



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Valéria Lima Ferreira


**As múltiplas faces da gestão – a prática gerencial  
nos serviços de saúde de Pirai**

Rio de Janeiro

2012

Valéria Lima Ferreira

**As múltiplas faces da gestão – a prática gerencial  
nos serviços de saúde de pirai**



Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação de em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão de Sistema de Saúde

Orientador: Roseni Pinheiro

Coorientador: Maria Elizabeth de Barros e Barros

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/ BIBLIOTECA CBC

F383 Ferreira, Valéria Lima.

As múltiplas faces da gestão – A prática gerencial nos serviços de saúde de Pirai/Valéria Lima Ferreira. – 2012.

101 f.

Orientadora: Roseni Pinheiro

Coorientadora: Maria Elizabeth Barros de Barros

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Gerência – Saúde - Teses. 2. Sistema Único de Saúde – Teses. 3. Gestão em saúde. I. Pinheiro, Roseni. II. Barros, Maria Elizabeth Barros de. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 658: 613

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Valéria Lima Ferreira

**As múltiplas faces da gestão – a prática gerencial  
nos serviços de saúde de Pirai**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação de em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão de Sistema de Saúde

Aprovada em 22 de maio de 2012.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Roseni Pinheiro  
Instituto de Medicina Social da UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr. Maria Elizabeth de Barros e Barros  
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

---

Prof. Dr. Cesar Augusto O. Favoreto  
Instituto de Medicina Social da UERJ

Rio de Janeiro

2012

## DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a minha filha, minha eterna fonte de inspiração e esperança.

## AGRADECIMENTOS

À todas as entrevistadas que se dispuseram a me contar suas vidas profissionais, que a mim confiaram às dificuldades e os sentidos do exercício da função gerencial, agradeço imensamente.

Ao município de Pirai, em nome de todos os gestores que investiram e oportunizaram meu crescimento profissional.

À equipe de Direção do Hospital Flávio Leal que vive comigo todas as alegrias e amarguras de decisões difíceis.

À equipe técnica de todas as unidades de saúde do município de Pirai que me acolheram e que me motivam a continuar a caminhada.

Aos meus pais pelo esforço e dedicação.

À minha mãe inspiradora de minha profissão e incentivadora na educação de minha filha.

Aos meus avós, Arthur e Loloca, vivos em minha lembrança, mestres na escola da vida, que contribuíram para formação de meus valores.

À minha orientadora Maria Elizabeth de Barros e Barros pela generosidade e compreensão durante esta fase tão laboriosa.

Aos meus professores exemplos de vida e inspiração para minha formação técnica.

Ao meu amor e companheiro pela serenidade que trouxe à minha vida.

Aos meus amigos privados de minha presença em momentos de felicidade e comemorações.

Boiam farrapos de sombra  
Em torno ao que não sei ser.  
É todo um céu que se escombra  
Sem me o deixar entrever.

O mistério das alturas  
Desfaz-se em ritmos sem formas  
Nas desregradas negruras  
Com que o ar se treva torna.

Mas em tudo isso, que faz  
O universo um ser desfeito,  
Guardei como a minha paz,  
A esperança, que a dor me traz,  
Apertada contra o peito.

*Fernando Pessoa*

## RESUMO

FERREIRA, Valéria Lima. *As múltiplas faces da gestão – a prática gerencial nos serviços de saúde de Piraí*. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

A discussão sobre a gestão é recente no Brasil, particularmente no âmbito da administração pública. As diretrizes do SUS são importantes instrumentos indutores de mudanças e modernização da gestão, incluindo aspectos relativos à organização da assistência, como sua humanização e também a busca de maiores níveis de desempenho e responsabilidade institucional para com os resultados alcançados. Diversos autores vêm se debruçando sobre o tema gestão, porém qual o modelo de gestão que conseguiria combinar um papel ativo, de liderança e de coordenação para gestores com autonomia? O presente trabalho tem por objetivo analisar a prática gerencial nos serviços de saúde do município de Piraí, buscando compreender as dimensões sociais e intersubjetivas de tais práticas, tendo como principal fonte as narrativas de seus gerentes. O município possui um contexto político peculiar, com uma continuidade política desde 1993, adota uma política de gestão participativa na saúde com várias instâncias formais e pratica um investimento em saúde acima do preconizado pela Constituição Federal o que permite um investimento em estruturação e oferta de serviços públicos. Do ponto de vista metodológico, o estudo adotou a abordagem de narrativas de vida, focalizando a gestão como um mundo social e expressão dos processos presentes nas organizações e que atravessam o relato dos entrevistados. Foram entrevistados quatro gerentes de unidades de saúde do município de Piraí. A análise do material empírico teve como um de seus eixos o estudo do percurso profissional dos gerentes, especialmente os processos que os levaram à função gerencial. A contingência marca essas trajetórias que se desenrolam em um contexto em que não existe qualquer exigência quanto à formação gerencial. Outro eixo abordado são as práticas gerenciais onde são examinados os sentidos que o exercício da função gerencial tem para os sujeitos, como também as suas estratégias de trabalho. O exame das práticas gerenciais norteia-se pela análise das possibilidades e limites para desencadear processos de mudança. Os depoimentos apontam as características destas experiências de gestão, que procuram construir condições para processos de mudança, seja através das experiências anteriores dessas gerentes ou das estratégias de trabalho e do sistema gerencial que procuram desenvolver. Os projetos profissionais de três das quatro entrevistadas vão claramente se definindo no âmbito da gestão: se veem, não mais como profissionais de sua área de formação original (enfermeira, médica), mas acima de tudo como gestores, alimentados pelo reconhecimento de suas capacidades de mobilização e de desenvolvimento de mudanças relativas a outras realizações no campo da gestão.

Palavras-chave: Prática gerencial. Gestão. Trabalho em saúde. SUS.



## ABSTRACT

The discussion of management is recent in Brazil, particularly in the context of public administration. The guidelines of SUS are important instruments inducing modernization and changes in management, including aspects relating to the organization of care, as its humanization and also the search for higher levels of performance and institutional responsibility for the results achieved. Several authors have studied the issue management, but which the management model that could combine an active role in leadership and coordination for managers with autonomy? The present work aims to analyze management practice in health services Pirai, trying to understand the social dimensions of such practices and intersubjective, and the narrative as the main source of their managers. The city has a peculiar political context, with a continuing policy since 1993, adopts a policy of participatory management in health with various formal and a practical investment in health above the level recommended by the Federal Constitution which allows for investment in structuring and provision of services public. From the methodological point of view, the study adopted the approach of life narratives, focusing on management as a social world and an expression of processes in organizations and across the interviewees. We interviewed four managers of health facilities in Pirai. The analysis of the empirical material was one of its bases to study the career paths of managers, especially the processes that led to the managerial function. The contingency marks these trajectories that unfold in a context where there is no requirement as to management education. Another aspect discussed is the management practices where they examined the meanings that the exercise of managerial function has for the subject, as well as their strategies work. The examination of management practices guided by the analysis of the possibilities and limits to trigger processes of change. The statements show the characteristics of those in management, seeking to build conditions for processes of change, either through previous experience of these managers or strategies of work and seeking to develop a management system. The design professionals interviewed three of the four will clearly define the scope of management: see themselves, not as professional training of its original area (nurse, doctor), but above all as managers, fueled by the recognition of their capabilities mobilization and development of changes on other achievements in the field of management.

Keywords: Management practice. Management. Labor. Health. SUS.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AG	Atenção Gerenciada
APS	Atenção Primária em Saúde
CEME	Central de Medicamentos do Ministério da Saúde
ECD	Epidemiologia e Controle de Doenças
IDI	Índice de Desenvolvimento Infantil
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNH	Política Nacional de Humanização
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação em Atenção Básica
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	12
1	<b>RECORTE HISTÓRICO DO SUS PIRAÍ.....</b>	17
1.1	<b>Características do município.....</b>	17
1.2	<b>Piraí e o SUS.....</b>	18
1.3	<b>Rede de Serviços e Ações e Saúde.....</b>	24
2	<b>TRABALHO EM SAÚDE.....</b>	27
2.1	<b>Sobre o trabalho.....</b>	27
2.2	<b>O processo do trabalho em saúde.....</b>	30
2.3	<b>Dejourns e o sofrimento do trabalhador.....</b>	33
2.4	<b>Alternativas e mudanças.....</b>	37
3	<b>O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE..</b>	42
4	<b>A GESTÃO NO CONTEXTO BRASILEIRO.....</b>	46
4.1	<b>A gestão, o trabalho e seus efeitos.....</b>	49
5	<b>METODOLOGIA.....</b>	51
6	<b>ENTREVISTAS.....</b>	53
6.1	<b>Trabalho de campo.....</b>	53
6.2	<b>O processo de entrevistas.....</b>	54
6.3	<b>Breve apresentação dos entrevistados.....</b>	55
6.4	<b>Vivências e caminhos profissionais.....</b>	57
6.4.1	<b><u>Prática profissional</u>.....</b>	57
6.4.2	<b><u>Os processos que levaram a função</u>.....</b>	61
6.4.2.1	<b>Da assistência a gerência.....</b>	62
6.5	<b>Experiências anteriores.....</b>	63
6.6	<b>Lugar provisório.....</b>	67
6.7	<b>Identidade profissional.....</b>	69
6.7.1	<b><u>O lugar da formação em gestão</u>.....</b>	69
6.7.2	<b><u>Assistência e gerência?</u>.....</b>	71
7	<b>ANÁLISE DO TRABALHO GERENCIAL.....</b>	75
7.1	<b>O desenvolvimento de projetos gerenciais.....</b>	75
7.2	<b>Os instrumentos de gestão.....</b>	79
7.3	<b>Trabalho gerencial e processos interativos.....</b>	81

7.3.1	<u>O trabalho em equipe</u> .....	81
7.4	<b>Trabalho gerencial, violência e sofrimento</b> .....	84
8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	90
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	97
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	102

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho procura estudar a prática gerencial em unidades de saúde do município de Piraí, através da narrativa de seus gerentes, buscando compreender as suas dimensões sociais e intersubjetivas.

Essa investigação tem como um de seus eixos o estudo do percurso profissional dos gerentes, os processos que os levam à função de gerente e os caminhos de construção de suas identidades profissionais.

Quanto às práticas gerenciais, este trabalho procura examinar as visões, vivências e os sentidos que o exercício da função de gerência tem para os sujeitos. O exame das práticas gerenciais norteia-se pela análise das possibilidades e limites de desencadear processos de mudança nessas unidades.

O que me move a pesquisar as práticas gerenciais advém de um sentimento por mim experimentado de mal-estar e sofrimento no processo de trabalho como gestora.

Nasci numa cidade do interior do estado do Rio de Janeiro, Barra do Piraí e desde minha infância já imaginava minha carreira como médica. Apesar de dificuldades financeiras, mudei para o Rio de Janeiro em 1978 onde ingressei na Universidade do Rio de Janeiro – UNI-RIO no curso de medicina que concluí em 1984.

Acompanhei timidamente o movimento estudantil e o processo de redemocratização do país observando à distância as mudanças por que passava o país e apesar de fascinada com as novas lideranças políticas que emergiam na época meu foco sempre foram meus estudos na medicina clínica.

Minha formação acadêmica foi pautada no modelo médico hegemônico onde o saber clínico é preponderante e as técnicas semiológicas para abordagem dos casos recomendavam a objetividade da coleta da história clínica desconsiderando e neutralizando as interferências do social e da subjetividade de cada paciente no curso do tratamento. A compreensão do processo de saúde-doença levava a um a atenção individual centrada no corpo, na doença, como se indivíduo não tivesse história, trabalho, família, concepções ideológicas e culturais. Assim, o sujeito que sofria algum tipo de intervenção era tomado como se fosse um objeto inerte, passivo, incapaz de esboçar qualquer reação, negativa ou positiva.

Durante a graduação, a disciplina de Saúde Preventiva abordava de maneira tímida as questões relativas ao Movimento Sanitário e não questionava o modelo biomédico que privilegiava atenção centrada no médico e tão pouco suscitava a reflexão sobre o modelo vigente que se tornava cada vez mais oneroso, lançando mão de exames complexos e caros,

incorporando tecnologias, criando demandas crescentes para especialistas em detrimento do cuidado aos doentes.

Não nos foram apresentadas às discussões estabelecidas no cenário internacional que propunham um sistema de saúde que enfatizava a racionalização do uso das tecnologias na atenção médica e o gerenciamento eficiente. Essas discussões foram reduzidas por alguns como uma “medicina de pobre para pobre”.

Hoje, estou certa de que é necessário revisar a hegemonia do médico no trabalho em saúde e caminhar no sentido de práticas transdisciplinares para ampliar a qualidade da atenção à saúde. Os profissionais médicos precisam ser formados para perceber que o seu envolvimento técnico com os diferentes casos é variável e depende da subjetividade e da dinâmica relacional com a situação de atenção a doentes diversos.

O trabalho do médico e dos demais profissionais de saúde deve ser concebido como complexo e multideterminado. A centralidade do trabalho médico tem sido apontada como um paradoxo, pois tem contribuído tanto para a manutenção de um modelo assistencial descompromissado com o usuário e centrado no procedimento como para construir novas formas de agir em saúde. (MERHY, 2007)

Ainda segundo o autor, se faz necessária uma mudança no processo de ensino nas escolas médicas para investir na produção de um “novo” médico.

Para pensarmos sobre alguns dispositivos específicos das escolas médicas (diríamos até das escolas das áreas de saúde), temos que nos perguntar sobre a marca singular delas, isto é, que tipo de competência queremos construir. E, isto, nos remete ao reconhecimento de que estamos apostando na formação de um profissional que deverá ter capacidade de dispor de uma “caixa de ferramentas tecnológicas” cujo “compromisso-objetivo” é produzir o “cuidado em saúde”, visando impactar “necessidades” que os indivíduos e, ou, os grupos como “portam” e expressam como “necessidade em saúde”. (MERHY, 2007, p. 136)

Minha formação médica seguiu sempre na área hospitalar, realizei residência na área de Pediatria no Hospital Geral de Bonsucesso e logo após fui admitida por concurso público no Hospital Municipal Souza Aguiar na área de Urgência e Emergência.

