suas funções. Há uma controvérsia que reforça a percepção de que é conveniente para os gerentes não assumirem a total responsabilidade da função. Às vezes, o distrito aparece como dificultador e outras vezes, aparece como aspecto que favorece a ação gerencial.

Segundo a percepção dos gerentes, esse apoio dado pelo distrito é um fator agregador para uma construção coletiva. O trabalho é realizado em conjunto com o distrito. São, porém, respeitadas as singularidades de cada área de abrangência e a autonomia que cada gerente tem para instituir os projetos e tomar determinadas decisões para o bom funcionamento da UBS.

Entretanto, há outras contradições nesse discurso, tendo em vista algumas decisões que são tomadas, que ferem as diretrizes estabelecidas pelo distrito, em comum acordo com a SMSA-BH. Uma delas refere-se ao horário de funcionamento dos serviços. Não cumprir o horário determinado pela Secretaria implica falta grave, segundo dispõe a norma instituída. O relato abaixo explicita uma situação rotineira que fere os princípios determinados pela SMSA-BH em relação ao horário de funcionamento dos serviços nas unidades básicas.

“O que eu estou fazendo hoje, que não é o normal, mas eu faço e comunico ao distrito normalmente. Então tem, auxiliar de enfermagem que é o grande nó. Depois das 17 horas só tem uma auxiliar de enfermagem. Então tem que fazer o horário e deixar o serviço a partir dessa hora. Então avisa para o distrito: ó não tenho funcionário para esse e esse setor então os setores tais tais e tais vão funcionar até tal determinada, até essa hora e depois das 17 não tem ninguém” (Grupo Focal).

O depoimento demonstra a despreocupação do gerente participante do Grupo Focal com as normas instituídas. Ele, porém, sente-se à vontade para transgredir as regras, visto que não tem o contingente de pessoal necessário para a cobertura do horário estipulado. Tudo é simplificado, pois o gerente não implica com a busca de alternativas para minimizar o problema de falta de pessoal para cumprimento das rotinas instituídas e obtenção dos resultados a serem alcançados.

Malta et al (2003) referem-se à responsabilização pela saúde dos indivíduos, por parte dos profissionais, por meio de conseqüente constituição de vínculos com a população a ser atendida. Essa vinculação perpassa pela qualidade da prestação de serviços percebida pelos usuários e está diretamente relacionada às diretrizes gerenciais estabelecidas, às condições de trabalho e à capacidade técnica e formação profissional dos funcionários em seus diversos níveis de atendimento (GRÖNROSS, 2003).

Além disso, de acordo com o que mostra a tabela 15 sobre as informações referentes ao apoio e ao grau de autonomia na condução das atividades, obtidas por meio dos questionários respondidos pelos gerentes, percebe-se que a maioria dos gerentes concorda parcialmente que têm todo tipo de apoio de que necessitam e detêm elevado grau de autonomia na condução das atividades. Parece ser uma avaliação de conveniências. Dependendo da situação em curso, o gerente reconhece o respaldo dado pelo distrito. Outras vezes, diante de falhas, transfere para o distrito a responsabilidade que lhe é conferida dada à sua autonomia gerencial. Dessa forma, percebe-se uma incongruência no discurso e atitudes dos gerentes das UBS's.

TABELA 15
Apoio e autonomia dos gerentes

Descrição dos itens	%
Tenho todo tipo de apoio de que necessito para o desempenho das minhas funções	60,46
Tenho elevado grau de autonomia na condução das minhas atividades	67,44

Fonte – Questionário.

Nota – A soma ultrapassa 100% devido ao fato dos gerentes citarem mais de uma dificuldade

Ao distrito cabe dar o suporte adequado às necessidades das UBS's seja na implantação dos protocolos, seja na estruturação dos treinamentos técnicos entre outros. Cabe também ao distrito, avaliar o desempenho gerencial e propor mudanças.

“Se o gerente não está indo bem, eles sentam, conversam e até falam: acho melhor você se afastar, dar um tempo. Descansar um pouco. Vai ser melhor para você e para a sua unidade” (Grupo Focal).

Outro fator demonstrativo das contradições na relação dos gerentes de UBS's com os distritos pode ser avaliada na tabela 16. Em sua grande maioria, 65,12%, os gerentes concordam parcialmente que suas solicitações são atendidas com prontidão em nível do distrito sanitário.

TABELA 16

As solicitações gerenciais são prontamente atendidas pelo distrito

Descrição dos itens	%
Concordam parcialmente	65,12
Concordam plenamente	9,30
Discordam parcialmente	11,63
Não têm opinião a respeito	13,95

Fonte – Questionário.

O apoio dado pelo distrito não ocorre no tempo desejado pelos gerentes. Dessa forma, esse apoio pode ser entendido como sendo da mesma forma que o gerente deve relacionar-se com o especialista, cientista administrativo, descrito por Mintzberg (1986). Esses profissionais têm algo que falta aos gerentes: o tempo para investigar os problemas complexos. O autor relata que uma relação de trabalho eficiente leva à solução do que ele denomina *dilema do planejamento*, pois os gerentes têm a informação e a autoridade; os analistas têm tempo e tecnologia.

Dessa forma, o apoio distrital possibilita ao gerente obter ajuda no que se refere ao planejamento do seu tempo, ao fornecimento de informações analíticas, ao controle de projetos sob sua supervisão, ao desenvolvimento de modelos destinados a ajudar nas opções, à apresentação de planos de emergência – para complicações que possam ser previstas – e de análises rápidas e eficientes, para as que não possam ser previstas. Além disso, constitui-se de um outro olhar, isento das implicações a

que todos estão sujeitos, quando diretamente envolvidos na solução de um problema.

Quando, porém, é conveniente, há situações em que o gerente usa de sua autonomia e toma atitudes isoladas, contrárias ao que é posto pelo distrito.

“Uma coisa que eu vivo, contrariando o serviço, a orientação da farmacêutica distrital. Eu queria saber dos outros colegas. Eu contrariei a norma e falo para os outros colegas que me ligam perguntando o que eles devem fazer. Porque ali no dia-a-dia eu é quem soffro. Essa nova rotina da farmácia. Fecha um dia aí vai contar tudo e botar no computador. Não vai sair nenhum (comprimido)... Pára tudo. O que eu fiz ela disse para eu não fazer... Peguei uma caixa de papelão de medicamentos e falei para encher de medicamentos da saúde mental mais usado. Peguei uma outra caixa enchi de Captopril, Amoxil. Aí separei esses remédios antes de fazer o inventário na farmácia. Eu separei tudo. Porque tudo que eu quero é evitar confusão com o pessoal da saúde mental. Você já imaginou eles chegarem lá no dia, a cartela acabando e daí você fala: ‘não moço, hoje não tem remédio’... Porque a gente atende ele e não amola ninguém” (Grupo Focal).

Fica claro, na apuração de dados coletados no Grupo Focal e por meio do questionário, que os gerentes mantêm contato entre seus pares, a fim de trocarem idéias e informações sobre as decisões tomadas. Essa troca de experiências, além de consistir-se num mecanismo de ajuda mútua, funciona como um respaldo para as atitudes já tomadas.

Muitos gerentes, segundo Davel e Melo (2005), enfrentam situações contraditórias em termos de funções e papéis a serem desempenhados. Ao mesmo tempo em que são solicitados a exercerem funções de capatazes (sintonia na função de agenciar e fazer cumprir a tarefa), também são solicitados a exercerem a função de controladores (atividades centradas em processos múltiplos de controle), de realizadores (atividades de grande performance, mas canalizadas para a carreira e o sucesso profissional próprio) e de parceiros (desempenho que favorece os resultados organizacionais pela capacidade de estabelecer uma parceria dupla, com a empresa e com os subordinados).

“Eu ligo e divido a preocupação. Às vezes, alguma coisa que foi feita lá pode ser aproveitada aqui e outras eu nem vou tentar, por que já não deu certo” (Grupo Focal).

Em relação ao Ministério da Saúde, os gerentes concordam que os protocolos são bem estruturados, não são instituídos de cima para baixo. Ao contrário, são pactuados com a rede, de acordo com a especificidade de cada unidade. Cabe aos gerentes fazer as adequações devidas, embasados pelas diretrizes estabelecidas, de forma a adaptá-las à realidade da sua área de abrangência. Essas ações imprimem autonomia ao trabalho gerencial.

“Não existe crítica ao protocolo do Ministério da Saúde. Os perfis são de cada unidade para adaptação do protocolo (o protocolo é um norte, mas cada unidade adapta à sua realidade). A gente é muito criativo – cria o que for preciso e comunica” (Grupo Focal).

“Eu acho que as unidades são muitas diferentes umas das outras – no mesmo distrito e entre os distritos. No mesmo distrito, meu vizinho é muito diferente. Nossa área é pequena. A unidade dela é uma unidade de risco, com cinco equipes, diferente da minha unidade que tem três equipes com saúde mental. Então, assim os protocolos estabelecidos no Ministério da Saúde nos orientaram, mas o perfil da unidade dela é um, dá para implantar o programa, o perfil da minha unidade é outro” (Grupo Focal).

“Parece que agora as coisas estão entrando mais nos eixos. Com o protocolo ela (a SMSA) norteia o trabalho comum. Ela norteia o que a gente tem que fazer com isso, de acordo com a secretaria. Eu acho que fica claro para a equipe que ela tem que dar conta das suas crianças, das suas mulheres... Fica claro que ela tem que dar conta da sua área de abrangência. Agora como vou fazer isso, dentro da minha unidade, a gente senta e discute. Busca a melhor forma. Sou eu com a minha equipe” (Grupo Focal).

“Eu não percebo ninguém da equipe criticar protocolo, não existe isso mais, entendeu?” (Grupo Focal).

“Você percebe pequenas ou grandes diferenças. Existe alguma diferenciação de centro de saúde para centro de saúde” (Grupo Focal).

Essa aceitação e facilidade de implantação dos projetos sugeridos pelo Ministério da Saúde também é comprovada junto aos gerentes respondentes do questionário.

Quando questionados sobre as diretrizes estabelecidas pelo SUS, os gerentes respondentes dos questionários concordam parcialmente que:

- os materiais informativos e as propostas definidas são claras e fáceis de serem aplicadas junto à clientela atendida (65,12%);
- a UBS que gerencia cumpre 100% as diretrizes estabelecidas pelo SUS (72,09%);

- as diretrizes do SUS são de fácil aplicabilidade junto aos funcionários (53,49%).

A literatura enfatiza que quanto mais sensíveis à dinâmica cultural e simbólica da organização em que trabalham, maior a capacidade dos gerentes de promover a cooperação, de suscitar a adesão e de favorecer a colaboração.

Ao longo da sua jornada, os gerentes coordenam atividades, promovem a cooperação entre as pessoas e a adesão de cada funcionário aos códigos culturais da empresa. Sobre os gerentes dos serviços públicos, Scarpi (2004) relata que o consenso em torno da necessidade de transformar suas práticas em favor de organizações mais ágeis, mais eficientes e focadas em resultados, acirrou a discussão acerca das novas funções, papéis e habilidades deles requeridos. Além disso, a questão dos impactos sofridos por eles e de seus posicionamentos frente às reestruturações e modernizações organizacionais ganhou novos conteúdos e nova importância. Pode-se presumir que os gerentes públicos têm sentido os impactos de todas essas mudanças, talvez até mais fortemente do que os outros gerentes.

Para avançar na adoção de formas modernas de gestão pública, espera-se que os gerentes tenham uma nova visão de seu papel e acreditem que a mais profunda e verdadeira reforma se realiza no dia-a-dia do exercício das suas funções.

Mintzberg (1995) afirma que o gerente deve ser desafiado a controlar seu próprio tempo, ao reverter as obrigações em proveito próprio e ao transformar seus desejos em obrigações. Além disso, é preciso estabelecer uma rede de contatos, que possibilite coleta adequada de informações suficientes para subsidiarem as tomadas de decisões inerentes ao cargo. O acesso às informações, geralmente, é devido aos contatos interpessoais com os subordinados e com a rede de contatos dos gerentes e faz com que ele saiba mais do que qualquer outro membro de seu quadro de funcionários. A tabela 17 mostra qual é o tipo e com qual frequência os gerentes de UBS's mantêm contatos interpessoais.

TABELA 17
Relacionamentos estabelecidos pelos gerentes

Itens discriminados	%
Mantenho meu correio eletrônico em dia, freqüentemente	48,84
Dou retorno às chamadas telefônicas que não pude atender prontamente, sempre	74,42
Mantenho contato freqüente com outros profissionais da área, às vezes	37,21
Participo de congressos, seminários e simpósios, freqüentemente	41,86
Compartilho experiências com outros gerentes da rede, freqüentemente	44,19

Fonte – Questionário.

Os dados da tabela 17, referentes aos relacionamentos estabelecidos pelos gerentes, mostram principalmente que 48,84% dos entrevistados mantêm seu correio eletrônico em dia e que 74,42% dão retorno às chamadas telefônicas que não puderam atender prontamente. Além disso, novamente os dados coletados reforçam a idéia de que há um intercâmbio entre os gerentes e seus pares. Esse fato destoa com o que foi apurado no referencial teórico deste estudo. De acordo com Antunes (1996), os gerentes são *lobos solitários* na luta que travam a cada dia por melhores resultados, coesão, harmonia etc. Os dados apurados estão em consonância com o que foi dito por Pahl (2005), quando afirma que os gerentes se esforçam para a realização de um trabalho em quantidade e qualidade suficientes para a manutenção e a garantia das relações sociais.

5.4 Dificuldades identificadas no exercício das funções gerenciais

Dentre as dificuldades existentes no exercício das funções gerenciais descritas pelos respondentes, a falta de capacitação dos profissionais é a mais evidenciada (60,46%), conforme pode ser observado na tabela 18.

Tabela 18
Dificuldades identificadas pelos gerentes

Descrição dos itens	%
Os profissionais de que disponho não são capacitados para o desempenho de suas funções.	60,46
Os programas realizados atendem parcialmente às necessidades da clientela	44,19
O meu tempo não é suficiente para fazer todas as tarefas inerentes ao meu cargo e sempre levo serviço para casa	32,56
Total	137,21

Fonte – Questionário.

Nota – A soma ultrapassa 100% devido ao fato dos gerentes citarem mais de uma dificuldade.

Segundo relato dos gerentes, os profissionais de nível médio não sabem lidar com o computador e aqueles que sabem, têm uma digitação precária. Em relação à equipe médica, há profissionais que se capacitaram para atuarem como médicos generalistas, que não assumem a própria função. Preferem prestar atendimento na sua área de formação de origem.

“Tem um objetivo final que tem que ser cumprido. Tem generalista na rede que até hoje não é generalista. Generalista atende adulto, mulheres e crianças. Tem generalista na rede que não atende... Isso tem que mudar. Então tem generalista que o perfil dele é mais adulto, atende mais adulto, atende mais hipertenso, não faz pré-natal, entendeu? E isso tem que mudar...” (Grupo Focal).

Para Davel e Melo (2005), cada vez mais a mudança torna-se uma dimensão natural e incorporada à vida organizacional, levando as empresas a uma busca constante de maior flexibilidade e competitividade. Nesse contexto, as organizações necessitam agilizar mais e mais a aprendizagem organizacional e tecnológica, visando a sua entrada e permanência no ambiente econômico globalizado. Para os autores, a velocidade e a intensidade com que as mudanças ambientais atingem a organização do trabalho desatualizam rapidamente as estruturas estabelecidas, os processos decisórios e o impacto das decisões no ambiente socioeconômico em que a organização atua.

Os servidores da rede municipal de saúde, em sua maioria, são concursados, com estabilidade no emprego e não percebem a necessidade de buscarem aperfeiçoamento de suas habilidades. Assumem atitudes isoladas, unilateralmente, sem o compromisso com a organização como um todo. Esse comportamento é mais intensamente visto nas instituições públicas do que nas instituições privadas e é devido, principalmente, à estabilidade no emprego, comum dos *servidores* públicos.

“Quando eu falei para ele que tinha de digitar ele falou para mim: ‘não sei e ponto. Eu nem tenho que saber. Quando fiz o concurso não tinha essa cobrança. Não fiz prova de digitação, de computador. Nem era exigida a digitação, então eles não têm que me cobrar agora. Não tenho obrigação’” (Grupo Focal).

Assim, para o gerente do setor público, o desafio se torna ainda maior no que diz respeito à percepção da velocidade da mudança e da capacidade de dar respostas rápidas, de administrar crises e surpresas e de criar disposição coletiva e

compreensão de responsabilidades sobre condições adversas e oportunidades futuras. Os gerentes justificam-se pelo volume de demandas que devem ser cumpridas, sem focarem a organização e o planejamento.

“A equipe fica insatisfeita. Reclamando sem tempo. Falta auxiliares. Excesso de trabalho. Dificuldade de colocar em prática o que o programa determina. Na minha unidade são tantas cargas de trabalho: curativos domiciliares etc. é tanta tarefa que ninguém pára. Não tem tempo de ir ao banheiro. As auxiliares chamam a auxiliar de limpeza para recolher o lixo, como artimanha para dar uma parada e ir tomar café e ir no banheiro. Aí dá para falar para o usuário, não (Grupo Focal).dá para atender agora – tem que esperar. Está limpando agora e ele vê” (Grupo Focal).

Porém, os resultados apurados junto aos questionários avaliou que há uma falha no desempenho gerencial, no que se refere à capacitação profissional de seus funcionários, conforme demonstrado na tabela 19.

TABELA 19
Atuação gerencial para a capacitação dos profissionais

Descrição dos itens	%
Elaboro e promovo ações de capacitação da minha equipe às vezes	44,19
Dou <i>feedback</i> aos funcionários e os motivo a se superarem às vezes e freqüentemente	44,19
Treino o meu pessoal em serviço (educação continuada) – às vezes	58,14

Fonte – Questionário.

Elaborar e promover ações de capacitação bem como treinar em serviço é essencial para o bom desenvolvimento das instituições. São tarefas que devem estar inseridas regularmente na dinâmica do trabalho gerencial. Sendo assim, uma das funções gerenciais é capacitar seus funcionários ou intermediar ações para que eles se capacitem. Nesse estudo, deve ser considerada a instituição pública, que também pouco valoriza as questões de capacitação profissional. O que se percebe é que as diretrizes que são propostas tratam, em sua grande maioria, dos aspectos técnicos e pouco ou quase nada dos aspectos comportamentais.

Drucher (1998, p. 87) em uma metáfora do trabalho gerencial diz que

[...] o gerente tem como tarefa criar um todo maior do que a soma das partes, uma entidade que resulte maior do que a soma dos recursos nela lançados. Ele é como um maestro, graças a cujo esforço, visão e liderança as partes instrumentais, barulhentas individualmente, transformam-se no todo cheio de vida da música. Mas há uma diferença: enquanto o regente apenas interpreta o compositor, o gerente é, ao mesmo tempo, compositor e intérprete.

Nessa empreitada, a atuação gerencial, apesar ou além de tantas tarefas a serem concluídas, deve voltar-se para os seus profissionais, numa relação mais próxima que possibilite perceber suas dificuldades, seus anseios, suas perspectivas. Essa estratégia é fundamental para a inserção de cada um na equipe de trabalho, como integrante efetivo, com metas a serem cumpridas, desafios a serem enfrentados, compromissos a serem respeitados e não simplesmente como meros cumpridores de horário ou tarefas.

Outras atividades desenvolvidas pelos gerentes junto às suas equipes, que possibilitam o alinhamento das diretrizes instituídas e a organização dos serviços, são descritas na tabela 20. A análise dos dados permite concluir que há uma atuação gerencial intensa, em todas as frentes de trabalho das UBS's. Em relação ao desenvolvimento de suas equipes, os gerentes freqüentemente, conforme apurado por meio dos questionários, ressaltam aspectos positivos e negativos das situações que ocorrem no dia-a-dia (58,14%), fazem reuniões (67,44%). Sobre o resultados alcançados, 41,86% acompanham os resultados e 44,19% fazem avaliação de desempenho de todos os membros que compõem a equipe sempre.

Concomitante a essas atividades, 48,84% dos gerentes entrevistados sempre dão suporte aos funcionários, quando necessitam, participam das atividades de confraternização, quando são convidados (62,79%).