Por motivos pessoais mudei para o município de Barra do Piraí em 1994 e tive meu primeiro contato com a Saúde Pública em 1996 quando fui convidada pelo Secretário Municipal de Saúde para assumir o cargo de Médica Pediatra de um Posto de Saúde recém-inaugurado na área rural do município de Piraí. Fiz um diagnóstico de saúde da população incluindo taxa de desnutrição em crianças, perfil populacional, condições socioeconômicas, saneamento básico e necessidades de mudanças para aquela comunidade. Pela primeira vez senti que uma ação de cunho político e estrutural poderia impactar nos indicadores e na vida

daqueles usuários. Percebendo meu interesse o Secretário de Saúde propôs que eu conhecesse o Programa Médico de Família iniciado em Niterói. Fiz um estágio por três meses conhecendo os módulos implantados em Niterói no modelo cubano de Atenção Primária em Saúde.

Em 1997 o município de Pirai fez um convênio com Cuba para que eu fosse treinada por um assessor cubano em Programa de Medicina de Família por um período de seis meses.

No ano de 1997 foi implantado o primeiro módulo do Programa de Saúde da Família no município de Pirai onde atuei como médica de família. Realizei várias capacitações na área de Atenção Básica, participei do Treinamento Introdutório para Capacitação em Equipe Básica do Programa Saúde da Família – UERJ e ingressei no Curso de Especialização em Saúde da Família - UERJ em 2002 e concluído em 2003 para complementar minha formação.

Em 2003 fui convidada para Direção Médica do Hospital Flávio Leal – Pirai. Nesta ocasião o município já contava desde 2002 com 100% de implantação da Estratégia Saúde da Família e já constituía um sistema em rede e minha formação como profissional do PSF iria contribuir como elemento de conexão entre os dois níveis de atenção reforçando a necessidade do estabelecimento de uma rede de atenção à saúde contínua e integral.

Nesta época estava direcionando minha formação para a Estratégia Saúde da Família e já havia feito uma adaptação em meus horários que permitia uma vida mais calma, disponibilizando mais tempo para minha família e para outros projetos de minha vida pessoal que então se encontrava mais estável. Estava experimentando uma sensação de realização, de saúde e bem estar.

Na perspectiva de Dejours; Dessors; Desrioux (1993) a saúde não é um estado, mas sim um objetivo que se tenta conquistar assim como a liberdade. Ilustram que o bem-estar físico, psíquico e social é a liberdade de regular as variações que ocorrem no estado do organismo.

[...] liberdade de lhe dar comida quando faminto, dormir quando fatigado, de lhe dar atividade quando em repouso; liberdade de deixar cada um ser dono da organização da própria vida, segundo seu desejo; liberdade de agir individual e coletivamente sobre a organização do trabalho. (DEJOURS; DESSORS; DESRIAUX, 1993, p. 140).

No entanto, o convite foi aceito, pois o interpretei como fonte de crescimento, reconhecimento e uma oportunidade para desenvolvimento profissional e pessoal.

Ocupar a função de direção foi para mim um processo cheio de circunstâncias e atravessamentos, pois não tinha qualificação prévia, já que a formação médica não inclui conteúdos relativos à organização dos serviços de saúde nem questões gerenciais.

A gestão suscitou em mim reações contraditórias: fascinação e rejeição, prazer e ansiedade, realização e sofrimento.

Dejours; Dessors e Desrioux (1993) apontam que o trabalho pode gerar desgastes, mas que é também um fator essencial para o equilíbrio e o desenvolvimento do ser humano, importando nesta relação não tanto qual trabalho seja realizado, mas sim quais as condições para a realização deste.

Cada desafio era preenchido com entusiasmo e determinação para realização e produção (e aqui me refiro à produção de resultados e de produção de sentimentos).

Para mim o trabalho sempre trouxe a possibilidade de realização e de identidade, nunca o imaginei sob a perspectiva do sofrimento. Como pode o trabalho ser, ao mesmo tempo, fonte de prazer e de sofrimento?

O conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico é uma fonte de sofrimento para o trabalhador, sofrimento este que exige do mesmo, o uso de estratégias para se defender deste sofrimento. (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Assim percebi que o sofrimento poderia funcionar como um sintoma de alerta para alavancar mudanças na dinâmica de interação com meu trabalho.

A partir deste contexto comecei a refletir sobre a dinâmica organizacional e passei a observar as vivências dos gerentes na condução cotidiana de seus processos de trabalho, as dificuldades enfrentadas para conduzir as mudanças necessárias e as incertezas quanto aos processos e resultados.

Com objetivo de qualificação e profissionalização na área de gestão realizei na Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde em 2006 e Especialização em Gestão Hospitalar em 2008 - 2009.

Meu interesse pela gestão, além de um desafio, foi se tornando uma possibilidade de mudança de paradigmas e reestruturação dos processos de trabalho na área hospitalar no sentido de integração e complementaridade com a rede básica.

Nesta perspectiva cito a tese proposta por Barros (2007):

Gestão não é apenas organização do processo de trabalho, mas o que se passa entre os “vetores-dobras” que o constituem. Lugar de produção de saberes, no qual o planejar, o decidir, o executar, o avaliar não se separam o que quer dizer que a atividade e a gestão da atividade não constituem instâncias separadas. (BARROS, 2007, p. 62)

Foi particularmente a experiência por mim vivenciada que me suscitou o desenvolvimento da atual pesquisa que tem por base as narrativas de gerentes de unidades e programas.



A pesquisa busca a compreensão deste lugar de gerente onde se articulam simultaneamente projetos conscientes, racionais, mas também fantasias, desejos que são operantes e afetam a vida psíquica dos indivíduos e grupos.

Essa investigação procura explorar algumas questões como quem são os gerentes, que processos os levaram a este lugar, o que os prende neste lugar e que mudanças são possíveis de realizar.

Do ponto de vista metodológico, a abordagem qualificada como narrativas de vida orientou a investigação da prática gerencial. Este estudo voltou-se para narrativas da vida profissional dos gerentes de unidades pautando-se tanto pela perspectiva da Etnossociologia de Bertaux (1997), buscando compreender a prática gerencial e os processos inconscientes e imaginários que atravessam o relato dos entrevistados.

O universo da investigação foram gerentes de unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Piraí. A seleção dos entrevistados, realizada por sorteio, foi baseada em critérios como gerentes de Unidades e de Programas do nível central da Secretaria Municipal de Saúde, sendo sorteadas quatro gerentes totalizando quatro gerentes.

Foram definidos como objetivo da pesquisa:

#### GERAL

Analisar a prática gerencial nos serviços de saúde do município de Piraí, buscando compreender as dimensões sociais e intersubjetivas de tais práticas.

#### ESPECÍFICOS

- Examinar o sentido que o exercício da função tem sobre os sujeitos e no seu processo de trabalho.
- Analisar os processos que levaram o indivíduo à gestão em um contexto onde não há exigência de formação gerencial.

## **1 RECORTE HISTÓRICO DO SUS PIRAÍ:**

### **1.1 Características do município**

O município de Piraí está localizado no Estado do Rio de Janeiro, na Região Médio Paraíba fazendo parte da bacia hidrográfica do rio Paraíba do Sul, tendo como limites os municípios de Barra do Piraí, Pinheiral, Rio Claro, Itaguaí, Mendes, Paracambi, Barra Mansa e Volta Redonda. Possui uma área de 504,6 km<sup>2</sup>, correspondentes a 8,1% da área da Região Médio Paraíba e é subdividido nos distritos de Piraí (sede), Vila Monumento (2º distrito), Arrozal (3º distrito) e Santanésia (4º distrito). O município possui uma posição geográfica estratégica, estando localizado entre duas grandes metrópoles - Rio de Janeiro e São Paulo, numa extensão de 42 km de Rodovia Presidente Dutra.

Possui uma população estimada pelo IBGE 2010 de 26.314 habitantes o que lhe confere uma densidade demográfica de 52,07 hab./Km<sup>2</sup>. A população urbana representa 81,70% de sua população total com uma média de moradores por domicílio de 3,14 pessoas, segundo dados do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) do Programa de Saúde da Família.

No tocante ao saneamento básico, Piraí tem 80,85% dos domicílios com acesso à rede de distribuição e abastecimento de água (SIAB). A rede coletora de esgotamento sanitário chega a 75,12% da população e 91,84% dos domicílios possuem coleta regular de lixo. A rede elétrica do município atendia em 2008, 97,01% dos domicílios.

Piraí tem, como principais atividades econômicas: agricultura, pecuária, silvicultura, pesca, indústria, produção e distribuição de eletricidade, construção civil, comércio e prestação de serviços.

Atualmente, Piraí possui três condomínios industriais. Nesses condomínios, estão diversas empresas, tais como: AmBev, Aloés, IMBP, IFER, Pastificio Santa Amália, Maria Moura Confeções, DPI, SINASC, Injeções Termoplásticas, Kedelícia, Cobra Tecnologia, Masgovi, Usimateq, Rede Construir, Produtos Goiana, Tuko, JRO, TECNOCELL.

O município possui um projeto – Piraí Digital – de disseminação da cultura digital no município, que envolve ações de inclusão digital, educação para novas mídias e informatização da gestão. Sua abrangência inclui os telecentros, escolas de todos os níveis e outras instituições públicas como o sistema de saúde.

Piraí também tem como marco, o fato de ser o primeiro município do Rio de Janeiro a implantar o projeto "Um Computador por Aluno" do governo federal em sua rede de ensino.

Em 2009, o percentual de analfabetismo na população acima de 15 anos foi de 4,56% de acordo com os dados do SIAB.

O Índice de Desenvolvimento Humano de Piraí em 2000 foi de 0,776, pouco acima da média do Estado que é de 0,75 e teve seu Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) ampliado de 0,753 para 0,886 de 1999 para 2004 ficando com o terceiro melhor IDI do Estado do Rio de Janeiro.

O PIB de 2003 alcançou R\$ 738 milhões ocupando a vigésima terceira posição entre os 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro.

A população SUS dependente é de 87,01% do total de habitantes. (RELATÓRIO DE GESTÃO SMS PIRAÍ, 2009).

## 1.2 Piraí e o SUS

A década de 80 iniciou em clima de redemocratização, crise política, social e institucional de Estado Nacional. A área social e, em especial, a Previdência Social vivia uma profunda crise, assumindo medidas de racionalização e reestruturação do sistema. No âmbito da saúde, o Movimento da Reforma Sanitária indicava propostas da área de expansão de assistência médica da Previdência, intensificando os conflitos de interesses com a Previdência Social e envolvendo poder institucional e pressões do setor privado.

Neste contexto, foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde (1980), que apresentou como proposta a reformulação Política de Saúde.

Nesta época o Sistema de Saúde do município de Piraí era formado por treze Unidades de Saúde sendo cinco do governo estadual, uma do governo federal, sete do governo municipal com estruturas precárias e um Hospital filantrópico que respondia pelas internações hospitalares.

A unidade do governo federal tinha um funcionamento no modelo de policlínica marcado por profissionais especialistas das clínicas básicas e ainda era responsável pela distribuição de medicamentos da Central de Medicamentos do Ministério da Saúde (CEME). As unidades do governo estadual respondiam pela atenção básica, imunizações, doenças transmissíveis e vigilância sanitária, embora forma fragmentada, pois não se inter-relacionavam.

No ano de 1986, o Ministério da Saúde convocou técnicos, gestores de saúde e usuários para uma discussão aberta sobre a reforma do Sistema de Saúde, realizando assim a VIII Conferência Nacional de Saúde. Esta conferência foi um marco histórico da política brasileira, pois, pela primeira vez contava-se com a participação da comunidade e dos técnicos na discussão de uma política setorial.

A conferência reuniu cerca de 4.000 pessoas nos debates e aprovou, por unanimidade, a diretriz da universalização da saúde e o controle social efetivo com relação às práticas de saúde estabelecidas.

As propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde não foram concretizadas de imediato. Após a Conferência, por iniciativa do Ministério da Previdência e Assistência Social/INAMPS, foi constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que se apresentou como estratégia-ponte para a construção do SUS.

O SUDS avançou na política de descentralização da saúde e, principalmente na descentralização do orçamento, permitindo uma maior autonomia dos Estados na programação das atividades do setor, deu prosseguimento às estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde.

O processo de organização da assistência à saúde foi iniciado em Pirai na primeira metade da década de 80, com a assinatura do Convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS) e, a partir dessa época, as Unidades de Saúde da Rede Estadual/Federal começaram a ser repassadas para a administração municipal. Posteriormente houve a implantação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS).

Ao mesmo tempo em que o SUDS era implantado no país ocorria discussão na Assembleia Nacional Constituinte para a definição de uma nova Carta Constitucional para o Brasil. O relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde foi tomado como base para a discussão do setor saúde. A nova carta surgiu no contexto político de redemocratização e tinha a intenção de afirmar compromisso com políticas mais justas e igualitárias. A Constituição foi promulgada em cinco de outubro de 1988 e ganhou a denominação de Constituição Cidadã e o SUS foi aprovado.

Em 1989 a discussão no município de Pirai ganhou impulso com as medidas adotadas pelo governo federal para promover a nova Política Nacional de Saúde e assim foi instituída através da Lei 213/89 de 28/02/1989 a Secretaria Municipal de Saúde e nomeado o primeiro Secretário Municipal de Saúde que ocupou a pasta por um curto período. Em seguida foi nomeado seu sucessor que apresentava perfil profissional mais adequado à nova política, pois tinha uma trajetória pública na Medicina Social do INAMPS.

A atuação deste secretário foi importante na história da saúde no município, pois iniciou a organização do Sistema Municipal de Saúde pelas Unidades Básicas de Saúde, tirando-as da ociosidade; estruturou e equipou laboratórios de análises clínicas para apoio diagnóstico, ordenou e ampliou a Atenção a Saúde Bucal e os Serviços de Urgência e Emergência em dois polos do município. Em sua gestão implantou o Programa de Saúde na Escola baseado no modelo Saúde para todos, de Davi Capistrano em Santos/SP, sendo o primeiro trabalho com população adscrita.

A Secretaria Municipal de Saúde de Pirai inicialmente não tinha uma sede e muitas destas decisões foram tomadas no banco da praça da prefeitura e o único recurso financeiro que o gestor possuía para operacionalizar os serviços eram os repasses através do Estado, pela prestação de serviços por parte das unidades próprias.

O SUS inseriu-se em um contexto mais amplo da política pública nacional – a seguridade social – que abrange além das políticas de saúde, as de previdência e assistência social. A definição do modelo de Seguridade Social no Brasil significou a formulação de uma estrutura de proteção social abrangente (universalidade da cobertura e do atendimento), justa (uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais), equânime (equidade na forma de participação do custeio) e democrática (caráter democrático e descentralizado na gestão administrativa), na qual cabem ao Estado a provisão e o dever de atenção. (BRASIL, 1988, art.194).

O SUS foi peça-chave no processo de luta e construção do modelo protetor brasileiro. Com a sua instituição, o Estado assumiu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e a uma política setorial de saúde capaz de garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população. (BRASIL, 1988, art.196).

Com a aprovação do SUS em 1998 iniciaram-se debates e negociações em torno da lei reguladora do SUS, também conhecida como Lei Orgânica de Saúde (LOS. 8.080). A lei visava regulamentar o SUS, definir com maior nível de detalhamento seus objetivos e atribuições, aprofundar a questão do financiamento, da regulação do setor privado, da descentralização e hierarquização do sistema e da participação popular dentre outras.

Três meses após a aprovação da Lei 8.080 foi aprovada outra (Lei 8.142), complementar a esta, definindo algumas propostas vetadas na lei original, especialmente no que diz respeito ao financiamento e à participação popular.

Um dos princípios do SUS – a participação social – foi enunciado na Constituição de 1988 e regulamentado na lei reguladora de 1990 (Lei 8.142/1990), onde se definem a configuração dos conselhos de saúde (em cada esfera de governo) e a realização periódica das conferências de saúde (também em cada esfera de governo).

Os conselhos têm como função, dentre outras, exercerem papel de formulação, acompanhamento e controle permanente das ações de governo nos seus três níveis. O principal avanço foi o estabelecimento de um canal permanente de relação entre o gestor e a população – representada de forma paritária nos conselhos – possibilitando maior transparência no processo decisório. Já as conferências de saúde têm por objetivo “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes” podendo ser convocada pelo executivo ou extraordinariamente, pelo conselho de saúde (BRASIL, 1990).

Em Piraí, a primeira Conferência Municipal de Saúde aconteceu em 15 de setembro de 1991 onde foi eleito o Conselho Municipal de Saúde sendo instituído através da Lei Municipal 283/91. As Conferências Municipais de Saúde aconteciam anualmente e a partir de 2001 acontece a cada dois anos e tem caráter deliberativo sobre as diretrizes e operação do Plano Municipal de Saúde

Em 1993 iniciou-se uma nova gestão que manteve a política de organização do município, preservou o corpo técnico comprometido com o processo e ampliou as políticas já implantadas. Este mesmo grupo de profissionais que atuava na gestão se mantém em sua maioria até os dias de hoje.

No artigo 198 da Constituição Federal, dentre as diretrizes que organizam a rede regionalizada e hierarquizada que constitui o SUS, está a “Descentralização com direção única em cada esfera de governo”. O Ministério da Saúde conduziu a política de descentralização por meio de formulação e implementação de instrumentos reguladores legais denominados Normas Operacionais do SUS. Foram editadas quatro Normas Operacionais: 1991/1992; 1993; 1996 e 2001/2002. Estas normas tratam dos aspectos de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo, das relações entre gestores e dos critérios de transferências de recursos federais para estados e municípios. As Normas Operacionais também atuaram na indução de modelos de atenção à saúde.

A Norma Operacional de 1996 (NOB/96) visava incrementar a descentralização dos recursos federais para as esferas infranacionais de governo na perspectiva de consolidar o modelo de gestão descentralizada e pactuada, reforçar o papel das Comissões Intergestores (tri e bipartites) e induzir em âmbito nacional mudanças no modelo de atenção.

Do ponto de vista do financiamento, foram definidos mecanismos específicos de transferências regulares de recursos do Fundo Nacional de Saúde visando a superar a lógica de pagamento por produção de serviços, introduzindo uma modalidade de pagamento per capita, através da implantação do Piso de Atenção Básica (PAB), que é repassado fundo a fundo para municípios habilitados. O PAB consiste num total de recursos financeiros destinados exclusivamente ao financiamento das ações da atenção básica em saúde. É composto de uma parte fixa – PAB fixo que corresponde a um valor per capita multiplicado pela população de cada município e o PAB variável que é transferido para o fundo municipal de saúde para o desenvolvimento de alguns programas e ações especificadas pelo Ministério da Saúde, entre os que se destacam o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, elaborado pelo Ministério da Saúde em 1991, foi implantado em Pirai no ano de 2000, seguido da implantação do Programa de Saúde da Família em 1997 buscando a otimização da prática dos princípios e diretrizes formuladas pelo Ministério da Saúde.

Em 2002 o município de Pirai atingiu a cobertura de 100% de Estratégia de Saúde da Família.

A NOB/96 redefiniu os estágios de gestão dos municípios e estados. Os municípios poderiam ser habilitados na gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal e os estados, na gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema estadual. Na condição de gestão plena do sistema o município é responsável pela gestão de todo o conjunto de prestadores de serviços nele existentes, gerenciando para tanto, a totalidade de recursos financeiros que lhe é repassado pelo governo federal.

Em 2001 a Secretaria Municipal de Saúde de Pirai conquistou sua autonomia financeira através da operacionalização do Fundo Municipal de Saúde, Lei 397/93, permitindo ao gestor gerenciar o orçamento e o financeiro da SMS, ser o ordenador de despesas e descentralizar o processo de compras que anteriormente ficava a cargo da prefeitura. Com estas ferramentas o gestor ampliou a sua capacidade de gestão e de organização do município avançando no planejamento e na conquista de mais recursos para a saúde.

Em 2003 o Município de Pirai elaborou o processo de pleito de habilitação para a Gestão Plena do Sistema Municipal, com a finalidade de melhor viabilizar a execução das ações e serviços de saúde, de modo a garantir o acesso integral de sua população aos serviços de saúde. Este pleito foi aprovado pela Comissão Bipartite, posteriormente aprovado pelo Ministério da Saúde.

A partir desse modelo de Gestão Plena do Sistema Municipal, Pirai passou a receber do Fundo Nacional de Saúde os recursos financeiros correspondentes ao Teto Financeiro de Assistência para a execução de todas as ações e serviços para o atendimento integral à saúde. No mesmo ano iniciaram-se os depósitos relativos aos incentivos às Ações Básicas de Vigilância Sanitária, Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Combate às Carências Nutricionais. Além destas o município conta com verbas da PPI (Programação Pactuada Integrada) e do ECD (Epidemiologia e Controle de Doenças), com incentivos para campanhas de vacinação e ampliação do Atendimento odontológico.

Em 2000 foi instituída a Emenda Constitucional 29 que vinculou recursos de diferentes esferas de governo a serem obrigatoriamente gastos em ações e serviços públicos de saúde. Esta emenda estabeleceu que a União devesse aplicar no ano de 2000 o montante empenhado em 1999 acrescidos no mínimo de 5% e no período de 2001 a 2004 deveria destinar o valor apurado ano anterior corrigido variação nominal PIB.

No que diz respeito às esferas infranacionais, a Emenda Constitucional 29 dispôs que os municípios deveriam destinar 15% de sua receita, até 2004, como percentual mínimo para o gasto próprio com saúde, por sua vez os estados e o Distrito Federal deveriam alocar a saúde, no mínimo, 12% de sua receita.

De acordo com análise de dados do SIOPS o município de Pirai investiu no período 2003 a 2009, um percentual de recursos próprios aplicados na saúde em conformidade, e superior o que disciplina a referida lei. Em 2009 foram aplicados 29,09%, totalizando um total R\$23.932.292,56 para gastos em saúde sendo R\$ 18.046,80 do Tesouro Municipal e R\$ 5.577,44 do Fundo Nacional de Saúde.

O SUS apresentou vários avanços desde sua implantação principalmente no que tange ao processo de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. A descentralização ampliou o contato do SUS com a realidade social, política e administrativa do país e 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 por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão.

Frente essa necessidade foi organizado um trabalho de discussão com técnicos e a direção das diversas áreas do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) que resultou na aprovação do documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado na Portaria/GM 399 de 22 de fevereiro



de 2006 que contempla o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Assim foi realizada uma reforma institucional que defende o SUS como política de estado facilitando processos de pactuação e de regionalização da saúde instituindo bases para um processo mais solidário de gestão.

No ano de 2007, o município de Pirai assinou o Pacto pela Saúde em bloco com a Região Médio Paraíba.

### **1.3 Rede de Serviços e Ações em Saúde:**

Em 2009 a rede de serviços de saúde de Pirai encontra-se distribuída por 67 prestadores públicos, 11 prestadores privados locais e 12 prestadores privados extramunicipais. Na área assistencial desenvolve ações programáticas baseadas na Estratégia de Saúde da Família apresentando 100% de cobertura com 13 Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, um Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas e um Serviço de Saúde Mental. A área hospitalar é composta por um hospital geral de natureza filantropia que é gerenciado em parceria com a Prefeitura Municipal através de um contrato de gestão desde 1997.

O município de Pirai realiza anualmente, desde 2000, Seminários de Avaliação dos Serviços de Saúde e desde 2007, Mostra de Experiências Exitosas que tem por objetivo integrar os diferentes atores responsáveis pelos serviços da Secretaria de Saúde e acompanhar os diferentes estágios de desenvolvimento e qualidade dos serviços, propondo ações para sua melhoria e premiando as iniciativas que se destaquem por inovação.

A Secretaria Municipal de Saúde de Pirai possui parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro. Em 2008 foi aprovado o Projeto do Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, que contribui com a formação de recursos humanos para a área de saúde, orientado para a necessidade da população brasileira e à operacionalização do SUS. Foram estabelecidas parcerias que permitiram a ampliação da integração de Instituições de Ensino Superior, através da Assinatura do Pet-Saúde (Programa de Educação para o Trabalho) contando com profissionais do meio acadêmico, para a qualificação dos profissionais e desenvolvimento de pesquisas locais.

Neste mesmo ano foi implantado o Telessaúde, uma rede que interliga a Universidade Estadual do Rio de Janeiro, e o Serviço de Saúde de Pirai, num processo de trabalho cooperado online, utilizando modernas tecnologias de informação e comunicação, com objetivo de desenvolver ações de apoio e assistência à saúde e, sobretudo de educação

permanente na Estratégia de Saúde da Família, na perspectiva de mudanças de práticas de trabalho que resultem na qualidade do atendimento da atenção básica do SUS.

Em 2009 foi assinado o Convênio do PET-Saúde II com a participação da faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Como forma de qualificação dos profissionais da rede de atenção à saúde foi organizada convênio com o Laboratório de Pesquisa de Práticas da Integralidade (LAPPIS), do Instituto de Medicina Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para a realização de mestrado profissional, sendo contemplados 17 profissionais da área de Saúde de Pirai.

No mesmo ano a Secretaria Municipal de Saúde de Pirai buscou o desenvolvimento de ações que contribuíssem para a melhoria da qualidade de vida de sua população, através do desenvolvimento de estratégias, não apenas voltadas para aspectos exclusivos do Setor Saúde, mas principalmente, com compromisso de intersetorialidade, tema inclusive de sua XV Conferência Municipal de Saúde que contou com a participação de 437 pessoas.

Preliminarmente a organização da XV Conferência Municipal de Saúde foram organizadas quatro pré-conferências, que contou com a participação de 232 pessoas. Esta estratégia fez com que as principais reivindicações da comunidade estivessem mais próximas da realidade e fossem capazes de causar maior impacto na saúde da população. Todas as propostas levantadas foram levadas para a conferência.

A política de gestão participativa de saúde em Pirai é sustentada por espaços formais como Conselhos Gestores de Unidades: organizado em cada unidade da PSF, é composto por representação da população local, gerência da unidade e representante dos funcionários; Conferências Locais de Saúde: acontecem antes da Conferência Municipal e discute as teses de cada área de abrangência do PSF para a Conferência Municipal de Saúde; Fórum de Gerentes de Unidades: instância de informação, problematização, discussão de temas técnicos e definição de operações com reunindo mensalmente todos os gerentes de unidade, os coordenadores de programa e o técnico de planejamento; Plenária de Planejamento: acontece uma vez ao ano em formato de oficina com duração de três dias onde são reunidos todos os gerentes da SMS para avaliação da agenda do ano anterior, problematização, definição de operações para o ano em curso e construção da agenda municipal de saúde; Mostra de Experiências Exitosas em saúde: a partir de 2006 iniciou organização da I Mostra onde foram apresentadas experiências exitosas de toda a rede de Saúde de Pirai e acontece uma vez por ano; Colegiado de Gestão da Saúde: reinstituído em 2009, com reuniões mensais e participação dos serviços e coordenações ligadas diretamente a Secretária de Saúde e Fórum

Permanente de Ações Intersetorias: iniciado os encontros em 2009, com participação da APS, Saúde Mental, Promoção Social e Secretaria de Educação.

## 2 TRABALHO EM SAÚDE

### 2.1 Sobre o trabalho

Um dos temas mais discutidos e controversos no campo da Saúde Coletiva no Brasil vem sendo o modo como se organizam os processos de trabalho nos Serviços de Saúde. Este tema faz parte de uma discussão instigante travada entre vários pensadores e militantes da Reforma Sanitária Brasileira e se constitui num dos grandes nós críticos das propostas e experiências vivenciadas nestes últimos anos que apostaram na mudança do modelo técnico-assistencial das políticas de saúde.

Ao analisar os mundos do trabalho nos deparamos com uma diversidade de olhares, fragilidades e dúvidas sobre o tema, que o torna fascinante e desafiador.

Para Marx (O Capital), o trabalho é compreendido como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção. E, assim, o trabalho "produz" o homem, mesmo que este seja a fonte daquele e que, em potência, de modo virtual, seja o lugar da criação e o momento de existência e expressão do trabalho vivo, em atividade.