TABELA 20

Atuação gerencial para o alinhamento das diretrizes e organização dos serviços

Itens discriminados	%
Ressalto aspectos positivos e negativos das situações que ocorrem no dia-a-dia freqüentemente	58,14
Faço reuniões com a minha equipe freqüentemente	67,44
Dou suporte aos meus funcionários, quando há sobrecarga no atendimento sempre	48,84
Participo das atividades de confraternização, sempre que sou convidado(a) sempre	62,79
Estabeleço metas e possibilito condições junto à equipe para que sejam alcançadas freqüentemente	41,86
Faço avaliação de desempenho de todos os membros que compõem minha equipe sempre	44,19
Acompanho os resultados obtidos pela minha equipe sempre	41,86
Trabalho os valores da UBS junto a todos os funcionários freqüentemente	58,14
Percebo as áreas de conflito e faço intervenções junto aos responsáveis freqüentemente	55,81
Cobro dos meus profissionais alinhamento em relação aos valores e normas instituídas freqüentemente e sempre .	48,84
Faço escalas de trabalho, trocas, substituições, reposições, férias etc. freqüentemente	44,19

Fonte – Questionário.

A análise permite a constatação de que a ação gerencial é uma atividade dinâmica. Davel e Melo (2005) preconizam que existe um intervalo entre o que os gerentes acreditam que fazem e o que realmente fazem, além do que se deve realmente fazer. Para os autores, as ações gerenciais se apóiam em mecanismos de controle exercidos nos diversos níveis da organização e se baseiam em diferentes racionalidades e lógicas.

Em seu ambiente de trabalho, o gerente de UBS defronta-se com múltiplas situações, que exigem dele diferentes habilidades para o efetivo tratamento de cada uma delas. Além de trabalhar com materiais escritos, tais como relatórios, projetos e documentos, e acompanhar as situações que ocorrem junto aos usuários, o gerente comumente tem participação em diferentes grupos de trabalho. Em seu dia-a-dia, ele estabelece múltiplas relações com outros membros organizacionais que são seus subordinados, colegas de trabalho e outras pessoas que fazem parte da sua rede de contatos de forma ampla e complexa. Nesse contexto, torna-se importante para o gerente, no exercício de suas atividades profissionais, estar inteirado da natureza do trabalho que executa, dos seus recursos, suas limitações etc.

De acordo com os percentuais mostrados na tabela 20, observa-se que há determinadas atividades que são mais desenvolvidas pelos gerentes do que outras. Em seu conjunto, acredita-se que essas atividades fortaleçam o trabalho em equipe, o crescimento profissional, a organização dos serviços e a instituição de valores organizacionais.

Também foi apontado que os programas realizados atendem parcialmente às necessidades da clientela (44,19%). Combinando esse resultado com as informações coletadas no Grupo Focal, entende-se que esse programa se refere ao acolhimento e à própria clientela a ser atendida. Mesmo tendo sido instituído pelo Ministério da Saúde, por meio de diretrizes explícitas, não há um alinhamento das experiências relatadas pelos gerentes, sobre a prática do acolhimento.

“Não existe dois lugares fazendo o mesmo acolhimento, depois de doze anos” (Grupo Focal).

“Todo mundo que chega lá vai ser escutado e vai ter uma solução mesmo que seja: ‘amanhã você volta’” (Grupo Focal).

A recomendação é que seja feito por equipe, como recurso que potencializa o acesso, garantindo uma escuta qualificada ao usuário e resposta positiva ao seu problema de saúde. O acolhimento veio para tornar-se uma estratégia para humanização dos serviços prestados. Além disso, segundo as diretrizes estabelecidas pelo SUS, o acolhimento significa ainda o fortalecimento da relação trabalhador/usuário e, sobretudo, a reorganização do processo de trabalho, fazendo uma aposta na equipe como o centro da atividade assistencial, onde todos os trabalhadores com habilidades para a assistência (nível superior e auxiliar de enfermagem) se coloquem na posição de assistir diretamente o usuário. A escuta atenta das queixas apresentadas pelo usuário visa permitir encaminhamentos adequados para cada caso.

Para isso, as queixas, além de serem ouvidas, devem ser valorizadas. Entretanto, muitas vezes, os usuários ficam à mercê do humor dos funcionários que estão para atendê-lo.

“Quando entrei lá o que mais me atormentava era o mau humor e a postura das pessoas, meus funcionários. Um falava, outro queixava. Era um tal de ‘eu não vou fazer isso porque fulano não faz’. Hoje conversei com quatro auxiliares” (Grupo Focal).

Grönroos (2003) afirma que as empresas devem tratar de conhecer seus clientes muito melhor do que normalmente tem sido o caso. Na assistência à saúde é ainda mais recomendado que os clientes sejam tratados de forma individualizada, por todos os funcionários, em todos os setores, com os quais ele tenha contato.

Neste estudo, porém, o que pode ser percebido é que o acolhimento se mostra como uma dificuldade a ser transposta. Talvez coubesse mesmo dizer que o acolhimento precisa ser aceito como norma a ser cumprida em sua essência.

Cabe aos gerentes buscar alternativas para a sua efetiva implantação, mesmo diante das barreiras existentes, quais sejam, a clientela extremamente insatisfeita e repleta de carências de toda ordem ou o fato do número de pessoas a serem

atendidas ser muito maior do que as equipes das UBS's têm capacidade para atender, conforme foi relatado.

"Há muito tempo o acolhimento deixou de ser escuta qualificada. Uma época na minha unidade era chamado de equipe porta, o porteiro já perguntava o que ele (o usuário) queria. Não tínhamos espaço dentro da unidade. É muito assim: qual porta que eu vou?" (Grupo Focal).

"Não tinha sala para atender. Dividimos a sala da gerência" (Grupo Focal).

"Hoje nós ainda não estamos numa forma legal. Porque nós separamos as crianças dos adultos. É. Se a gente manter a criança com adulto na primeira consulta a gente fica louco ...todo acolhimento a gente anota tudo no prontuário, né? A gente conversou com a mãe e tem que tem que correr com aquele prontuário, levar ele para o outro lado, por que o adulto vai ser atendido no acolhimento do outro lado. Por que a gente fez isso? Porque a gente tem muita criança e tem muito adulto" (Grupo Focal).

Outro fator apresentado como dificuldade existente no exercício de suas funções se refere ao fato de o gerente não dispor de tempo suficiente para fazer todas as tarefas inerentes ao seu cargo e sempre levar serviço para casa.

Conforme apontado por Davel e Melo (2005), estudos sobre as agendas, como o desenvolvido por Stewart (1967), constataram que os gerentes passam grande parte do tempo falando e escutando. Dessa forma, os gerentes raramente ficam mais de 30 minutos sozinhos, sem serem interrompidos. Esses estudos apontam ainda que as atividades desenvolvidas pelos gerentes são fragmentadas e comportam uma diversidade de aspectos numa jornada de trabalho.

Entretanto, mesmo atarefados, os gerentes interagem, servem de pontes entre suas organizações e as redes exteriores a elas, entre outras demandas e são incapazes de decidir sobre a utilização de seu próprio tempo, conforme relatado por Mintzberg (1986).

Esses aspectos apontados refletem os desafios a serem enfrentados pelos gerentes, inerentes à própria função e, neste estudo, inerente ao fato de estarem inseridos em uma instituição pública.

Em se tratando de serviço público, podem ser percebidas situações que nas instituições privadas seriam pouco prováveis que fossem concretizadas. Como

exemplo, cabe retomar o processo de informatização da farmácia nas UBS's, que tem causado grande transtorno aos gerentes, devido à falta de capacitação dos servidores em relação à informática. Contrariamente a essa realidade, há um grande avanço em direção à maior capacitação e domínio das várias ferramentas disponíveis nos dias atuais. Dessa forma, os conhecimentos referentes ao manuseio do computador e à habilidade de digitação já nem são mais questionados, visto que se tornaram condição básica para atuação no mercado.

No Grupo Focal, a falta de valorização do trabalho gerencial e o conselho de usuários também são citados como fatores que dificultam a ação gerencial.

A falta de percepção de valorização profissional é denominada mal-estar gerencial por Davel e Melo (2005). Esse conceito engloba ainda os sentimentos que são gerados pela falta de perspectivas de futuro, pelo aumento da pressão no tocante a metas de desempenho, pela imprecisão na definição de tarefas e responsabilidades, pela deterioração do clima social na empresa, pela redução/achatamento das estruturas hierárquicas, pelo aumento dos meios de controle entre outros fatores.

“Nós não valem nada, qualquer um xinga. Não tem propaganda do nosso trabalho. Só recebemos críticas. Nossa autonomia é baixa, não temos recursos financeiros, qualquer coisa que precisa tem que ser feita tomada de preços e licitações (quando sai, né?)” (Grupo Focal).

Além disso, percebe-se que os gerentes também necessitam de atenção e afeto. Eles expõem a necessidade de também serem acolhidos e ouvidos. Segundo observações feitas nos questionários, há poucas oportunidades de eles exporem seus sentimentos e serem ouvidos.

“Queria agradecer este momento pois são raros os espaços para o gerente expor suas angústias...” (Respondente do questionário).

“Gostaria de aproveitar para agradecer o espaço de troca e colocar-me à disposição para a continuidade do trabalho” (Respondente do questionário).

“Está cada dia mais difícil ser gerente e não tem nenhum retorno, precisava ter é um acolhimento para os gerentes” (Grupo Focal).

Brito (1998) considera que, nas instituições de saúde em particular, o atendimento às aspirações sociais e humanas não deve restringir-se apenas aos seus clientes, mas também aos indivíduos que integram o quadro de trabalhadores. Para a autora, o atendimento às demandas individuais perpassam pelos anseios e desejos das pessoas.

Nesse sentido, um outro aspecto a ser considerado é que, por volta de 32% dos gerentes foram afastados do trabalho por motivo de doença no ultimo ano, conforme mostra a tabela 21. Os motivos do afastamento que foram citados referem-se a cirurgias, faringite, amigdalite, diverticulite aguda, cefaléia intensa, câncer de bexiga, hérnia cervical, hemorragia uterina, lombalgia, virose e estresse.