Marx, fazendo uma análise do capitalismo e os efeitos da vida dos seres humanos, entendia que um trabalhador ao atuar em uma linha de produção dentro de uma fábrica, por exemplo, estava totalmente subordinado, no seu agir, à lógica do modo duro e estruturante que a produção impunha por meio de vários processos capturantes da sua capacidade de trabalhar. Marx imaginava que a libertação do trabalhador estava na produção de uma consciência operária que rompesse a dominação capitalista.

O resultado do trabalho materializa-se em produtos que assumem a forma de bens e serviços. Segundo Marx (1985), no capitalismo os produtos têm um duplo valor: valor de troca e de uso. O valor de troca garante que os produtos circulem como mercadorias e o valor de uso expressa a utilidade do produto e permite seu consumo. Nesta lógica o capitalismo restringiu o trabalho às atividades necessárias à produção da mais-valia, a valores de troca.

Três décadas após a morte de Marx, Taylor, capitalista, advogava que o operário sem controle capitalista, faria uma fábrica do seu jeito, isso poderia implicar no prejuízo à lucratividade e a competição do mercado. Desse modo, acabou elaborando um conjunto de teorias de tecnologias de gestão de processos de trabalho que capturaria a autonomia do trabalhador.

No ano de 1903, Taylor publicou o livro *Princípios da Administração Científica*, no qual as ideias do incentivo econômico e do “homem certo no lugar certo” são defendidas como fatores estruturantes para o alcance dos objetivos na produção.

O pensamento do autor pode ser resumido em quatro pontos: ciência em lugar de empirismo; harmonia em lugar de conflito; rendimento máximo em lugar de produção reduzida e desenvolvimento especializado de cada trabalhador, afim a alcançar maior eficiência e prosperidade. Estas são expressas de tal forma que estruturariam uma ciência, substituindo o método empírico (até então empregado) pelo método científico e racional de administrar.

O projeto de Taylor ganhou adeptos ao longo do tempo, sendo progressivamente empregado em vários estabelecimentos, mas também ganhou muitos inimigos que viam em suas ideias um mecanismo de exploração do homem pelo homem.

Em seu estudo sobre produção Taylor foi enfático na busca pelo menor desperdício. Suas observações apontavam para o grande dispêndio de energia gerado pelo inevitável aumento de produção em uma sociedade capitalista. As noções de divisão do todo em partes e a produção em um tempo cada vez menor levaram o autor a formular seu estudo sobre “tempos e movimentos”.

A observação detalhada do tempo e do movimento empregados em cada atividade do operário rendeu não só economia de capital, como gerou a compartimentalização das atividades. Taylor reforçou a tendência, já em desenvolvimento, de especialização no trabalho, esquadrihando e recortando não só as atividades produzidas pelo homem como sua própria natureza.

Tal contexto gerou a segmentação dos empregos, a expansão dos serviços e consequentemente a individualização dos comportamentos no trabalho.

Campos (2007b) faz várias críticas ao taylorismo e propõe repensar o significado e o modo como se organiza o trabalho e entendê-lo com uma dupla finalidade: produzir bens e serviços necessários ao público, mas também cuidar da constituição do Sujeito e dos Coletivos. Nesta perspectiva o trabalho não seria apenas um meio para assegurar o sustento material, mas também estaria implicado com a própria constituição das pessoas e de sua rede de relações: equipes, grupos, organizações, instituições e sociedades.

O autor chama atenção para o fato de que o conceito do trabalho sob a perspectiva capitalista “agoniza”. Ressalta que o capitalismo tanto endeusou, quanto reduziu seu significado quando o reduziu somente às atividades necessárias à produção da mais-valia, medindo seu valor pela produção de valores de troca. (CAMPOS, 2007b)

Assim constrói o Método da Roda para a recomposição conceitual e prática do Trabalho.

Um conceito de trabalho que transcenda o de postos de empregos oferecidos pelo mercado, o que implica a criação ativa de espaços de trabalho que considerem tanto o desejo e interesse do agente produtor. Tudo isso sustentado por meio de políticas públicas que objetivem tanto o bem-estar do público, quanto a expansão das possibilidades de trabalho. (CAMPOS, 2007, p. 54)

O Método da Roda propõe três linhas de intervenção para contribuir com a essa reconstrução.

Primeira: estimulando a construção de um novo conceito de trabalho: que de uma atividade produtora de valores de troca (ou de mais-valia), fosse pensado e remunerado como uma atividade produtora de Valores de uso.

Segunda: apoiando a recomposição operacional dos postos de trabalho pela instituição de políticas sociais que multiplicassem as oportunidades concretas deste novo tipo de trabalho. Isto tanto reconhecendo sua legitimidade, quanto o remunerando. Na realidade, uma linha de combate ao desemprego estrutural.

Terceira: tudo porque se considera o trabalho um dos planos essenciais para a constituição de Sujeitos, de Coletivos e da Sociedade como um todo. Um modo essencial de expressão do Sujeito no mundo: a produção de Obras como um espelho em que a reflexão crítica (para além da auto referência narcísica) tornar-se-ia possível. (CAMPOS, 2007b, p. 54)

O Método da Roda é um método antitaylorista que aposta na democracia institucional não somente como um meio para impulsionar mudanças sociais, mas como um fim em si mesmo. Adota como diretriz metodológica a instalação de processos que objetivem a construção de Espaços Coletivos – “arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo; e onde, de fato se analisem problemas e se tomem deliberações”. (CAMPOS, 2007, p. 42)

Michel Foucault, em uma conferência proferida no Rio de Janeiro, no ano de 1973 defende a ideia de que “as práticas sociais podem chegar a engendrar domínios de saber que não somente fazem aparecer novos objetos, novos conceitos, novas técnicas, mas também fazer nascerem formas totalmente novas de sujeitos”. A forma compartimentalizada do processo de trabalho com base no controle do tempo e do movimento pode ser traduzida em uma prática produtora de bens de consumo a baixo custo, mas igualmente produtora de sujeitos pouco autônomos e alienados do processo de produção – sujeitos marcados pela heteronomia no trabalho. (FOUCAULT, 1999, p.8)

## 2.2 O processo do trabalho em saúde

O capitalismo reproduz a lógica compartimentalizada não apenas por trás do muro das fábricas, mas também esquadrihando o planeta. Para não cairmos na armadilha das falsas ideias vinculadas ao trabalho como algo em extinção, é fundamental compreender o processo de produção na saúde – não sob o foco do por que, mais sim olhar o modo como se opera o trabalho: como um bem.

O bem é procurado pelos usuários quando buscam um serviço de saúde, pois o que se quer é manter-se vivo, é querer que sua saúde seja mantida, para poder seguir em vida. Assim o, produto do processo de trabalho em saúde – a manutenção da saúde – está ligado diretamente ao momento da produção – o ato cuidador. Ou seja, esse ato cuidador, a assistência, é o resultado do trabalho coletivo realizado por profissionais de saúde e, ao mesmo tempo, é o próprio trabalho em ato. (MERHY, 1997).

A assistência como um resultado do trabalho coletivo abrange um conjunto de trabalhadores, que, por meio de ações, fazem intervenções tecnológicas em saúde. Por exemplo, a recepcionista de um ambulatório, responsável por informar, receber os usuários e encaminhá-los ao atendimento, está produzindo saúde – “qualquer lugar de um estabelecimento de saúde onde ocorre um contato entre um trabalhador e um usuário, há produção de um processo de trabalho em saúde”. Há inúmeros processos de trabalho construindo a assistência; processos que decorrem do “trabalho morto” e construção de “trabalho vivo”. (MERHY, 1997)

Trabalho vivo e trabalho morto são conceitos de Marx, que podemos explicar com o trabalho de um carpinteiro. Esse profissional possui uma encomenda: fazer um armário. Para confeccioná-lo, precisa, além do seu trabalho manual, de matéria prima e ferramentas. Pois bem, podemos pensar que a madeira para o armário, os pregos e a cola são matérias que vieram de outro trabalho humano que se transformou em trabalho morto. Além disso, o martelo e o serrote – ferramentas – também são produtos de um trabalho humano anterior – também um trabalho morto.

O carpinteiro precisa, além do material, saber fazer o armário, saber produzi-lo. Ele necessita de um saber para executar o trabalho: uma tecnologia. Esta não constitui apenas em máquinas, equipamentos; também pode ser definida por um saber prévio daquele que exerce determinada tarefa. Se o carpinteiro não soubesse serrar, pregar, não tivesse conhecimento de nenhuma técnica, não conseguiria fazer o armário, pois não teria o saber necessário para produzi-lo. “A ideia de tecnologia está muito vinculada não só a de equipamento tecnológico,

mas também a certo 'saber fazer' e a um 'ir fazendo', que inclusive dão sentidos ao que será ou não 'a razão instrumental' do equipamento". (MERHY, 1997)

O carpinteiro fazendo o armário constitui-se no trabalho vivo em si; ele possui total liberdade para criar a peça, exercendo aí um trabalho vivo em ato. Nas habilidades que ele possui a criatividade, entre outras coisas, constituiu-se a organização do trabalho, no qual há uma união entre o trabalho vivo em si e o trabalho morto. O armário é o produto final que será um trabalho morto, já que, assim como as matérias primas e as ferramentas, é a concretização de um trabalho vivo anterior.

No setor saúde, a produção ocorre na intervenção em ato, ou seja, exatamente no trabalho em si, no trabalho vivo em ato. Traçando um paralelo com o momento em que o carpinteiro faz o armário, poderia ser dito que o trabalho em saúde não pode ser capturado pelo trabalho morto, pois ele se dá no próprio ato de cuidar, no acolhimento e na relação profissional-usuário.

A noção de tecnologia aqui utilizada tem definição mais ampla, pois não a confundo de maneira específica com equipamentos e máquinas, já que também incluo como tecnologias certos saberes que são constituídos para a produção de produtos singulares, e mesmo para organizar as ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana. Desse modo, falo em tecnologias duras, leve-duras e leves. (MERHY, 2007, p. 45)

Merhy (2007) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como: leves, leves-duras e duras. As tecnologias leves são o foco da assistência, pois nenhum tipo de máquina ou equipamento, no caso da saúde, substitui o trabalho humano de criação. São produtoras de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão como uma forma de governar o processo de trabalho. Tecnologias leves-duras caracterizam-se na relação do trabalho vivo em ato do profissional com o trabalho morto, com os materiais e equipamentos. Nelas os saberes bem estruturados operam o trabalho em saúde. Já as tecnologias duras dizem respeito aos equipamentos tecnológicos como máquinas. O que é chamado de tecnologia dura é o sentido corriqueiro que a palavra tecnologia costuma expressar, tecnologia como máquinas e equipamentos. No entanto, apesar de nas tecnologias duras estar contida a ideia corriqueira de tecnologia, há um significado mais profundo. Entende-se por tecnologias duras não somente máquinas e equipamentos, mas também as normas e as grandes estruturas organizacionais.

Ao dividir a tecnologia em saúde em leve, leve-dura e dura, o autor expõe a dinâmica do processo de captura do trabalho vivo pelo morto e vice-versa, no interior dos distintos modelos technoassistenciais em saúde, e a configuração tecnológica de "um certo processo produtivo em saúde, um certo modo de produzir cuidado". (MERHY, 2007).



Se por um lado o trabalho em saúde é operado por diferentes tecnologias, estas não estão livres de serem alteradas e aprisionadas. As alterações provenientes do modo de produção capitalistas marcaram de forma profunda a sociedade e o campo da saúde. Segundo Merhy (2007) um modo de aprisionar a prática a partir das inovações tecnológicas imprime mudanças no perfil da qualificação dos profissionais, na força de trabalho e nos processos de troca. Tais mudanças alteram crucialmente a composição da força de trabalho. São novas tecnologias de gestão produzindo novos produtos, ou uma maneira diferente de produzir antigos arranjos capazes de capturar o trabalho produzido durante uma consulta – um bem consumido no ato de sua produção pelo usuário.

A presença dessa lógica no setor de saúde pode ser exemplificada pela Atenção Gerenciada (AG). Segundo Merhy (1999) a AG opera no centro da ação médica – no procedimento – microcontrolando os atos de saúde. São estratégias, inclusive algumas de saúde coletiva, que se concentram sobre o saber e o conhecimento do profissional. Uma tecnologia leve que se opera sobre o uso de equipamentos e máquinas no diagnóstico ou na assistência.

De modo geral, a Atenção Gerenciada, centra-se no campo das tensões, estabelecendo novos trânsitos para os atos em saúde. Esse modo de gerenciar encontra na tensão existente entre a autonomia do ato de saúde e o controle desses atos um território de governo de um dado modelo técnico assistencial. Esse território é traduzido na figura do administrador, que, com base na racionalidade econômico-administrativa, toma decisões sobre as ações de saúde. O ato de saúde deixa de ser centrado na clínica do usuário e é deslocado para a área econômica.

Na perspectiva de criar mecanismos organizacionais que controlem processos microdecisórios dos atos produtores de ações de saúde e, típicos das estratégias de cuidado da medicina tecnológica, a AG aponta para os mecanismos administrativos centrados em uma racionalidade instrumental entre meios e fins, a partir de uma ótica exclusiva da doença como sinistralidade, e mesmo que fale em um ótimo entre ação e resultado – pois não há objetivamente (a não ser a normatização sobre o custo de procedimentos) parâmetros que estabeleçam referências para os administradores do que é ótimo em efetividade das ações de saúde – isso só se expressa sob a ótica acumulativa do capital financeiro. (MERHY, 2007, p. 172).

Melhor do que anunciar o desmontar da lógica do trabalho em saúde, operando sobre as tensões, seria dizer que o processo de trabalho em saúde opera sobre o trabalho vivo centrado, um conjunto de saberes construídos para a produção de produtos singulares e que servem até mesmo para organizar as ações humanas nos processos produtivos. Seu campo de ação imprime novos arranjos tecnológicos além de ser o lugar privilegiado da transformação

da assistência do setor saúde, e, portanto, um lócus de disputa das várias forças presentes e interessadas nesse processo (MERHY, 2007).

Neste sentido, é fácil perceber que o campo da saúde está repleto de dobras e reentrâncias, possibilitando inúmeros agenciamentos produtores de forças heterogêneas que se conjugam em fluxos para operar mudanças. Essas mudanças se engendram em diferentes espaços.

### **2.3 Dejours e o sofrimento do trabalhador**

A Psicopatologia do Trabalho tem discutido questões relacionadas à relação prazer, sofrimento e trabalho envolvendo os processos psicossociais que interferem nos indivíduos e nas organizações e tem Christophe Dejours como expoente da Escola francesa na abordagem das questões que dizem respeito à organização do trabalho e seus impactos sobre a saúde mental do trabalhador. Esse referencial subsidia a discussão de como fazem os trabalhadores para resistir aos ataques ao seu funcionamento psíquico provocado pelo seu trabalho e o que fazem para não ficarem loucos.

Quanto ao sofrimento, a abordagem da Psicodinâmica do Trabalho compreende que ele preexiste à situação do trabalho, sendo originado nas relações com os pais. No entanto, o trabalho tem efeitos importantes sobre o sofrimento psíquico: “ou o trabalho contribui para agravar o sofrimento, [...] ou ao contrário, o trabalho contribui para subverter o sofrimento, para transformá-lo em prazer.” (DEJOURS, 1999a).

Para Dejours (1992) a noção de sofrimento é central e implica um estado de luta do sujeito contra as forças que estão empurrando em direção à doença mental. Por outro lado, o autor afirma que é na organização do trabalho que se devem procurar essas forças. Entende por organização do trabalho não só a divisão do trabalho, isto é, a divisão de tarefas entre os operadores, os ritmos impostos e os modos operatórios prescritos, mas também, e, sobretudo, a divisão de tarefas, representada pelas hierarquias, as repartições de responsabilidade e os sistemas de controle. (DEJOURS, 1992) Ao instalar-se o conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico dos homens, quando estão bloqueadas todas as possibilidades de adaptação entre a organização do trabalho e desejo dos sujeitos, emerge o sofrimento patogênico. (DEJOURS, 1992, 1999b) A partir dessa percepção o autor explica em que consistem as estratégias utilizadas pelos trabalhadores para enfrentar esse sofrimento e como elas surgem e evoluem.

Os principais conceitos utilizados por Dejours (1992) são o de prazer no trabalho, de sofrimento criativo e sofrimento patogênico.

Dejours (1992) denomina de sofrimento criativo pelo fato de o indivíduo consiga elaborar soluções originais que favorecem ou restituem sua saúde. O sofrimento criativo chega a adquirir um sentido, pois favorece ao indivíduo um reconhecimento de uma identidade. Neste contexto o indivíduo se propõe a ação criativa que promove descobertas, fazendo com que este experimente e transforme, de maneira criativa, prática e astuciosa, soluções inéditas frente às situações móveis e cambiantes de seu trabalho. A competência e a astúcia, promovida pela inteligência coletiva ou individual, proporcionam o surgimento de estratégias defensivas, que aliviam ou combatem o sofrimento psíquico.

Quanto ao sofrimento patogênico, ele se inicia no momento em que foram explorados todos os recursos defensivos do indivíduo. Esse tipo de sofrimento é uma espécie de resíduo não compensado, que leva a uma destruição do equilíbrio psíquico do sujeito, empurrando-o para uma lenta e brutal destruição orgânica. No momento em que a organização do trabalho se torna autoritária, ocorre um bloqueio da energia pulsional, que se acumulam no aparelho psíquico do indivíduo, gerando desta forma, sentimentos de tensão e desprazer intensos.

A carga psíquica do trabalho resulta da confrontação do desejo do trabalhador, à injunção do empregador contida da organização do trabalho. Em geral a carga psíquica do trabalho aumenta quando a liberdade de organização do trabalho diminui. (DEJOURS, 1994, p. 28)

Quando a liberdade de trabalho diminui, ou seja, o trabalhador não pode ter iniciativa diante de um acontecimento, a relação do trabalhador com a organização é bloqueada, pois este não tem a liberdade de fazer uso de suas aptidões psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas. Se fizesse uso de sua criatividade para adequar o trabalho a sua personalidade teria possibilidade de diminuir sua carga psíquica e encontrar prazer no trabalho. Quando isso não acontece, a energia pulsional é acumulada no aparelho psíquico podendo refletir no corpo desencadeando perturbações e fadiga física (DEJOURS, 1992, 1999b).

O trabalhador é impedido de ser sujeito de seu comportamento e surgem conflitos decorrentes do confronto entre a personalidade e o desejo do trabalhador e a organização do trabalho que não lhe oferece a liberdade necessária para que possa usar suas aptidões no exercício do trabalho, culminando no sofrimento e na alienação (DEJOURS, 1992, 1999b).

O sofrimento é determinado pela insatisfação do trabalhador, tanto pelo fato de não ter no trabalho uma via de descarga de energia que seja efetiva e de acordo com sua

personalidade, como também no que se refere a desejos e motivações. O trabalhador, em confronto com a realidade, busca significação para as tarefas que realiza perante a organização do trabalho. Na existência do conflito, há sobrecarga comportamental e grande insatisfação do trabalhador pela falta de meios de canalização de suas pulsões. Esse contexto e o fato de o trabalhador estar inserido numa organização de trabalho influenciam seu funcionamento mental, pois tem que se submeter a ela para sobreviver (DEJOURS, 1992).

O trabalhador exposto e regido pela organização do trabalho vive numa realidade de sofrimentos determinados pela despersonalização, realização de tarefas que não requer o uso da imaginação e inteligência, isto é, desqualificadas e sem finalidade. Isto gera uma depressão e o trabalhador, com seus desejos e motivação bloqueados, torna-se cansado tanto fisicamente quanto psicologicamente, pois sua relação com o conteúdo significativo do trabalho não é satisfatória e o trabalhador fica então condicionado ao comportamento produtivo (DEJOURS, 1999b).

Quando a organização é muito rígida, o trabalhador não pode adaptar o trabalho a sua personalidade, às suas competências, pois a tarefa não é compatível com seu nível de qualificação. Assim, surge a frustração, a insatisfação e o sofrimento do trabalhador, sofrimento este que pode ser manifestado ou não e é controlado por um sistema de defesas. O trabalhador se sente impotente quando, ao usar seus mecanismos de defesa, constata que é incapaz de mudar a tarefa ou de encontrar uma significação ao realizá-la. Neste contexto, os mecanismos de defesa ou as estratégias defensivas têm como principal objetivo camuflar o sofrimento existente, o que explica o fato de trabalhadores apresentarem características de normalidade aparente mesmo estando em processo de sofrimento psíquico (DEJOURS, 1992).

Na origem do sofrimento, que leva à criação de estratégias defensivas, estão a organização prescrita do trabalho e a sua significativa distância da organização real, assim como as pressões exercidas constantemente sobre o trabalhador, as pressões do ambiente de trabalho. O trabalhador exposto a estas pressões que culminam no sofrimento exterioriza este sofrimento de várias maneiras. Portanto, podem-se identificar os conflitos interpessoais característicos de sofrimento por meio de comportamentos, condutas e atitudes dos trabalhadores que podem ser atitudes agressivas, comportamentos violentos, preocupações referentes a riscos; falta de relacionamento e interação entre os trabalhadores, o que caracteriza a falta de confiança e companheirismo entre eles, gerando conflitos e tensões.

Para tentar contornar ou camuflar o sofrimento, os trabalhadores usam as ideologias defensivas, como deixar de tomar iniciativas e assumir responsabilidades, se fechar, não se comunicar com os outros e passar a se preocupar somente consigo, desconfiando dos colegas

de trabalho que poderiam estar tentando prejudicá-lo de alguma maneira. Assim, o relacionamento é rompido para evitar conflitos (DEJOURS et. al., 1994).

O trabalhador inserido numa determinada organização de trabalho é submetido constantemente, a uma tensão psíquica. Toda energia pulsional acumulada necessita de uma via de descarga, isto é, precisa ser canalizada de maneira apropriada. Esta via de descarga o trabalhador deveria encontrar na própria organização do seu trabalho a fim de assegurar um equilíbrio, rebaixando a tensão e conseqüentemente diminuindo a carga psíquica. Mas o que se nota na organização do trabalho é exatamente o oposto, tornando o trabalho fatigante por não oferecer a via de descarga necessária, a energia é acumulada e ocorre conflito entre o desejo do trabalhador e a real organização do trabalho.

No conteúdo significativo do trabalho a adaptação do conteúdo da tarefa às competências reais do trabalhador pode desencadear situações de subemprego de suas capacidades ou situações complexas com risco de um fracasso. Os fatores que envolvem tais situações envolvem a dificuldade prática da tarefa, a significação da tarefa acabada em relação a uma profissão e o estatuto social implicitamente ligado ao posto de trabalho (DEJOURS, 1992).

Isso posto observamos que o mundo do trabalho as organizações empresariais impõe grande tolerância dos trabalhadores às pressões e ritmos de trabalho, que se tornaram “infernais”. O fantasma do desemprego e da exclusão impõe um sofrimento moral aos trabalhadores, que se preocupam em resistir. Assim, a precariedade não atinge somente os trabalhadores em situação precária: tem consequência para os trabalhadores de modo geral. Todos vivem sob a ameaça de demissão, surgindo então o medo e a submissão.

Dejours (1999b) identifica quatro consequências da precarização do trabalho:

- (1) intensificação do trabalho e aumento do sofrimento subjetivo [...];
- (2) neutralização da mobilização coletiva contra o sofrimento, contra a dominação [...];
- (3) desenvolvimento da estratégia defensiva do silêncio, da cegueira e da surdez, [...] negando o sofrimento alheio e calando o seu. Cada um deve se preocupar em ‘resistir’. Quanto ao sofrimento alheio, [...] ‘não se pode fazer nada’ [...] Para resistir, portanto, convém fechar os olhos e os ouvidos ao sofrimento e à injustiça infligidos a outrem [...];
- (4) [...] o Individualismo, o cada um por si. (DEJOURS, 1999b, p. 51)

A condição atual do mundo trabalho, para Dejours (1999b), impõe uma fragilização da cooperação cuja origem está no próprio contexto de precarização que impõe medo e submissão. Para o autor, o ideal da cooperação implica o reconhecimento da contribuição de cada um, supõe acordos que só são possíveis, em condições em que se estabelece a confiança. A precarização da cooperação, embora ainda permita a mobilização subjetiva da inteligência,

resulta da clivagem e dos afrontamentos no seio da equipe, e assim representa um clima de desconfiança e falta de reciprocidade.

Sob influência do medo, por exemplo, com a ameaça de demissão pairando sobre todos os agentes de um serviço, a maioria dos trabalhadores se mostra capaz de acionar todo um cabedal de inventividade para melhorar sua produção (em quantidade e qualidade) bem como para constringer seus colegas, de modo a ficar em posição mais vantajosa do que eles. (DEJOURS, 1999b, p.58).

Dejours (1999b) destaca também que no âmbito das empresas contemporâneas, é utilizada como estratégia defensiva a tolerância, a não denúncia e até mesmo a participação em injustiças e sofrimento infringidos a outrem, desde ameaças, manipulação, até mesmo imposição de realizar o que se reprova moralmente, opondo ao sofrimento oriundo dessas práticas, uma negação coletiva. Assim, instituem-se condutas de silêncio, eufemização e “banalização do mal”, que podem ser interpretadas como ideologias defensivas que visam ao apagamento dos conflitos de ordem moral. (DEJOURS, 1999b)

#### **2.4 Alternativas e mudanças**

O contexto extremamente competitivo que se instituiu com a globalização e a internacionalização da economia impõem um ambiente de mudanças constantes exigindo das empresas uma enorme capacidade de adaptação e velocidade de reação. Essas transformações nos sistemas de produção levam a mudanças importantes nos modos de viver, trabalhar e adoecer. Numa sociedade marcada por desigualdades crescentes e demandas por agilidade com mudanças em curto prazo, o desencantamento se torna frequente afetando o conteúdo do trabalho e as condições de gestão da saúde no trabalho.

A precarização das relações trabalhistas com vínculos instáveis, a deterioração das condições de trabalho e a perda dos direitos do trabalhador causaram graves efeitos na força de trabalho em saúde.

Neste contexto emerge demandas por mudanças nos processos de desenvolvimento dos trabalhadores que incluem a superação dos modelos tradicionais e uma postura proativa dos gestores e comprometimento e responsabilização dos profissionais na discussão e implantação de políticas de saúde.

Campos (1994) nos leva a reflexão ao indagar.

O homem morreu ?

A humanidade teria sido aprisionada pela mídia, pelo mercado, pelo poder institucional, perdendo, em decorrência, quase toda a capacidade de iniciativa?

Nenhum serviço público conseguiria funcionar com eficiência e equidade?

Todos os movimentos populares e entidades sindicais estariam condenados à prisão do corporativismo e à paralisia decorrente de burocratização?

Na vigência real de todos esses impasses, alguém ainda acreditaria na possibilidade de mudanças, de reformas, ou revoluções, com sentido humano e democrático?

Como recuperar a vontade dos indivíduos, grupos e coletividades, de maneira a compor-se uma massa crítica apta a construir novos projetos?(CAMPOS, 1994, p. 29)

O autor aponta ser possível promover processos de mudanças nas e a partir das pessoas/sujeitos, como também no funcionamento das instituições/sistemas/organizações/redes/ estabelecimentos de saúde, mediante movimentos moleculares e multicêntricos. Indica estratégias/diretrizes para temas e questões que matem pertinência, e continuam a ser desenvolvidas pelo autor como: reformulação da estrutura e das maneiras de governar serviços públicos de saúde; reordenação da clínica e da saúde pública e constituição de novos protagonistas da reforma (produção de sujeitos). (CAMPOS, 1994)

Com a efetivação, na década de 1980, do Sistema Único de Saúde, ocorreram significativos avanços na acessibilidade aos serviços de saúde, qualidade de ações e utilização de recursos transformando assim a qualidade do modelo de atenção prestada à população.

O processo de democratização no Brasil levou a um fortalecimento da opinião pública e a um aumento na cobrança por melhores resultados do Estado e de suas organizações. Ou seja, a sociedade passou exercer significativas pressões no sentido de uma maior competência do Estado em suas funções de formulação de políticas, coordenação, regulação e prestação de serviços.