TABELA 21

Afastamento por motivo de doença no ultimo ano

Item discriminado	%
Não	67,44
Sim	32,56
Total	100,00

Fonte – Questionário.

O desempenho da função gerencial, frente aos desafios impostos e à exigência da população a ser assistida, acarreta alterações no modo de viver dos gerentes. Especificamente, prejudica sua qualidade de vida pessoal.

“Não sinto dores. Sinto cansaço no final do mês e início do mês seguinte, devido ao excesso de demandas burocráticas. Falta apoio administrativo na UBS” (Respondente do questionário).

Alguns gerentes, que não chegaram a ser afastados de suas atividades diárias por motivo de doenças, avaliam seu estado de saúde de forma precária, principalmente, no que se refere às manifestações de estresse e fadiga.

“O stress é uma condição de desequilíbrio do funcionamento, tanto físico como mental. Em momentos de tensão excessiva, todo o organismo é afetado. Se este equilíbrio é reestabelecido de pronto, não há danos maiores para a pessoa. No entanto, se a condição de desequilíbrio permanecer por tempo excessivo, as doenças começam a surgir e a impaciência, a ansiedade e a depressão se estabelecem” (RIO, 1996).

Apesar da banalização, nos dias atuais, sobre a ocorrência do estresse, é esperado que os gerentes se sintam pressionados no exercício de suas atividades. Brito (1998) afirma que os gerentes freqüentemente são submetidos a situações estressantes, tendo em vista sua prática profissional ser desenvolvida com alto grau de responsabilidade e grande poder de decisão. No caso dos gerentes de UBS's, ainda devem ser consideradas as pressões exercidas pelo elevado número de pessoas a serem atendidas, que fazem parte da área de abrangência.

A tabela 22 retrata as observações feitas pelos respondentes do questionário, em relação ao seu estado de saúde. Sob o ponto de vista médico, as queixas ou sintomas são vagos e subjetivos. Apontam, porém, para um quadro de desgaste emocional ou de estresse crônico.

Cabe ressaltar que alguns gerentes não estavam em suas UBS's quando foram contatados por telefone para o envio do questionário, devido ao fato de estarem de licença médica (em torno de oito gerentes, o que resulta em 5,55%). Ao tentar averiguar a possibilidade de o gerente participar deste estudo, pelo telefone, foi possível perceber que alguns desses profissionais, mesmo licenciados, mantinham contato com o seu funcionário administrativo para inteirar-se das demandas e situações que só a ele cabia resolver.

TABELA 22

Estado de saúde dos gerentes nos últimos tempos

Itens discriminados	%
Ótimo ou bom estado de saúde, saudável	51,14
Sente cansaço, fadiga	30,23
Sente-se estressada	11,62
Sente dores (lombares e musculares)	9,30
Tem enxaqueca, cefaléia	6,97
Sobrecarga de trabalho que compromete a qualidade de vida	6,97
Com pouco ânimo e motivação	6,97
Tem insônia	4,65
Sente necessidade de um período de férias maior	4,65
Regular. Em tratamento para depressão	2,32
No limiar para cair a resistência	2,32
Sim, adiando avaliação médica	2,32
Com problemas rotineiros e inerentes à vida	2,32
Total	141,78

Fonte – Questionário.

Nota – A soma ultrapassa 100%, pois os gerentes pontuaram mais de uma característica.

A saúde no trabalho é tema bastante discutido em congressos, seminários e publicações destinadas à área da administração. Para Alevato (2002), ainda reféns do paradigma dominante no século XX, grande parte dessas discussões continua limitada por abordar o assunto sem perceber as profundas mudanças que a revolução tecnológica está impondo aos homens, às relações de trabalho, às condições e à organização sob a qual o trabalho se efetiva.

As queixas relacionadas na tabela 22 são demonstrativas de sobrecarga de trabalho e podem refletir elevado grau de pressão advinda da função gerencial.

Apesar disso, 44,19% dos gerentes concordam parcialmente que o seu trabalho é prazeroso e possibilita oportunidades de crescimento profissional enquanto 39,53% concordam totalmente com a afirmativa.

Os dados mostram perfeito alinhamento às referências teóricas. Há vários autores que afirmam que as organizações constituem importantes espaços para que os indivíduos, a partir do trabalho, alcancem algum tipo de realização pessoal e profissional.

Como exemplo, Brito (1998) acredita que o fato de os gerentes terem ingressado nessa profissão sugere, de alguma forma, a busca de crescimento e realização no trabalho, visto que o ser humano traz consigo o desejo e a necessidade constantes de vivenciar experiências novas e desafiadoras, ou seja, a própria natureza humana impulsiona os indivíduos na busca constante da evolução.

5.5 Práticas do dia-a-dia que dão resultados

As práticas do dia-a-dia que dão resultados foram questionadas mais explicitamente no Grupo Focal. Quando, porém, convidados a expressarem opinião a respeito das suas boas práticas, os gerentes participantes do Grupo Focal não conseguiram se aprofundar no assunto. Os desvios eram constantes e resultavam em queixas ou em relatos de situações-problema, que haviam vivenciado.

As poucas falas que traduziam boas práticas estavam relacionadas à auto-avaliação que faziam dos serviços prestados nas UBS's que gerenciam. Na opinião dos gerentes participantes do Grupo Focal, eles atingem os resultados desejados e isso, por si, já deve ser visto como um bom resultado.

“Está atendendo os doentes, tem alguém deles sem ser atendido? Não! Tem alguém indo para a urgência lá. Não. As gestantes estão sendo acompanhadas? Estão. As crianças estão? Estão. Os asmáticos estão? Estão. Todos estão. Então estamos felizes. Não estamos preocupadas. Nós damos respostas” (Grupo focal).

Além disso, os gerentes citam programas que julgam adequados e que dão resultados. Entre eles, foram citados o *Dia da Saúde Integral* e o programa de Saúde Mental. Ainda foi citado o apoio dado pela comunidade para a divulgação das ações, das novas rotinas e dos novos serviços que são instituídos.

“Dia da Saúde Integral é legal – permite a vigilância epidemiológica, planejamento da unidade por idade, patologia etc. Eu também tenho saúde mental. Saúde mental, informar o que está usando, o remédio. Às vezes, atende com foco, com planejamento, com foco no pré-natal, criança, mulher total” (Grupo Focal).

Também, no Grupo Focal, alguns gerentes relatam que percebem o Conselho de Usuários como um fator facilitador, enquanto outros já apontam dificuldades no relacionamento com os seus membros no dia-a-dia. O conselho de usuários é visto como facilitador quando se apresenta como uma instância colegiada que permite um fortalecimento da gestão. Por outro lado, conforme foi apurado no Grupo Focal, as lideranças que representam o usuário apresentam propostas de gestão bastante vagas como: dar condições dignas de atendimento, melhorar os serviços, disponibilizar serviços médicos especializados e que funcionem 24 horas para casos de emergência, aumento do número de médicos, ou mesmo declararem não saber ao certo quais são as suas funções

“Dependendo das condições em que o Conselho de Usuários atua é um dificultador. Outras vezes é um facilitador. Ultimamente, eu não vejo nenhum gerente, ou melhor, eu vejo pouca gente falando que o conselho de usuários e que a comissão local é parceira. Está sempre junto, ali. Não vejo. Pode ser que alguma unidade tenha esse apoio. Na minha unidade tem a comissão local e ela é parceira. Agora eu acho que eles não estão capacitados. Os conselheiros têm que ser capacitados para participar da mesa de negociação. Muitos precisam saber qual o papel deles. Senão fica

complicado. Mas eu acho, que o controle social ele quando entende do papel dele ele é um grande aliado. Ele é um grande aliado” (Grupo Focal).

“O Conselho de Usuários é um grande parceiro. Lá na minha unidade eles são grandes parceiros. Eles brigam, correm atrás. Ele é que batalhou para ter a unidade no local. Então tenho admirado o trabalho dele, né? A comissão faz parte da história mesmo” (Grupo Focal).

A discrepância está na unilateralidade de alguns conselhos que ficam apenas nas reivindicações de melhor prestação do serviço, sem se importarem com as condições de trabalho disponíveis para os profissionais da saúde. As melhores experiências em nível de conselho de usuários ocorrem quando há uma efetiva parceria entre os profissionais e os conselheiros locais, com o devido respeito do limite de atuação que cabe a cada um deles.

Outras práticas comentadas são as relacionadas às ações gerenciais que perpassam pela organização dos serviços e culminam em menos filas e melhor satisfação dos usuários. Além disso, citam os índices de produtividade referentes aos programas de saúde do adulto, saúde da mulher e da criança, assistência pré-natal etc.

“Tem coisa pior do que uma fila? Tem coisa melhor do que acabar com a fila? Então diminuimos a fila” (Grupo Focal).

“Eu acho fundamental trabalhar um pouco com epidemiologia, sabe. Eu acho que isso faz uma diferença muito grande” (Grupo Focal).

“A unidade que eu entrei há um ano atrás não tinha nada organizado puericultura desorganizada tudo desorganizado. Agora a gente já está construindo de acordo com os documentos” (Grupo Focal).

Contrariamente às expectativas iniciais frente às questões pertinentes ao atendimento aos usuários, não houve nenhum relato que esboçasse qualquer esforço para promoção de melhores práticas de atendimento aos usuários das UBS's. Tão pouco foram questionadas as práticas que têm sido realizadas.

Entre essas práticas, ressalta-se a forma estabelecida para o atendimento aos usuários, que, se não houver demandas urgentes na fila, ainda funciona de acordo com a ordem de chegada dos usuários. Da mesma forma, todos os agendamentos

são realizados apenas nas unidades. Não foram estabelecidas outras formas de acesso, como, por exemplo, agendamento pelo telefone.

5.6 Avaliação dos serviços

A tabela 23 refere-se ao grau de satisfação com a qualidade dos serviços das UBS's avaliado sob o ponto de vista dos próprios gerentes.

TABELA 23
Grau de satisfação com a qualidade dos serviços das UBS's

	Média	Desvio-Padrão	N
Nota do grau de satisfação com a qualidade dos serviços da UBS que gerencia	7,55	0,88	43

Fonte – Questionário.

Conforme apresentado na tabela 23, a média da nota dada pelos gerentes respondentes do questionário é de 7,55. Esse valor foi dado, considerando a percepção do próprio gerente e não sob a ótica do usuário. Percebe-se que, apesar das diversas queixas apontadas, os gerentes estão satisfeitos com o trabalho que vêm realizando.

“Temos respostas para dar. Então não vamos sofrer com a demanda. A pessoa esnobou? Todo mundo viu. É desaforada? O sofrimento a gente tem que parar, tentar trabalhar com a nossa equipe, e óóó gente, é o nosso cliente, é nossa população adstrita. Ele está aqui para a gente atender. Vamos escutar para ver o que é que ele quer” (Grupo Focal).

“Nós sentimos que nós trabalhamos bem, a gente percebe. Outro dia, graças a Deus, eu recebi um cartãozinho muito lindo do usuário, falando que sabia que era difícil lá no outro centro, mas que hoje ele reconhece o trabalho construído. Deus te abençoe para você continuar com o projeto. Mas falou coisas muito lindinhas. Eu até fiquei feliz, né? Tem uns que falam. Mas quem está satisfeito... Vê só a gente: a gente não pára para elogiar. Raramente, a gente pára para elogiar” (Grupo Focal).

Em relação aos usuários, não há relato de adoção de ferramentas para mensuração da sua satisfação. Xingamentos e posturas inadequadas de intempestividade e de mau jeito por parte dos usuários são vistos como rotineiros no serviço, vindo de “*pessoas difíceis, ansiosas, mal educadas, mal agradecidas*” entre outras.

“Eu acho que a gente tem que atender o usuário, para ele ficar mais ou menos satisfeito para ele ir embora e deixar a gente trabalhar em paz” (Grupo Focal).

“A tal satisfação do usuário é quando a gente atende a demanda dela. É demanda ou necessidade? Lembrei de uma coisa. Tinha uma fila enorme quando cheguei. A fila dava voltas. Tinha horário para entregar o papel. Tudo com horário. A fila não acabava. Não acabava. Tem coisa pior do que uma fila? Tem coisa melhor do que acabar com a fila? Então diminuimos a fila. Tiramos a primeira consulta. Ele já foi de manhã, voltava de tarde. Eu falo para os meus usuários: vocês repararam que acabou com a fila? Você gostou? Eu gostei. Acabou com a fila. Uma satisfação que eu percebo é o atendimento. A demanda que você atende a demanda que chega a demanda espontânea e a demanda organizada, né. E a satisfação também da equipe. A partir do momento que a equipe não fica estressada e entra em movimento com eles então você vê que o usuário está sendo atendida a equipe, não está estressada” (Grupo Focal).

“Mexer com a população, gente, não tem como. Não tem. Ontem uma mulher me ligou, achando ruim, ela quando cancelaram o atendimento. Porque na quarta-feira foi agendado médico para ela, de apoio. É que a médica da equipe dela na quarta-feira dá plantão. E como ela estava com queixa de dor, a enfermeira agendou para ela. Só que por infelicidade o médico sofreu um acidente no carro dele no dia, então ele não foi trabalhar. Mas aí, ligou para ela, por que não ia ter mais a consulta. E ela achando ruim, porque ligaram para ela: agora que vocês me ligaram? Bom, foi agora que o médico falou que sofreu o acidente. Ela estava achando ruim. Quando o médico dela não vai não é para marcar consulta. Então eu falei: o que que é isso? Então assim, faz o possível para marcar. Acham ruim” (Grupo focal).

Em raras ocasiões, foi percebido que os gerentes tomam essas ocorrências como oportunidades para repensarem as estratégias de atendimento, para satisfazer melhor à clientela usuária da UBS.

“E você pergunta para ele. O que você achou? Eu gostei, mas quando fui em tal lugar não gostei. Tem uma pessoa assim, aquela morena ali, sabe. Eu não dou sorte com ela. Quando você vai ver, esse não dou sorte é sempre com a mesma pessoa do atendimento. Todo mundo percebe. A gente percebeu isso, sempre o setor que eles falavam é sempre onde tudo estava errado. Eles tinham razão. Era determinado médico. Algum outro funcionário” (Grupo Focal).

Grönross (2003) relata que, quando o fornecedor de serviços entende como os serviços serão avaliados pelos usuários, é possível identificar modos de gerenciar essas avaliações e influenciá-los na direção desejada. Para o autor, a relação entre o conceito de serviço, o serviço oferecido aos clientes e os benefícios para o cliente tem de ser esclarecida.

Entretanto, os diversos depoimentos dos gerentes participantes do grupo focal mostram uma relação contraditória com os usuários das UBS's. Em diversos momentos, os gerentes demonstram que o grande problema é o usuário e as diversas demandas que ele apresenta.

“Se eu tivesse profissionais para absorver essas pessoas... claro que isso não deve chegar, mas chega... É um relatório disso (INSS), uma receita que o neurologista marcou para trocar. É. E chega tanta coisa que pediu e se tivesse funcionários em número suficiente trabalhando com uma certa tranquilidade, né? Mais do que poderia fazer no decorrer do expediente e de fato de manhã ia ter muita gente passando mal para ser atendida. É o mínimo hoje. É mínimo, entendeu? Então fica essas questões sociais. As dores crônicas” (Grupo Focal).

“As pessoas estão mais revoltadas, nervosas. Se irritam com facilidade” (Grupo Focal).

Uma das atualizações feitas no programa de assistência à saúde do SUS está relacionada à humanização do atendimento. O acolhimento, segundo suas premissas básicas, refere-se à escuta qualificada, humanizada a fim de possibilitar o encaminhamento responsável dos pacientes, usuários das UBS's. Essa prática, efetivamente aplicada no atendimento das UBS's, por si só, garantiria a prestação de serviços qualificada. Há, porém, outras considerações a serem feitas. Projetos de humanização têm sido desenvolvidos, em áreas específicas da assistência.

Contudo, não há programas de valorização dos funcionários que prestam os serviços. Ocasionalmente, os gerentes tecem elogios aos membros de suas equipes de trabalho. Percebe-se, entretanto, que essa prática ocorre de forma acanhada, conforme relatado pelos participantes do Grupo Focal.

“Eu elogio o que há de vez em quando. Quando tem alguma coisa que foi vitoriosa” (Grupo Focal).

“Agora eu acho assim, você tem que começar com alguma coisa pequena. Sempre elogiar, dar *feedback*, pontos positivos. ...primeiro os elogios e depois a crítica, a sugestão” (Grupo Focal).

As UBS's apresentam singularidades próprias. Na mesma regional, no mesmo distrito, cada uma conserva sua especificidade. A média de atendimento está em torno de 350 pessoas/dia, conforme informado pelos participantes do Grupo Focal.

“Nossa área é pequena. A unidade dela é uma unidade de risco, com cinco equipes, diferente da minha unidade que tem só três equipes com saúde mental. Então, assim, o documento nos orientou, mas o perfil da unidade dela é um, dá para implantar o programa, o perfil da minha unidade é outro” (Grupo Focal).

Com base no horário de funcionamento de 12 horas, tem-se uma média de 29,16 pacientes/hora. Esse quantitativo de pessoas não representa ou não deveria representar uma sobrecarga no serviço, considerando a proporcionalidade que existe com os funcionários lotados em cada unidade e levando-se em conta que esses usuários apresentam demandas diversas. Outro aspecto a ser avaliado é que esse contingente de pessoas é contínuo. As carências da população, as patologias mais incidentes, entre outros dados, são conhecidas. Isso deveria possibilitar o delineamento de ações mais efetivas, permitindo, dessa forma, o alcance de melhores resultados, tanto para os usuários, quanto para os prestadores de serviço.

O contato direto com seres humanos coloca o profissional de saúde diante de sua própria vida, saúde ou doença, dos próprios conflitos e frustrações. Muitos profissionais de saúde submetem-se, em sua atividade, a tensões provenientes de várias fontes: contato freqüente com a dor e o sofrimento e com pacientes terminais, receio de cometer erros, relações com pacientes difíceis. Sendo assim, cuidar de quem cuida é condição suficiente para desenvolver projetos de ações em prol da humanização da assistência (MOTA, MARTINS e VÉRAS, 2005).

Grönross (2003) afirma que o cliente é influenciado pelo modo como ele recebe o serviço e como ele experimenta o processo simultâneo de produção e consumo. Funcionários insatisfeitos, ansiosos, exaustos e sobrecarregados dispensarão serviços que serão mal percebidos pelos usuários. Dessa forma, conclui-se que a preparação dos funcionários constitui importante tarefa gerencial para otimização dos resultados a serem alcançados.

Além disso, conforme ocorre em diversas instituições prestadoras de serviços na área privada, existem procedimentos técnicos e administrativos que possibilitam melhor organização do fluxo de atendimento e otimização dos recursos humanos existentes.

Concluindo, Mintzberg (1986, p. 17) relata que “[...] o gerente frustrado culpa as obrigações pelo fracasso; o gerente eficiente transforma suas obrigações em vantagens.” Há muito por pensar e por ser realizado, e todas as situações devem levar a reflexões para a construção de um trabalho que resulte em assistência mais eficaz, capaz de assim ser percebida por todos e principalmente pelo usuário, que, em suas diversas demandas, ainda traz suas fragilidades.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção das tendências do trabalho gerencial desenvolvido nas UBS's foi o tema central deste trabalho, e os resultados que vêm alcançando junto à população atendida instigaram este estudo desde o princípio.

Nesse percurso, ressalta-se a eficácia da técnica de avaliação focal, pois, para identificar os padrões gerenciais, a realização do Grupo Focal foi de grande valia para elucidar pontos que não estavam claros para a pesquisadora.

Os quatro primeiros objetivos específicos dessa pesquisa foram alcançados satisfatoriamente. O quinto objetivo poderá ser atendido, tendo em vista as considerações finais que incorporam a percepção da pesquisadora, frente aos dados obtidos. Retomando os objetivos propostos que eram:

1. delinear o perfil do gerente que atua nas unidades de atendimento básico da rede municipal de saúde de Belo Horizonte;
2. mapear as atividades gerenciais desenvolvidas nos centros de saúde;
3. identificar os fatores mais relevantes que impactam o desempenho do gerente das unidades básicas de atendimento da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, na percepção dos entrevistados;
4. avaliar o atendimento prestado nas UBS's aos seus usuários, na percepção dos gerentes;
5. apontar indicativos de bons resultados de ações para o melhor atendimento nos centros de saúde de Belo Horizonte.