A descentralização de políticas públicas, como ocorreu no SUS, ao transferir para níveis mais periféricos as decisões e as ações antes centralizadas, também, contribuiu para a construção de um novo papel para as organizações e seus gestores. Ao lado da democratização, a descentralização de funções e de responsabilidades possibilitou à sociedade novos instrumentos de cobrança e fiscalização da execução das políticas e tornou possível a exigência de respostas efetivas às suas demandas.

A implementação e operacionalização do SUS, de acordo com os princípios definidos pela Constituição Federal e pelas leis que a regulamentam, definiram novas exigência que resultaram em estruturas organizacionais coerentes com as transformações das práticas no setor.

As organizações de saúde por trabalharem com saúde são complexas, já que, o próprio conceito de saúde é variável e incorpora dimensões bastante ampliadas, basta ver a definição do texto constitucional de saúde “como direito de todos e dever do Estado”. Ao mesmo tempo

o conceito e as percepções de saúde dos indivíduos incorporam aspectos éticos, morais, sociais, econômicos, religiosos, dentre outros. Os profissionais de saúde atuam em campos com valores éticos e morais como a influência sobre a vida e a morte; relação entre sigilo profissional e direito à informação; escolha entre prioridades num contexto de escassez e outros tão complexos quanto estes. O trabalho em saúde demanda alta qualidade e exige que os profissionais considerem seus próprios valores e se adaptem às expectativas e necessidades dos usuários.

Campos (2007b) ao abordar a tema trabalho questiona.

Trabalha-se em função do próprio desejo ou apenas sobre a vivência biológica social? O trabalho seria uma servidão imposta aos homens desde que foram expulsos do paraíso ou um meio para concretizar seus desejos mais sagrados? Trabalha-se para assegurar a sobrevivência ou também para produzir alguma obra? (CAMPOS, 2007b, p.51).

O conceito de obra, a que Campos se refere, diz respeito ao reconhecimento do resultado do trabalho quando se consegue aproximar e articular o objeto de investimento afetivo e criativo do trabalhador, com suas responsabilidades profissionais (encargo sanitário e finalidades organizacionais), com a produção em saúde (efetividade no trabalho), com reconhecimento, tanto pelo trabalhador que o produz como pela sociedade, do valor e dos resultados de seu trabalho. O autor faz crítica à organização fragmentária do trabalho em saúde e da lógica gerencial hegemônica, que responsabiliza os trabalhadores por tarefas e procedimentos de pouco significado, sem espaço criativo, distanciando-os de “sua obra”, do entendimento e da celebração de resultados finalísticos da organização, com consequente alienação e desmotivação.

A produção da Obra não elimina o trabalho penoso, mas permite relações mais afetivas e prazerosas com o trabalho. Uma Obra de todos, mas que contaria também com a contribuição singular de cada um. Obra de todos que coparticipam, funcionando como coautores na história de cada organização. (CAMPOS, 2007b, p.133)

O autor aposta na possibilidade de criação de situações singulares por meio da construção de graus de autonomia por parte do trabalhador, que passa a integrar projetos que permitam produzir sentido para a ação. Tal possibilidade relaciona-se à construção de um novo conceito de trabalho entendido como atividade criativa e produtora de valores de uso. Dessa forma, o trabalho deve ser visto como um dos planos essenciais para a constituição de sujeitos, levando a uma recomposição dos postos de trabalho no interior dos espaços organizacionais.



O aumento da autonomia e realização de Obra no trabalho implica na ampliação do objeto de trabalho (o que se responsabiliza o encargo, objeto em que se vai atuar, ou seja, o indivíduo doente ou com risco de adoecer em um dado território de trabalho ou moradia); dos *objetivos* da atenção em saúde (melhoria, resolução de problemas, necessidade de saúde, aumento da autonomia dos sujeitos, produção de valores de uso); e dos meios de intervenção (equipe transdisciplinar, adensamento tecnológico, atividades e promoção à saúde no território, trabalho extra e inter setorial); e na conseqüente ampliação do que necessita ser conhecido (campo de saberes), do que necessita ser ensinado (formação), do papel e da responsabilidade dos profissionais. (CAMPOS, 2006, 2007b)

O trabalhador de saúde é autogestor. Esse profissional necessita operar com autonomia sobre seu processo de trabalho, pois principalmente no caso da saúde é necessário um tipo de gerência que não bloqueie os fluxos de subjetivação, pois o trabalho mecânico tende a não promoção da saúde.

Há pessoas obrigadas a realizar um trabalho mecânico e que somente será cumprida a custa ou de vigilância controlada ou de estímulos econômicos no estilo pagamento por produtividade. Nunca se garantirá atenção da qualidade a partir destes instrumentos de gestão. (CAMPOS, 2007b, p.23).

O modo de organização dos serviços sempre foi pautado na lógica do saber profissional e das categorias, constituindo assim uma prática excludente e fragmentada restringindo a participação dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde.

Para Campos (2007b) a validação dos arranjos organizacionais deve ser feita pela capacidade da organização de garantir sua tríplice finalidade: produção de saúde com eficácia e efetividade da atenção, produção de autonomia, bem-estar e valorização dos trabalhadores e sua sustentabilidade e reprodução.

A alienação real dos trabalhadores é, portanto, a separação concreta e cotidiana, dos produtores da gestão dos meios de produção e do resultado de seu próprio trabalho. A expressão desse fenômeno é a impossibilidade de participar da gestão. (Campos, 2007b, p. 27)

Para o autor autonomia diz respeito à possibilidade de automover/agir dentro de normas ético-estéticas, técnicas/administrativas de uma instituição e do estado de direito de um dado país/mundo. Ela é sempre relativa e tem coeficientes. Pressupõe responsabilização por pessoas e pela natureza. Autonomia deve ser entendida como maior capacidade de compreender e de agir sobre si mesmo e sobre o contexto, com protagonismo, com maior

capacidade reflexiva e de estabelecer compromissos e contatos com outros. (CAMPOS, 1997, 2007b)

A Autonomia e o Protagonismo dos sujeitos e coletivos é um dos princípios norteadores da Política Nacional de Humanização – PNH – proposta pelo Ministério da Saúde, juntamente com Transversalidade e a Inseparabilidade entre Atenção e Gestão nos Processos de Produção de Saúde. A PNH preconiza a democratização das relações de trabalho, a valorização dos trabalhadores da saúde, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão integrando atenção e gestão e reorientando as práticas em saúde.

### 3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Nos últimos anos, o modo de administrar os serviços de saúde tornou-se uma possibilidade concreta de construir uma nova forma de produzir transformações para o Sistema de Saúde. Segundo Campos (1991) “a adoção de um dado padrão de gerência de sistemas de saúde é um elemento tão essencial à manutenção de um determinado padrão de serviço como à sua reforma radical.” Reforma que emerge das discussões por uma sociedade democrática e, que se consolidaram nos últimos quinze anos, em uma ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Contudo, questões relativas à micropolítica da gestão das unidades de saúde passaram a ter destaque na agenda dos gestores como real possibilidade de cumprir o que está escrito no texto constitucional de 1988, um novo dado a ser incluído no padrão de gerência do sistema.

Em 1986, o Ministério da Saúde e a sociedade civil (usuários, profissionais de saúde e intelectuais do movimento sanitário) organizaram a VIII Conferência Nacional de Saúde, porém o objetivo de que as propostas discutidas e votadas na plenária final da Conferência fizessem parte do texto constitucional brasileiro ainda se colocavam em um horizonte distante.

A garantia de todo cidadão ter direito à saúde veio com a Constituição de 1988, mas, no texto jurídico, a ideia apenas começava a ganhar corpo. A aposta em um Sistema Único de Saúde fora organizada com as seguintes diretrizes: descentralização com direção única em cada esfera de governo; participação da comunidade; e atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Hoje o SUS é uma realidade. O acesso aos serviços é, sem dúvida, mais amplo. Apesar do Estado mínimo defendido no bojo da reforma do Estado, no fim da década de 80 e no início da década de 90, há uma ampliação da atuação do Estado na área de saúde. Nos anos seguintes à promulgação da Carta Constitucional é possível destacar duas grandes conquistas para a institucionalização do SUS.

A primeira conquista cria condições legais para um sistema integrado por ações e serviços, com a participação do setor privado em caráter suplementar. A Constituição de 1988, a lei 8.080/90 e 8.142/90 são as garantias jurídicas para a superação do modelo hospitalocêntrico combatido pela Reforma Sanitária.

A segunda conquista diz respeito à organização dos serviços. Muitos avanços no sentido da descentralização foram alcançados e ganhou destaque um novo papel do município caracterizado como instância gestora e executora de serviços de saúde em sua área de

abrangência. Sacramentou-se assim o princípio do comando único, presente na Constituição Federal, que deu aos gestores do sistema (secretários municipais e estaduais de saúde e ministro da Saúde), responsabilidades de condução estratégica do sistema de saúde, de acordo com os principais princípios doutrinários e organizativos do SUS.

As propostas vinculadas ao SUS trazem implícita a exigência de que se cumpra o artigo 192<sup>1</sup> da Constituição brasileira. Nesse percurso de institucionalização também foram implementadas estratégias de gestão para o sistema, como Plano Diretor e Programação Pactuada e Integrada. A implantação e institucionalização de mecanismos administrativos guardam na criatividade da gestão o seu principal trunfo. Vale lembrar que de alguma forma a maioria da população brasileira utiliza os serviços do SUS. Neste sentido, essa proposta solicita uma gerência equânime na área de saúde. No mesmo movimento, ocorre a construção de novos modos de atenção que contemplam a saúde como um direito social, pois pensar a gestão é também pensar estratégias para a construção de formas de atender que considerem as principais mudanças paradigmáticas do modelo técnico assistencial marcado pela fragmentação e pela descoordenação das ações.

Entretanto, é necessário considerar dois aspectos fundamentais na construção da assistência à saúde no Brasil. O primeiro é a forma de oferecer serviços em saúde no país que desde a época das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)<sup>2</sup> toma por o modelo de compra de serviços médicos, caracterizando o exercício da prática liberal na saúde. Um segundo aspecto, quando a proposta é mudança, é o modo de administrar as organizações e os serviços de saúde. De acordo com Campos (1990) “não se desenvolveu, dentro deste modelo, uma teoria de gestão específica para serviços de saúde”. O que vem sustentando a administração em saúde no país são de um modo geral, as teorias do campo da administração, que entendem a organização como um sistema mecânico e fragmentado. Esta lógica mecanicista desconsidera a diretriz de unificação do sistema.

Campos (2007b) faz referência a Racionalidade Gerencial Hegemônica proposta por Taylor onde a disciplina e o controle são os eixos centrais da gestão.

---

<sup>1</sup> “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

<sup>2</sup> Esta era a forma como alguns trabalhadores, de determinadas categorias profissionais, do início do século XX, desfrutavam de assistência médica e aposentadoria. Uma parte do salário era destinada para as caixas, que compravam o serviço médico, e todos daquela categoria e seus familiares desfrutavam do benefício, já que nessa época este ainda não era um direito de todos os brasileiros.

A Racionalidade Gerencial Hegemônica produz sistemas de direção que e alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria. Estes sistemas, mais do que comprar a força de trabalho, exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e objeto de trabalho alheio (estranhos) a eles. (CAMPOS, 2007b, p. 23)

As organizações de saúde possuem especificidades no processo de trabalho, na clientela e no produto. São entidades caracterizadas pelo fato de o poder decisório, no que diz respeito à administração e à distribuição dos recursos, centrar-se sobre uma parcela importante dos profissionais operacionais: médicos, enfermeiros, entre outros. Para Mintzberg (1995), estas organizações formariam pirâmides ao concentrarem o poder decisório da produção no processo de trabalho desses profissionais. Tal estrutura possui trabalhadores altamente especializados em sua base operacional. A atividade desenvolvida tem um alto grau de autonomia, garantindo aí, as decisões das ações desempenhadas na organização. O controle e a coordenação das atividades tornam-se, assim, bastante complexos, com pouca ou nenhuma influência interna da administração sobre o modo de operacionalizar o trabalho.

Outra característica das organizações de saúde centra-se na missão e nos objetivos traçados para a instituição que, na maioria das vezes, difere dos objetivos dos profissionais nela alocados. Aliado à pulverização interna do poder, isso faz com que as metas a serem alcançadas pelas corporações profissionais se sobreponham às metas da organização. Esse mesmo exercício de poder, que dificulta o alcance dos objetivos institucionais agrega os trabalhadores em torno de interesses corporativos. O fim último da organização costuma diluir-se, nem sem prevalecendo a atenção ao usuário.

Segundo Campos (2007b) podemos pensar as organizações de saúde como produtoras de valor de uso. Para o autor, o valor de uso produzido se refere à eficácia da prática social presente nos estabelecimentos de saúde. “O trabalho mira necessidades sociais, mas produzem coisas de valor de uso, coisas potencialmente úteis, supostamente capazes de atender a necessidades. Diferença sutil, mas importante.” (CAMPOS, 2007b, p.49).

Nesta perspectiva, os serviços de saúde são organizações que concentram esta tensão. Segundo Merhy (2000) “nos serviços de saúde, o trabalho vivo em ato, produtor de bens finais, intervém permanentemente na dupla dimensão da gestão: é a ação sobre o processo de definição micropolítica da política e é a ação operadora da produção de bens.”.

Para Cecílio (1997) o processo de trabalho nas organizações de saúde quase sempre revela acordos entre os profissionais que podem configurar em alguns casos a presença de

um véis privatizante presente nas relações de trabalho. Ou seja, diferentes interesses perpassam a gestão, interesses estes que resistem a mudanças e fazem do poder seu aliado.

Campos (2006b) afirma que o modo de gerenciar a saúde deve considerar o SUS como fator estratégico à Reforma Sanitária, desde que o entendamos como instrumento de exercício democrático. Neste sentido, poder-se-ia utilizá-lo como estímulo à criatividade com o objetivo de formar sujeitos que transformem a realidade atual, garantindo acesso à saúde e às tecnologias que auxiliem a humanidade a ter uma vida mais saudável.