Cabe esclarecer que, em relação ao primeiro objetivo, constatou-se que não existe um perfil definido. As informações coletadas por meio dos gerentes participantes do Grupo Focal e respondentes do questionário possibilitaram constatar apenas que algumas características são comuns ao grupo. São características bastantes genéricas, tais como o nível de graduação, formação acadêmica entre outras, que

não se traduzem em determinantes para o delineamento do perfil do gerente, posto que especificam mais questões técnicas que comportamentais.

O mapeamento das atividades gerenciais desenvolvidas nos centros de saúde, conforme proposto no segundo objetivo, mostrou que os gerentes realizam tarefas fragmentadas, breves, de baixa complexidade. Não há um planejamento efetivo dessas atividades. Percebeu-se que, no dia-a-dia, os gerentes estão inseridos numa rotina de serviços, em grande parte, que são aqueles demandados pelos usuários.

Os fatores mais relevantes que impactam o desempenho da função gerencial, apontados pelos entrevistados, conforme proposto no terceiro objetivo, resumiu-se a queixas, principalmente em relação aos usuários. Num discurso tênue, inconsistente, os gerentes apontam o apoio dado pelo distrito e a Comissão de Usuários como fatores que favorecem o enfrentamento das situações do dia-a-dia.

O quarto objetivo descrito referia-se à avaliação do atendimento prestado nas UBS's aos seus usuários, na percepção dos gerentes. Assim, constatou-se que, sob a visão dos gerentes, a prestação de serviços na UBS's é de boa qualidade, visto que foi pontuada com uma média de 7,5 pontos. Na análise do discurso do Grupo Focal, porém, pôde ser apreendido que não há como atender satisfatoriamente os usuários, posto que eles já trazem consigo uma insatisfação em relação ao serviço como um todo. Contudo, essa constatação não faz parte do rol de preocupação dos gerentes. A situação da (in-)satisfação dos usuários é vista com naturalidade pelos gerentes participantes deste estudo. Nas UBS's, tornou-se rotina os funcionários lidarem com usuários insatisfeitos, quando contrariamente poderiam incomodar-se e buscar alternativas para obtenção de melhores resultados.

Assim, frente ao último objetivo estabelecido neste estudo, que se refere à tarefa de apontar indicativos de bons resultados de ações para o melhor atendimento nos centros de saúde de Belo Horizonte, ficam apenas as reflexões e indagações:

- apesar das diversas diretrizes propostas, ao longo da implantação do SUS, houve modificações na filosofia de prestação de serviços?

- os avanços advindos da tecnologia dos novos tempos foram incorporados largamente por vários segmentos de prestação de serviços. Nas UBS's, porém, o que poderia caracterizar-se como poderosa ferramenta, no caso da informatização, torna-se verdadeiro pesadelo. Quais são as falhas e a quem devem ser atribuídas?
- praticamente, não há capacitação técnico-comportamental dos servidores para a prestação dos serviços. Os usuários ainda estão à mercê do estado de humor de quem os atende.

São muitas questões que merecem ser refletidas. Essas reflexões levam a variadas dimensões de investigação, visto que estabelecem um encadeamento dos processos que são necessários para uma melhor assistência aos usuários das Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O material coletado até aqui é de grande riqueza e complexidade. No entanto, torna-se conveniente a busca de novos estudos acerca do trabalho desenvolvido pelos gerentes nas UBS's.

Com esta pesquisa foi obtida a resposta para o problema proposto no projeto em que foi questionado: **quais são os padrões gerenciais que têm sido utilizados pelos gerentes no atendimento à população nas unidades básicas de saúde da SMSA-BH?**

Neste trabalho, no percurso transcorrido entre as bibliografias consultadas, a realização do Grupo Focal e a compilação dos dados obtidos por meio das respostas ao questionário, percebe-se que há um mal-estar geral dos gerentes na realização das suas atividades.

Muitas vezes, os gerentes das UBS's permanecem, nas queixas e nos relatos das dificuldades frente às condições de trabalho disponíveis, como se precisassem delas como um anteparo para as suas deficiências. Dessa forma se justificam. Outras vezes, reclamam, inclusive, dos usuários, que são a razão de ser e a finalidade maior de funcionamento de cada UBS.

Eles contam que, no dia-a-dia, enfrentam dificuldades, e esse relato é posto como se eles não fizessem parte desse conjunto, como se cada um deles não fosse diretamente responsável pelos resultados atingidos em cada UBS. Percebe-se que as dificuldades apontadas não chegam a ser desafios a serem transpostos. São ou soam como justificativas para as falhas que ocorrem na entrega dos serviços aos usuários da rede básica. A impressão que se tem é que os gerentes se referem às dificuldades encontradas como se elas não fossem pertinentes ao cargo.

A eficiência do gerente é consideravelmente influenciada por sua compreensão e seu modo de perceber o próprio trabalho. Partindo desse pressuposto, o desempenho gerencial deverá ser um espelho da sua maneira de entender e responder as pressões e dilemas de sua função. Muitos funcionários costumam relatar que as suas organizações expressam o jeito de ser, de agir e de pensar dos seus gerentes.

Tratando-se da prestação de serviços na área da saúde, em que os pacientes se encontram fragilizados, é esperado que o atendimento seja feito com excelência e, ao mesmo tempo, venha contribuir para a necessária construção de alternativas que permitam melhor utilização dos poucos recursos públicos disponíveis para os setores sociais em nosso País.

Para que os gerentes enfrentem com êxito a nova realidade organizacional, marcada por reestruturações e modernizações, é necessária uma nova postura gerencial voltada, sobretudo, para a obtenção do bom desempenho dos seus subordinados junto à clientela a ser atendida.

As diretrizes estabelecidas pelo SUS são claras e de fácil aplicabilidade, conforme foi dito pelos próprios gerentes participantes do Grupo Focal e respondentes do questionário. Em sua origem, essas diretrizes tratam de uma assistência individualizada, acessível para todos os cidadãos brasileiros, independentemente de cor, raça, nível socioeconômico etc. As definições de áreas de abrangência são indicadas exatamente para descrever o perfil da população a ser atendida. E, atualmente, devido ao empobrecimento da classe média, o SUS deixou de ser, apenas para os usuários, de elevado e muito elevado risco.

Acredita-se que as dificuldades para a efetiva implantação dessas diretrizes e melhor atendimento podem ser compreendidas e minimizadas, na medida em que os gerentes incorporem a autonomia que é inerente ao cargo e, a partir daí, sensibilizem suas equipes para o alcance dos resultados almejados.

O devido conhecimento dos processos, diretrizes e objetivos a serem alcançados permite antecipar instrumentos de gestão participativa, com foco na ética organizacional, consolidando o enraizamento da missão e possibilitando a aplicação de medidas corretivas, de forma consensual e compartilhada.

A cultura organizacional do setor público brasileiro, em geral, não estimula a iniciativa e a criatividade de seus trabalhadores. Entretanto, deve-se lembrar que todo processo de mudança implica a necessidade de profissionais não apenas com boa capacitação técnica, mas com liberdade de criação e autonomia de ação.

Os gerentes das UBS's sentem prazer no exercício profissional. Em sua maioria sentem-se satisfeitos com o trabalho que realizam, apesar de estarem adoecendo, em alguns casos, devido ao grande volume de trabalho.

Assim, acredita-se que seja necessário desenhar estratégias para superar o desafio da transformação a ser realizada na assistência à saúde, e uma delas diz respeito ao gerenciamento das UBS's e outras instituições do setor.

Entre outras ações, cabe repensar o estilo gerencial para uma nova realidade que desponta. Torna-se necessário estabelecer um perfil de profissional, que atenda os requisitos básicos para o desempenho da função gerencial em seu sentido mais amplo, inserido nas premissas do atendimento com excelência.

Sob essa lógica, deve-se pensar na necessidade de as organizações de saúde (tanto públicas como privadas) adaptarem-se a um mercado que vem se tornando mais competitivo e às necessidades de um País em transformação, em que a noção de cidadania vem se ampliando dia a dia.

Nesse contexto, as organizações de saúde e as pessoas que nelas trabalham precisam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e inovação, cujo primeiro passo deve ser a capacidade crescente de adaptação às mudanças observadas no mundo atual. De posse dos conhecimentos e habilidades necessários, há de se buscar a melhor maneira de transmiti-los para formar um novo profissional de saúde, ajustado à realidade atual e preparado para acompanhar as transformações que advêm a cada dia.

Embora os serviços de saúde ainda não entendam bem como utilizar termos como fornecedor, cliente e produto, eles já se vêem e se entendem como organização que utilizam recursos, que executam processos e que objetivam resultados, necessitando, portanto, dos princípios de administração, que, no caso, tem os seguintes objetivos: obter níveis de excelência nos procedimentos administrativos e clínicos e no atendimento das necessidades dos clientes; otimizar o uso dos recursos (materiais, humanos, financeiros e tecnológicos); maximizar os benefícios aos pacientes; minimizar os riscos dos pacientes; garantir a máxima satisfação de todos os clientes internos e externos; reduzir os custos e eliminar o desperdício. Finalmente, conciliar tudo isso à instituição de valores e princípios únicos na prestação de serviços na área de saúde, que perpassem pelo acolhimento aos clientes e o emprego da empatia na busca de soluções para os problemas postos.

É esse um dos grandes desafios a ser enfrentado, pois, certamente, quando atendido, haverá muitos ganhos.

Já em 1981 estudos da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Infância – OMS/Unicef fazia esta abordagem.

“O setor privado médico absorve os escassos recursos humanos da saúde treinados principalmente com recursos governamentais. Ele é predominantemente curativo nas suas características e suas práticas dispendiosas levam à inflação de custos médicos (e)... ao excesso de gastos em divisas estrangeiras para medicamentos... Ele tem influência negativa na educação médica... A medicina privada enfraquece... as tentativas de racionalizar... procedimentos na base custo-efetividade... Por essas razões, o setor médico privado tem efeitos negativos na implementação da atenção primária à saúde” (OMS/Unicef, 1981).

Nesse contexto, o ideal seria a estruturação adequada do SUS, com funcionamento pleno, com excelência de todos os seus serviços, fazendo valer os seus tão propagados princípios de equidade e universalidade, abrindo as portas para todos. Para todos os cidadãos, conscientes e capazes de esclarecerem suas necessidades e relacionarem bem com os seus prestadores de serviços públicos de saúde. Para todos os cidadãos brasileiros que acreditam no sistema e são livres para fazerem suas próprias escolhas e não porque são excluídos ou porque empobreceram.

O presente estudo possibilitou ampliar os conhecimentos sobre a rotina de funcionamento das UBS's, sob um outro olhar. As questões referentes ao atendimento prestado nas UBS's soam como um alerta para o estabelecimento de novos objetivos na busca da qualidade na prestação dos serviços, visto que a clientela está assumindo novos perfis.

Além disso, este estudo possibilitou a percepção de que o trabalho gerencial desenvolvido nas unidades básicas carrega em si uma carga de sofrimento e distanciamento do objetivo final que é o atendimento ao usuário, seja ele de baixo, médio, elevado ou muito elevado risco.

Como limitações do estudo, pode-se apontar o baixo número de participantes, devido à baixa disponibilidade dos gerentes para participarem do Grupo Focal e responderem ao questionário. Embora os resultados obtidos possibilitem a percepção do trabalho gerencial, permanece a dúvida se, em algum momento, dados novos ou experiências individualizadas poderiam ser citadas, a fim de serem adotadas por outros gerentes em outras unidades da rede. É comum na área de saúde, seus profissionais desenvolverem projetos de sucesso. Devido, porém, à dinâmica do próprio serviço, esses profissionais não se dispõem a divulgar o que é feito, nem apresentam seus resultados. Cada serviço é uma ilha. Então, é necessário construir pontes, a fim de possibilitar o intercâmbio de saberes e boas experiências.

São várias propostas para novos estudos que vão desde a continuidade desse tema que é bastante amplo, bem como iniciação de outros, tais como abordagens sobre o mal-estar vivenciado pelos gerentes nas UBS's, as melhores práticas que vêm

sendo realizadas pelas equipes que resultam em eficácia e eficiência dos serviços prestados. Ainda torna-se necessário repensar o acolhimento. Identificar quais aspectos precisam ser revisados, a fim de possibilitar a sua real aplicabilidade nas UBS's.

É preciso acreditar que é possível a prestação de serviços com excelência na rede pública de saúde. As diretrizes estão postas. São claras e fáceis de serem aplicadas, conforme apontado pelos gerentes participantes desse estudo. Falta sensibilização e capacitação dos atores envolvidos.

Só dessa maneira será possível interromper o discurso de vários profissionais da rede de que as propostas instituídas pelo SUS são *maravilhosas!* Contudo, os resultados projetados não são atingidos por não haver pessoas capacitadas ou interessadas em aplicá-las.

Nesse sentido, esse estudo também surge como uma proposta à reflexão, no nível dos responsáveis pela prestação de serviços na área de saúde.

“Um homem precisa viajar. Por sua conta, não por meio de histórias, imagens, livros ou TV. Precisa viajar por si, com seus olhos e pés, para entender o que é seu. Para um dia plantar as suas árvores e dar-lhes valor. Conhecer o frio para desfrutar o calor. E o oposto. Sentir a distância e o desabrigo para estar bem sob o próprio teto. Um homem precisa viajar para lugares que não conhece para quebrar essa arrogância que nos faz ver o mundo como o imaginamos, e não simplesmente como é ou pode ser; que nos faz professores e doutores do que não vimos, quando deveríamos ser alunos, e simplesmente ir ver” (AMIR KLINK)

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, Karl; ZEMKE, Ron. *Serviço ao cliente – A reinvenção da gestão do atendimento ao cliente*/Karl Albrecht, Ron Zemke. Tradução (da edição original ampliada e atualizada) Afonso Celso da Cunha - Rio de Janeiro: Campus, 2002.

ALEVATO H. *Trabalho e neurose: enfrentando a tortura de um ambiente em crise*. Rio de Janeiro: Quarteto, 1999.

ANTUNES, M. E. *Os equívocos da excelência: as novas formas de sedução na empresa*. Petrópolis: Vozes, 1996.

AYRES, José Roberto. *Estudo da implantação de um serviço ambulatorial de saúde com foco na qualidade de vida, na interdisciplinaridade e no médico generalista: um estudo de caso na BEPREM*. 2003, 128 p. Dissertação (Mestrado em Administração) PUC - Minas, Belo Horizonte.

BALLINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu, 1975.

BELO HORIZONTE: *Programa BH vida*, DOM, 2005.

BELO HORIZONTE: *Diretrizes discutidas nas Oficinas de Pactuação da Organização da Atenção nas UBS's realizadas em 9 e 24/06/2003*, DOM, 2003.

BRASIL. *Lei n. 2.604 – 17 set. 1955. Regula o exercício da enfermagem profissional. Legislação e Normas Conselho Regional de Enfermagem*. Brasília: DOU, 2003.

BRASIL. *CONSTITUIÇÃO FEDERAL*, Título VIII, Capítulo II, Seção II, Da Saúde – 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006*. Brasília: DOU, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei orgânica da saúde/LOS n. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990*. Brasília: DOU, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *NOB-SUS 01/92*, de 01 de fevereiro de 1992. Brasília: DOU, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Princípios e conquistas*. DOU, Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa saúde da família*. DOU, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. SUS/NOB-SUS*. DOU, Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Sistema de informação da atenção básica, SIAB: indicadores 2004*. Brasília: DOU, 2005.

BRITO, M. J. M. O enfermeiro na função gerencial: desafios e perspectivas na sociedade contemporânea. 1998, 176 p. Dissertação (mestrado) Enfermagem. Escola de Enfermagem da UFMG – Minas Gerais, Belo Horizonte.

CAMPOS, G. W. *Reforma da reforma, repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1991

CECÍLIO, L.C.O. *As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2001.

CECÍLIO, L. C. O. Contribuições para uma teoria da mudança do setor público. In: CECÍLIO, L. C. O. *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec. 1994, p. 32-59.

CHANLAT, Jean-François (Coord.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas, 1996. v. 1.

CIARAMICOLI A. P. e KETCHAM K. *O poder da empatia*. São Paulo: Best Seller, 2001

DAVEL, Eduardo e MELO, Marlene Catarina de O. L. *Gerência em ação: singularidades e dilemas do trabalho gerencial*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

DAVEL, Eduardo e VERGARA, Sylvia. (Orgs) *Gestão com pessoas e subjetividade*. São Paulo: Atlas, 2001.

DRUCKER, P. *Inovação e gestão – Uma nova concepção de estratégia de empresa*. Lisboa: Presença, 1998.

ESPERANÇA, A. C., CAVALCANTE R. B. e MARCOLINO C. *Estudo da demanda espontânea em uma unidade de saúde da família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil*. REME – Revista Mineira de enfermagem;10(1):30-36, jan.-mar. 2006.

FERREIRA, Aurélio B. H. *Novo Dicionário Aurélio*. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004.

FREYRE, K., *Era uma vez: laboratório de sonhos*. Recife: Editora Universidade de Pernambuco – UPE, 2004.

GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisas*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRÖNROSS, C. *Marketing: gerenciamento e serviços*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

HAGUETTE, T. M. F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. 9 ed. Petrópolis: vozes, 2003

HILL, L. A. *Novos gerentes: assumindo uma nova identidade*. São Paulo: Makron Books, 1992

KOTLER, Philip. *Administração de marketing – Análise, planejamento, implementação e controle*. São Paulo: Atlas, 2000.

LITWIN, M. S. *How to measure survey reliability and validity*. Sage Publications, Inc. Survey Kit 7, 1995

MALTA, et al. Deborah Carvalho; *Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais*. São Paulo: Editora, 2003

MATTAR, F. N. *Pesquisa de marketing*/Fauze Najib Mattar – Edição compacta. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MERHY E. E. *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)* CEBES. Rio de Janeiro, 1995.

MERHY E. E. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: Merhy, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs). *Agir em saúde: um desafio para o publico*. São Paulo – Buenos Aires: Hucitec – Lugar Editorial, 1997. Cap. 2, p. 71 – 112.

MINTZBERG, H. *Trabalho do Executivo: o folclore e o fato*. São Paulo: Nova Cultural, 1986.

MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes: estrutura em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 1995.

MORAES, A. C. R. *Combatendo o inimigo: como evitar o stress e gerenciar seu tempo*. São Paulo: Gente, 1999.

MORGAN, G. *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas, 1997.

MOTA, R. A., MARTINS C. G. M e VÉRAS R. M. *Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar*. *Psicol. estud.* ago 2006, vol 11, n. 2, p. 323-330.

MOTTA, P. R. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. 14 ed. Rio de Janeiro: Record; 2003.

PAHL, Ray. *Depois do sucesso*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

PESSINI, L. *Eutanásia: por que abreviar a vida?* São Paulo: Loyola, 2004

PETERS T. J.; WATERMAN J. R. H. *Vencendo a crise: como o bom senso empresarial pode superá-la*. 6 ed. Rio de Janeiro: Harbra, 1983

ROBBINS, S. P. *Administração*. São Paulo: Saraiva, 2000.

SAMPAIO, N. *Fim do emprego, início do trabalho: o profissional do futuro*. São Paulo: Nobel, 1996.

SCARPI, Marinho Jorge. *Gestão de Clínicas Médicas/Marinho Jorge Scarpi* – São Paulo: Futura, 2004.

SELLES, A. e MINADEO, R. *Marketing para serviços de saúde: um manual de talento e bom senso*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2006.

SENGE, P. *A quinta disciplina*. São Paulo: Best Seller, 2004

TARABOULSI, F. A. *Administração de hotelaria hospitalar*. 16 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

VERGARA, Sylvia Constant. *Métodos de pesquisa em administração*. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

VON SPERLING, L. G. *Expectativas e estratégias de auto-regulação dos gerentes frente a processos de reestruturação e modernização: um estudo em organizações da administração pública indireta*. 2002, 175 p. Dissertação (mestrado) UFMG – Departamento de Ciências Administrativas – Minas Gerais, Belo Horizonte.