#### 4 A GESTÃO NO CONTEXTO BRASILEIRO

A discussão sobre a gestão é recente no Brasil, particularmente no âmbito da administração pública. A construção da saúde pública, no século XX, foi marcada pela crescente presença da articulação entre saberes que se debruçaram sobre o fenômeno da saúde e da doença e os que nortearam a organização e administração das ações em saúde. No começo do século ganharam notoriedade escolas clássicas como o “taylorismo” e o “fordismo” que foram adotadas como paradigmas para pensar a administração pública. (CAMPOS, 2007b)

A expansão da rede de serviços de saúde, com a incorporação da assistência individual e com o alargamento da ação estatal do bem-estar social vivida após a Segunda Guerra, serviu de base para a construção de competências nos terrenos da organização e administração.

Assim a temática da gestão foi paulatinamente entrando em cena na área de saúde, tanto como decorrência das tentativas de implementação de modelo de administração pública gerencial, no contexto de reforma do Estado, como também por seu reconhecimento pelo Movimento Sanitário como fator estratégico na construção do SUS, criando novas necessidades para o desenvolvimento de tecnologias de gestão em saúde.

As diretrizes do SUS são importantes instrumentos indutores de mudanças e modernização da gestão, incluindo aspectos relativos à organização da assistência, como sua humanização e também a busca de maiores níveis de desempenho e responsabilidade institucional para com os resultados alcançados.

Gastão Wagner de Souza Campos em suas formulações pensa a gestão enquanto componente estratégico para um sistema público de saúde. O referido autor representa uma determinada forma de pensar a Reforma Sanitária, trabalhada por mais de uma década por coletivos de saúde na região de Campinas. Campos (1991, 1994, 2007a, 2007b) em sua produção teórica, e em sua inserção em experiências concretas desenvolvidas no Laboratório de Planejamento e Administração do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, em conjunto com Luiz Carlos Cecílio e Emerson Elias Merhry, vem buscando a construção de um modelo de gestão e planejamento que “fale da defesa da vida mais do que da defesa dos interesses privados” (CAMPOS, 1994). São centrais as ideias de descentralização e autonomia de gestão como elementos de um processo de democratização da vida institucional. As contribuições de Campos são consideradas por Cecílio (1994) em dois grandes blocos. O primeiro trata da gestão da organização pública como parte da luta

pela construção de uma sociedade democrática. O segundo tratada de diretrizes para a operacionalização de uma nova forma de gestão.

Quanto ao primeiro, o desenvolvimento de formas de gestão democrática no interior do Estado “é visto como condição necessária, porém não suficiente para a reforma sanitária” (CECÍLIO, 1994, p. 270), não devendo, portanto, ser considerada como resposta para todos os males. A gestão é entendida por Campos como um fator estratégico para a construção do SUS, compreendida como exercício do poder, como uma prática voltada para “reverter o centralismo autoritário do poder de Estado, sempre no Brasil, exercido segundo interesses privados e em detrimento do bem estar público e a fazer com que o jogo da democracia seja utilizado para estimular a criatividade, o empenho transformador dos sujeitos sociais envolvidos com a produção de serviços.” (CAMPOS, 1991, p. 126).

O outro bloco de contribuições do autor diz respeito a diretrizes mais específicas da prática gerencial. Em primeiro lugar, encontra-se a ênfase na descentralização da gestão e do planejamento até as unidades ou equipes de trabalho, gerando autonomia para a organização do processo de trabalho. Como contrapartida, encontra-se a ênfase nas “planilhas de avaliação” como instrumentos “acordados” para o acompanhamento de resultados e, portanto, como instrumentos de prestação de contas, potencialmente favorecedores de um aumento de responsabilidade quanto aos resultados do trabalho. (CAMPOS, 1991)

Outro ponto central da visão do grupo de Campinas com relação ao modelo de gestão diz respeito à conformação de instâncias colegiadas de direção ampliando e estimulando a participação dos profissionais em vários níveis da gestão – das unidades de trabalho à gestão superior, e também a participação de usuários.

O último aspecto fundamental desta proposta diz respeito ao trabalho em equipe. O processo de as categorias profissionais com objetivos mais claramente identificáveis, tentando romper com a lógica corporativa de organização das linhas de mando ou de produção.

Mais recentemente, o autor tem valorizado a perspectiva de autogestão através da conformação de estratégias de gestão da micropolítica irrigada pelo “fortalecimento do sujeito”, pelas questões da autonomia e do prazer no trabalho (CAMPOS, 2007b). Neste sentido o autor acredita ser possível a “interferência na produção de subjetividades” inventando “uma geometria organizacional que facilite esses contratos e movimentos e que não obrigue Sujeitos e Coletivos à imobilidade”. Neste contexto aponta a importância de construir “Objetivos de investimento – ainda que parciais e transitórios” (CAMPOS 2007b).

Campos (2000) aposta nos dispositivos coletivos para “assegurar a formação de



compromisso entre o interesse público (expresso nas necessidades sociais) e o privado expresso pelos trabalhadores”, como também para construção de uma cogestão, acreditando no potencial dos momentos instituintes como possibilidade de “recompor Interesses e Desejos dos distintos agrupamentos, de forma que construa uma sociabilidade solidária e democrática” (CAMPOS, 2007b).

A cogestão, realizada em Espaços Coletivos, é um caminho para a democratização e para a progressiva desalienação da maioria. A desalienação absoluta é uma utopia, o Método da Roda aposta na possibilidade de se instituírem sistemas de cogestão que produzam tanto compromisso e solidariedade com o interesse público, quanto a capacidade reflexiva e autonomia da produção. A construção e o funcionamento dos Espaços Coletivos considerados uma questão metodológica. (CAMPOS, 2007b, p. 28).

Onocko (2007) comenta a gestão em duas dimensões conforme a visão de José Saramago: gerir e gerar.

Cria a natureza as suas diversas criaturas com admirável brutalidade. Entre mortos e aleijados, considera, não faltará quem escape para garantir os resultados da gerência, modo ambivalente e, portanto equívoco de substantivar o gerir e o gerar, com aquela confortável margem de imprecisão que produz as mutações do que se diz, do que se faz e que se é [...] (JOSÉ SARAMAGO 1999, p. 45).

A dimensão do gerir sempre dominou na gestão clássica amarrada ao exercício do poder e pautada no aumento da produção de mais-valia e da produtividade. (ONOCKO, 2007)

A autora discute a gestão como um espaço de intervenção e nela espera-se que o gerente do SUS exerça uma função diferenciada. Propõe questões relevantes como formação técnica em gerência e saúde, entendimento para abordar questões provenientes da grupalidade e da produção de subjetividade institucional e estimular a autonomia e criatividade da equipe. (ONOCKO, 2007)

Assim, propõe que a gestão tenha um lugar e um tempo, onde sejam criados espaços coletivos de discussão sendo assim possível formular projetos e experimentar a “grupalidade”. (ONOCKO, 2007)

Onocko (2007) entende a gestão como um processo vinculado ao tempo possibilitando o acontecimento. A ideia da gestão como algo em movimento – produção de um trânsito ou passagem, onde a ordem e a desordem convivem para dar sustentação, de um lado a processos produtivos e de outro a processos criativos e de mudanças.

Entre as dores das quebras e rupturas e as alegres dores do parir. Talvez a metáfora do parto nos devolva a dimensão geratriz: dores de parto ninguém esquece, contudo, ninguém passa a vida sofrendo por elas. Pois, ao final, o que importa é que essa dores anunciam o teimoso e persistente recriar da vida. (ONOCKO, 2007, p. 147).

Todavia, o avanço do projeto neoliberal nas políticas públicas como também a própria dinâmica da sociedade contemporânea vêm se mostrando como obstáculos para que as mudanças ocorram no sentido almejado pelo Movimento Sanitário e talvez estejam sendo minimizados nas abordagens dos autores acima considerados. O contexto atual, nas sociedades contemporâneas e particularmente no Brasil, mostra-se adverso às construções coletivas. Sob o domínio da fragmentação, da tendência à massificação, ao conformismo, sob a égide do individualismo tem havido uma perda progressiva de referências ideológicas limitando, portanto, as possibilidades de construção de acordos e compromissos que fortaleçam a dimensão pública e social das organizações públicas. Portanto, é preciso reconhecer que essas questões atravessam as organizações públicas de saúde e tornam-se importantes restrições à construção de projetos coletivos que favoreçam a solidariedade e a responsabilidade.

Nesta perspectiva cito o comentário de Barros (2009):

[...] estamos perante um cenário bastante complexo, pois discutir a gestão em saúde terá que passar, necessariamente, pela problematização de escolhas que fazemos de como lidar com o que se constitui, a nosso ver, vetores-dobras inseparáveis do campo da saúde: sujeitos (desejos, necessidades, interesses), processos de trabalho (saberes), poder (modos de estabelecer as relações) e políticas públicas (coletivação dessas relações). (BARROS, 2009, p. 62)

#### 4.1 A gestão, o trabalho e seus efeitos

No âmbito dos serviços de saúde encontramos traduções do processo de desvalorização da vida que se faz presente no âmbito coletivo e individual em nossa sociedade.

Benevides e Barros (2009) em seu texto da dor ao prazer no trabalho abordam as situações vividas no mundo do trabalho nos Serviços de Saúde.

Relatos de trabalhadores que nos chegam a partir das situações vividas nos Serviços de Saúde apontam, insistentemente, para a relação dor-desprazer-trabalho. Tal relação, desde há muito sinalizada, merece ser posta em análise quando acompanhamos as mudanças no modo de produção no contemporâneo caracterizado pela precarização das relações de trabalho pela contínua perda dos direitos de proteção ao trabalhador, pelas instáveis formas de contratação, pelo baixo investimento em processos de educação permanente, pelos fracos vínculos que os trabalhadores estabelecem nos e com os seus espaços/processos de trabalho” (BENEVIDES E BARROS, 2009, p. 61)

As autoras incluem neste debate a gestão.

[...] ‘a gestão não é apenas a organização do processo de trabalho, mas é o que se passa entre vetores-dobras que o constituem’. Os vetores, entretanto, não estabelecem entre si relações deterministas ou determinadas, mas relações de intercessão, sustentadas num princípio de inseparabilidade e co-extensão, de tal modo que tais vetores configuram-se bem mais como dobras de um plano de produção. (BENEVIDES e BARROS, 2009, p. 62).

Assim sugerem.

Pensar a gestão em saúde é pensar modos de produção comprometidos com a vida. Neste sentido, vale lembrar que o que está em jogo não pode ser colocado no ampliado e diversificado mercado de bens de consumo capitalista. Importante alertar também que os parâmetros de avaliação de eficiência, eficácia, efetividade dos processos de gestão tem que levar em conta outros fatores, outros riscos. (BENEVIDES E BARROS, 2009, p. 65).

Torna-se importante identificar possíveis implicações que as formas contemporâneas de subjetivação trazem para a gestão e para o trabalho gerencial. O contexto de individualismo, narcisismo e de baixa responsabilidade para com o outro e a fragilidade das regulações simbólicas representam obstáculos para construção de projetos coletivos que se voltem para a valorização da vida, mas que também representem a possibilidade de aumentar o nível de responsabilidade das organizações para com sua missão pública e social, enfim, perante seu funcionamento e resultados.

Pensar a prática gerencial é reconhecer o seu atravessamento pela violência exercida pelo poder legítimo, mas não só aquela a serviço do “mal”, mas também a que emerge para propiciar a mudança, a criação. Por outro lado, compreender a organização como lugar de expressão do jogo do poder e do desejo é admitir que todos estão expostos à violência.

Se a gestão, compreendida como espaço do exercício da função de liderança, implica tomar a palavra, em falar em nome do grupo, estará sempre presente o risco da ilusão de onipotência do dirigente e a presença de práticas violentas, onde o outro passa a ser somente instrumento de seu desejo. Todavia, não se exerce o poder inerente à função de gestão, sem algum nível de violência, mesmo que para possibilitar a criação.

Assim posto, Benevides e Barros (2009) propõem a ampliação da gestão sugerindo a inseparabilidade de saberes, sujeitos e poderes.

Aumentar o grau de autonomia dos trabalhadores nos processos de pensar-fazer seu trabalho, ampliar o grau de abertura aos processos de criação sustentando a indissociabilidade entre atenção e gestão, no caso do processo de trabalho em saúde, permite, a nosso ver, transitar da dor ao prazer no trabalho sem que com isso caiamos na banalização do sofrimento ou na idealização do prazer. (BENEVIDES E BARROS, 2009, p. 70).

## 5 METODOLOGIA

Nas ciências sociais, particularmente nas décadas de 70/80, há um movimento que procura romper com o domínio das análises estruturalistas correspondendo então a um “retorno do ator”. No âmbito da sociologia, particularmente de uma sociologia da ação, se desenvolvem abordagens qualitativas que permitem uma análise da construção social na sua relação com o sujeito. Neste contexto, há uma redescoberta da história de vida, do relato biográfico, como estratégia fundamental de pesquisa do universo singular, cotidiano e dos processos subjacentes a condutas coletivas. Esta abordagem é próxima a outros métodos que também acentuam o papel dos processos sociais e psíquicos, a forma como são vividos, rememorados e interpretados por sujeitos concretos, como é o caso da observação participante e também da pesquisa-ação, pesquisa intervenção, entre outros.

No Brasil é importante destacar o estudo de Ecléa Bosi (2001) sobre a “memória de velhos” no qual o registro da memória de pessoas idosas e anônimas de São Paulo pode propiciar não apenas acesso à memória pessoal, mas também à memória social, familiar e grupal: história de São Paulo e história de trabalhadores anônimos. Para a autora “cada memória individual é um ponto de vista sobre a memória coletiva” (BOSI, 2001 p.413) A autora, de modo poético e sensível, articula em sua obra duas realidades: a memória e a velhice. Ela realça em seu trabalho a compreensão do rememorar como reviver, refazer, como possibilidade de reconstruir “com imagens e ideias de hoje, as experiências do passado” (BOSI, 2001 p.55).

O pensamento e toda a elaboração intelectual que se desenvolve na narrativa é produto de um trabalho, o trabalho de refletir e recordar que é acima de tudo um “trabalho da memória” (BOSI, 2001).

A narrativa expressa, de modo privilegiado, o atravessamento entre história e vida cotidiana. A fonte oral “sugere mais que afirma, caminha em curvas e desvios, obrigando a uma interpretação sutil e rigorosa” (BOSI, 2003 p.20).