ZEMKE, R; SCHAAF, D. *A nova estratégia do marketing: atendimento ao cliente*. São Paulo: Harbra, 1991.

Sítes consultados:

<http://w3.datasus.gov.br/> consultado em 03 de novembro/2007

<http://www.pr.gov.br/batebyte/edicoes/1997/bb67/planej.htm>, consultado em 02 de dez/2007

<http://www.enf.ufmg.br/remo/remev6n1-2.pdfm>, consultado em 02 de dezembro/2007

<http://www.bra.ops-oms.org/rh/metodologias>, consultado em 25 de novembro/2007

www.pbh.gov.br

www.retsus.epsjv.fiocruz.br

www.saude.gov.br

APÊNDICE

APÊNDICE A – Questionário respondido pelos gerentes

Questionário

Para cada afirmativa, pedimos a gentileza de assinalar com um “X” a opção que melhor define o seu sentimento em relação ao seu perfil e ao serviço realizado.

A escala, de 5 pontos, tem a seguinte correspondência: “1 = Discorda totalmente”, “2 = Discorda parcialmente”, “3 = Não tem opinião a respeito”, “4 = Concorda parcialmente” e “5 = Concorda plenamente”.

Questões	Discor- da total- mente		Concorda plenamente		
	1	2	3	4	5
1 – A UBS que gerencio possui instalações e equipamentos modernos.	1	2	3	4	5
2 – A UBS que gerencio tem recursos adequados à prestação dos serviços.	1	2	3	4	5
3 – As minhas solicitações são prontamente atendidas a nível de distrito.	1	2	3	4	5
4 – Os materiais informativos (manuais, rotinas portarias etc.) e as propostas definidas são claras e fáceis de serem aplicadas junto à clientela atendida.	1	2	3	4	5
5 – A UBS que gerencio cumpre 100% as diretrizes estabelecidas pelo SUS.	1	2	3	4	5
6 – Os profissionais de que disponho são suficientes, para o atendimento aos clientes.	1	2	3	4	5
7 – Os profissionais de que disponho são capacitados para o desempenho de suas funções.	1	2	3	4	5
8 – O clima organizacional na UBS que gerencio é harmônico e prazeroso.	1	2	3	4	5
9 – Sinto-me inseguro(a) no deslocamento e no meu local de trabalho, devido ao elevado índice de violência da região.	1	2	3	4	5
10 – Os programas realizados atendem às necessidades da clientela.	1	2	3	4	5
11 – Os funcionários da UBS que gerencio vêem os pacientes como um todo e percebem suas necessidades.	1	2	3	4	5
12 – As diretrizes do SUS são de fácil aplicabilidade junto aos funcionários que gerencio.	1	2	3	4	5
13 – Aplico os recursos disponíveis de acordo com as prioridades apontadas pela equipe e pelos usuários.	1	2	3	4	5
14 – Disponho de tempo para planejar minhas ações para o dia seguinte.	1	2	3	4	5
15 – Consigo cumprir as atividades programadas no meu dia-a-dia.	1	2	3	4	5

16 – Os funcionários da UBS que gerencio mostram-se disponíveis para atender às solicitações dos clientes.	1	2	3	4	5
17 – Os funcionários da UBS que gerencio conhecem todos os projetos de trabalho e posicionam-se quanto aos resultados alcançados.	1	2	3	4	5
18 – Os clientes atendidos na UBS que gerencio sentem-se satisfeitos e confiantes no trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde.	1	2	3	4	5
19 – Os funcionários da UBS que gerencio são educados e corteses com os clientes.	1	2	3	4	5
20 – Os funcionários da UBS que gerencio têm competência para responder às demandas apresentadas pelos clientes.	1	2	3	4	5
21 – A UBS que gerencio dispensa aos clientes atenção individual.	1	2	3	4	5
22 – Tenho elevado grau de autonomia na condução das minhas atividades.	1	2	3	4	5
23 – Tenho todo tipo de apoio que necessito para o desempenho das minhas funções.	1	2	3	4	5
24 – Tenho disponibilidade de tempo para acompanhar as atividades que são desenvolvidas junto aos clientes.	1	2	3	4	5
25 – Os objetivos e diretrizes são postos com clareza e todos têm consciência do papel que precisam desincumbir junto à clientela.	1	2	3	4	5
26 – O meu tempo é suficiente para fazer todas as tarefas inerentes ao meu cargo e nunca levo serviço para casa.	1	2	3	4	5
27 – Saio no final do expediente com a sensação que não terminei minhas tarefas.	1	2	3	4	5
28 – Meu trabalho como gerente é prazeroso e me possibilita oportunidades de crescimento profissional.	1	2	3	4	5
29 – Passo boa parte do meu tempo resolvendo questões corriqueiras e outras de maior porte ficam para depois.	1	2	3	4	5
30 – Não consigo apoderar-me do meu próprio tempo, visto que estou sujeito(a) às intercorrências do dia-a-dia.	1	2	3	4	5

31 – Você esteve afastado por motivo de doença no último ano? () 1. Não () 2. Sim – por favor, explicito o motivo (lembramos que essas informações serão mantidas em total sigilo).

32 – Nos últimos tempos, como você avalia seu estado de saúde? Sente dores, fadiga etc?

33 – De **0 a 10**, que nota você daria para expressar o seu grau de satisfação com a qualidade dos serviços da UBS que gerencia? Nota geral _____

DADOS SÓCIOENCONÔMICOS E DEMOGRÁFICO

34 – Há quanto tempo está na função gerencial? _____

35 – Estado civil:

- () 1. Casado(a) () 2. Divorciado(a) () 3. Solteiro(a)
 () 4. Desquitado(a) ou separado(a) judicialmente () 5. Viúvo(a)

36 – Formação 1. Superior em _____ (área), concluído em _____
 2. Pós-graduação ()
 3. Mestrado ()
 4. Doutorado ()

37 – Sexo: () 1. Masculino () 2. Feminino

38 – Faixa etária:

- () 1. De 25 a 29 anos () 2. De 30 a 34 anos () 3. De 35 a 39 anos
 () 4. De 40 a 49 anos () 5. De 50 a 59 anos () 6. Acima de 60 anos

39 – Renda Pessoal Bruta:

- () 1. Menor que R\$ 2.500,00 () 2. R\$ 2.500,00 a 4.000,00
 () 3. R\$ 4.001,00 a 5.500,00 () 4. R\$ 5.501,00 a 7.000,00
 () 5. R\$ 7.001,00 a 8.500,00 () 6. Acima de R\$ 8.500,00

40 – Regional em que se encontra

- () 1. Barreiro () 2. Centro –Sul () 3. Leste
 () 4. Nordeste () 5. Norte () 6. Noroeste
 () 7. Oeste () 8. Pampulha () 9. Venda Nova

41 – Como você tornou-se gerente da UBS?

41 – Quais as principais ferramentas adotadas no gerenciamento da UBS?

42 – Em uma escala de 1 a 5 pontos, onde, “1 = discordo totalmente”, “2 = discordo em parte”, “3 = não concordo e nem discordo”, “4 = concordo em parte” e “5 = concordo totalmente”, assinale o seu grau de concordância com a seguinte afirmativa:

Questão	Discordo totalmente		Concordo plenamente		
	1	2	3	4	5
O SUS e a SMS-BH investe na capacitação administrativa dos gerentes de UBS's, tanto quanto investe na capacitação técnica.	↓				↓

Atividades desenvolvidas no dia-a-dia

Para os quesitos de 1 a 33 responda de acordo com a seguinte escala:

- | 1. Nunca | 2. Às vezes | 3. Frequentemente | 4. Sempre |
|--|-------------|-------------------|-----------------|
| 1. Faço reuniões com a minha equipe. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 2. Dou retorno às chamadas telefônicas que não pude atender prontamente. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 3. Cumpro minhas tarefas com pontualidade. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 4. Consigo estudar projetos, reestruturá-los e repassá-los à minha equipe em tempo hábil. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 5. Implanto projetos, além dos sugeridos pelo SUS, que julgo serem adequados à minha realidade | | | (1) (2) (3) (4) |
| 6. Elaboro e promovo ações de capacitação da minha equipe. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 7. Emito relatórios das ações desenvolvidas pela equipe. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 8. Ressalto aspectos positivos e negativos das situações que ocorrem no dia-a-dia. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 9. Dou suporte aos meus funcionários, quando há sobrecarga no atendimento. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 10. Faço intervenções pontuais, no dia-a-dia, para resolver questões junto à clientela. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 11. Participo das atividades de confraternização, sempre que sou convidado(a) | | | (1) (2) (3) (4) |
| 12. Dou <i>feedback</i> aos meus funcionários e os motivo a se superarem. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 13. Mantenho meu correio eletrônico em dia. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 14. Mantenho contato freqüente com outros profissionais da área. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 15. Participo de congressos, seminários, simpósios etc. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 16. Ouço as críticas e sugestões dos pacientes atendidos pela minha equipe. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 17. Faço vistoria nas instalações e dependências da UBS que gerencio. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 18. Compartilho experiências com outros gerentes da rede. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 19. Estabeleço metas e possibilito condições junto à equipe para que sejam alcançadas. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 20. Faço escalas de trabalho, trocas, substituições, reposições, férias etc. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 21. Faço orçamentos para aquisição de materiais, instrumentais e equipamentos. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 22. Resolvo questões que poderiam ser resolvidas sem a minha intervenção. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 23. Redijo memorandos e comunicados internos. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 24. Faço provisionamento de despesas. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 25. Treino o meu pessoal em serviço (educação continuada). | | | (1) (2) (3) (4) |
| 26. Faço avaliação de desempenho de todos os membros que compõem minha equipe. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 27. Delego responsabilidades. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 28. Acompanho os resultados obtidos pela minha equipe. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 29. Gerencio o meu tempo. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 30. Trabalho os valores da UBS junto a todos os funcionários. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 31. Percebo as áreas de conflito e faço intervenções junto aos responsáveis. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 32. Promovo a reorganização dos setores. | | | (1) (2) (3) (4) |
| 33. Cobro dos meus profissionais alinhamento em relação aos valores e normas instituídas. | | | (1) (2) (3) (4) |

Caso julgue ser necessário, utilize o verso para complementar informações ou mesmo tecer