O trabalho com depoimentos possibilita a emergência de modos distintos de encaminhamento dos sujeitos. Há, na visão de Bosi, “a revelação do desnível assustador de experiência vivida nos seres que compartilharam a mesma época: a do militante penetrado pela consciência histórica e a dos que apenas buscaram sobreviver.” (BOSI, 2003 p.19).

A narrativa de vida é um método por excelência da pesquisa biográfica, significa uma via de exploração e análise de fenômenos e processos coletivos. Essa perspectiva ganhou grande fôlego particularmente através dos trabalhos de Daniel Bertaux, na década de 70, correspondendo a uma visão etnossociológica em que as narrativas de vida são consideradas como narrativas de práticas sociais. (BERTAUX, 1997).

Bertaux (1997) concebe a narrativa de vida, como um estudo de um objeto social, fragmento particular da realidade social-histórica. Em sua perspectiva, a narrativa deve propiciar uma análise de determinado mundo social, sua lógica de produção e os contextos sociais no seio do qual se inscrevem, contribuindo para sua reprodução e transformação.

Assim, a abordagem deste autor implica um trabalho sobre o conjunto de narrativas. Entre os objetivos da pesquisa etnossociológica encontram-se (i) a análise de mundos sociais centrados na atividade profissional, como é o caso, por exemplo, de uma padaria artesanal, do taxi, da polícia, do ensino primário; (ii) a compreensão de fenômenos envolvendo categorias de situação, como por exemplo, pais divorciados, toxicômanos, desempregados, etc.; (iii) análise de trajetórias sociais. (BERTAUX, 1997).

A perspectiva da Etnosociologia de Bertaux (1997) compreende assim, as narrativas de vida como narrativas de práticas em situação. Este é um dos eixos teórico-metodológico que orientam as narrativas dos gerentes de unidades de saúde colhidas e analisadas neste trabalho.

A presente pesquisa procura compreender através da narrativa dos gerentes, o universo da gestão e o trabalho gerencial.

O universo da investigação foram gerentes de Unidades de Saúde e de Programas do nível central da Secretaria Municipal de Saúde de Pirai e a seleção foi realizada através de um sorteio.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (CAAE 0017.0.259.000-11), em 27 de junho de 2011.

Este estudo orientou-se então pela compreensão de Bertaux (1997) quanto à função do material empírico: deve subsidiar a descrição do mundo social e a construção de um conjunto de hipóteses. A narrativa de vida na perspectiva do autor deve permitir interpretações, mais que explicações, dos fenômenos observados, procurando compreender o percurso biográfico do indivíduo em interação constante com o percurso do conjunto, e reformular a oposição entre o universo objetivo e subjetivo.

## 6 ENTREVISTAS

### 6.1 Trabalho de campo

A narrativa de vida refere-se à história tal como uma pessoa a conta, resultante de uma forma particular de entrevista, a entrevista narrativa, onde o sujeito é incitado a contar (BERTAUX, 1997).

Sobre a natureza da entrevista narrativa é fundamental destacar que “da qualidade do vínculo vai depender a qualidade da entrevista” (BOSI, 2003 p. 60) Este contexto ressalta Bosi, envolve uma responsabilidade pelo outro e assim uma dimensão ética e ao mesmo tempo representa a participação em “uma aventura comum”: “Se não fosse assim, a entrevista teria algo semelhante ao fenômeno da mais-valia, uma apropriação indébita do tempo e do fôlego do outro.” (BOSI, 2003).

Os contatos com os entrevistados foram realizados por mim através de ligação telefônica. As entrevistas foram realizadas em local reservado e sem interrupção, registradas por gravação e realizadas ao longo de um período de dois meses - entre junho e julho de 2011.

Foram realizadas quatro entrevistas. Quanto à duração, a entrevista mais curta foi de trinta e um minutos e cinquenta e cinco segundos a mais longa de uma hora e vinte e um minutos.

O tempo de duração da entrevista pautou-se pela disponibilidade do entrevistado. Estabeleci como um tempo razoável de duração cerca de meia hora. Em alguns casos foi necessário o estímulo através de maior número de perguntas. Em outros, o próprio entrevistado, a partir das observações iniciais, conduziu-se mais livremente.

Os encontros para entrevista fluíram tranquilamente e ocorreram apenas duas remarcações com dois gerentes em função de compromissos de última hora.

Previamente ao início da entrevista, procurei definir um “acordo” que esclarecesse o mais possível o objeto da pesquisa, os recortes temáticos adotados, suas pretensões como também acordar e esclarecer a forma de organização do trabalho, sua duração presumível, e o registro por gravação. Antes do início da entrevista o termo de consentimento livre e esclarecido era lido e assinado e uma cópia permanecia com entrevistado.

O uso do gravador permite aumentar o poder de registro, permitindo o acesso permanente à viva voz. Permitem ter acesso às pausas, manifestações da entonação de voz, permitindo uma melhor compreensão da narrativa. Em nenhuma entrevista houve problema na gravação, todas foram perfeitamente compreendidas e preservadas.

Optei por não apresentar a transcrição completa dos depoimentos e sim fragmentos, curtos ou mesmo longos, que fossem significativos para o objeto de minha pesquisa.

Ainda no âmbito dos procedimentos de pesquisa deve ser informado que o nome de todas as unidades, gerentes, municípios mencionados foram substituídos procurando-se deste modo garantir o anonimato dos entrevistados.

## 6.2 O processo de entrevistas

Já havia um conhecimento prévio dos quatro entrevistados, pois de alguma forma, em um município pequeno e também exercendo o cargo de gerente o contato profissional era inevitável. Penso ter sido este um elemento facilitador, pois todas as entrevistas ocorreram num clima amistoso e tranquilo ao lado do reconhecimento por parte de alguns, da importância das entrevistas como oportunidade de reflexão.

*“[...] falei pra caramba, mas [...] parece até uma terapia, foi bom [...] uma oportunidade de refletir.” (Helena).*

As entrevistas se desenvolveram em torno de duas linhas, ou seja, a trajetória profissional e a prática gerencial atual. Iniciamos pela história profissional, tratando então a trajetória a partir da graduação e neste contexto, surgiram elementos da história social e familiar como também eventos e situações relativas às primeiras experiências profissionais e ao ingresso nos serviços de saúde. Procurei compreender especialmente as passagens que se fizeram presente entre a assistência e a gestão, os processos que os levaram ocupar a função de gerência, e particularmente, a serem designados para o cargo atual. No âmbito da história profissional foram ainda exploradas as experiências gerenciais anteriores, nos casos específicos.

Quanto à prática gerencial atual procurei considerar o âmbito da ação, a abrangência, os focos do trabalho gerencial a visão gerencial e o modo de funcionamento da gestão.

### 6.3 Breve apresentação dos entrevistados

Foram entrevistados quatro gerentes todos do sexo feminino. Considerando a profissão exercida pelas gerentes: duas são médicas e duas enfermeiras.

Das quatro gerentes entrevistada, duas já haviam exercido cargo de gerentes em outros municípios ou outros serviços de saúde. A seguir, uma breve síntese do percurso de cada uma.

Helena (Unidade 1) é enfermeira e graduou-se em 1999 e das entrevistadas é a única que vem exercendo de forma ininterrupta o cargo de gerente, está há dez anos na função gerencial Iniciou sua carreira na Estratégia de Saúde da Família como gerente em vários municípios: seis meses no município B numa unidade pequena em 2000 e no município A durante três anos, de 2000 a 2003, numa unidade maior com oito mil pessoas. No município R exerce a função de enfermeira num programa no setor privado de prevenção do controle de hipertensão e diabetes que acaba por integrar a questão da cirurgia bariátrica no período de 2003 a 2005. A pesar de não ser a gerente do programa assume esta função de maneira indireta, pois a gerente não vivenciava a rotina do serviço devido à carga horária. Neste mesmo município, em 2005 é convidada para gerenciar uma unidade com três equipes do Programa Saúde da Família e doze mil pessoas, onde permanece por dois anos. Com a ampliação do Programa de Saúde da Família, o município R decide agrupar nesta unidade, mais três equipes e é convidada a permanecer na gerência e agora com seis equipes sob sua coordenação pelo período de um ano e meio. Em 2007, realiza o Curso de Especialização de Sistemas e Serviços de Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP.

O município R resolve implantar o Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da Família e Helena é convidada pela Secretária de Saúde a gerenciar tal programa com um a abrangência de doze equipes, onde fica por alguns meses. Quando muda a gestão municipal local é exonerada sem explicações em 2008.

Após quatro meses desempregada, assume em 2008 a direção de enfermagem do Hospital M, mesmo sem experiência prévia, por ter trabalhado anteriormente no Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da Família com o então diretor deste hospital. Mesmo reconhecendo o bom desempenho realizado nesta unidade, aceita em 2009 o convite do município de Piraí, em para assumir um cargo de gerente, considerando assim um novo desafio.

Ana (Unidade 2) é enfermeira e formou-se em 1983. Sua área de interesse era médico cirúrgico e iniciou sua carreira como plantonista na emergência de um hospital geral no município X. Em 1990 prestou concurso público para o município B onde exerceu a função



de enfermeira numa unidade de saúde e em 1993 foi convidada para ser enfermeira do Programa de Saúde da Família. Como reconhecimento de seu trabalho em 1995, recebeu convite para compor a equipe de gestão que estava implantando o Programa de Saúde da Família em sua rede no município R. Realizou Especialização de Gestão na Estratégia Saúde da Família. Com a mudança do governo local no município R a política pública de saúde até então adotada foi alterada e a equipe que compunha a gestão se desfez. Assim em 2001, Ana procurou a Secretária de Saúde do Município de Pirai na perspectiva de conseguir a função de enfermeira no Programa de Saúde da Família. Naquela época foi então convidada pela Secretária de Saúde a assumir um cargo de gerente na unidade C. No município de Pirai teve oportunidade de realizar Curso de Especialização de Sistemas e Serviços de Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Encontra-se há 10 anos nesta mesma função.

Mônica (Unidade 3) iniciou a faculdade de enfermagem em 1989 e no ano seguinte ingressou na faculdade de medicina e se graduou em 1995. Realizou estágios em urgência e emergência e cirurgia geral durante a graduação. Apresenta uma prática profissional diversificada, marcada pelo trabalho em entidades da sua especialidade médica no município X. Em 2005, por motivos pessoais, resolveu mudar para o município de Pirai e iniciou, em maio, a função de médica da Estratégia de Saúde da Família onde permaneceu por três anos. Em novembro de 2008 foi convidada para ser gerente da unidade de saúde D no município de Pirai.

Observa-se que em sua história profissional prevalece a prática médica, enquanto a prática gerencial mostra-se mais recente e de certo percebida como inesperada em sua história profissional. Sua experiência como gerente corresponde unicamente a sua prática atual na unidade D, onde se encontra há três anos.

Isabel (Unidade 4), a mais nova do grupo, formou-se em medicina no ano de 2008. Iniciou sua carreira como médica na Estratégia Saúde da Família no município de Pirai em julho de 2008 onde permaneceu por um ano e meio. Iniciou Pós-graduação em Gerenciamento de Atenção Básica em 2009. Em outubro de 2010 foi convidada para exercer o cargo de gerente da unidade E do município de Pirai, sendo entre as entrevistadas a que tem menor tempo na função de gerente.

A Secretaria Municipal de Saúde de Pirai ofereceu oportunidade de seleção para o Mestrado Profissional em Administração de Gestão de Sistemas de Saúde no Instituto de Medicina Social na Universidade Estadual do Rio de Janeiro no ano de 2009 para todas as entrevistadas. Algumas delas estão cursando o Mestrado Profissional, porém para que suas identidades fossem preservadas optei por não fazer referência a nenhuma delas.

## 6.4 Vivências e caminhos profissionais

### 6.4.1 Prática profissional

No início de carreira, encontramos nas histórias profissionais, as entrevistadas buscando se inserirem no mercado de trabalho, inicialmente realizando cursos, estágios, especializações e conquistando os primeiros vínculos empregatícios. Em alguns casos, de forma minoritária, encontra-se também a prática privada:

*“Desde meu segundo ano da faculdade eu fiz estágio no Hospital A [...] tudo voltado para medicina de urgência e emergência e cirurgia geral que era meu foco, minha visão era para essas áreas.” (Mônica).*

*“Em 95 fiz meu internato na Clínica Cirúrgica, Cirurgia Plástica e CTQ que era meu foco porque era o foco voltado a área cirúrgica.” (Mônica).*

*“Então eu fui para o hospital privado de urgência e emergência [...] neste mesmo ano eu me incluí no serviço A voltado ao processo de trabalho em condutas pré-hospitalares.” (Mônica).*

*“Tentei uma prova de residência em obstetrícia passei na primeira fase e na segunda não passei e aí fui tentar emprego.” (Helena).*

*“Vim para o município R e eu fui trabalhar num programa de plano de saúde privado lá eu não era gerente. Era um programa de prevenção de hipertensão e diabetes e mais tarde se tornou para a obesidade, pois começou a questão da cirurgia bariátrica [...] passava por uma auditoria médica para dificultar.” (Helena).*

A inserção da grande parte das entrevistadas no Programa de Saúde da Família traduz a posição central que ocupa este programa como modelo de atenção à saúde. Durante a década de 1990, o Ministério da Saúde fortaleceu as ações de caráter preventivo com investimentos em programas de ações básicas como parte da estratégia de reorganização do próprio modelo de atenção, especialmente à promoção à saúde.

A formulação do Programa de Saúde da Família foi estimulada por estes antecedentes e se materializou com a Portaria MS nº 692, de dezembro de 1993. Desde sua origem foi

concebido como um programa especial vinculado ao modelo sanitário e posteriormente redefinido como uma estratégia de mudança do modelo assistencial. Embora rotulado como programa fugisse à concepção usual dos demais programas do Ministério da Saúde, já que não seria uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Era caracterizado como estratégia que possibilitaria a integração e promoveria a organização das atividades em um território definido. Prometia trabalhar na perspectiva da vigilância em saúde, devendo ser entendido como substitutivo da rede básica tradicional e como prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitude.

*“O Saúde da Família tem uma lógica diferenciada, tem salário diferenciado, tem investimento diferenciado, então isso, gera um desafio com as outras pessoas que não trabalham com o Saúde da Família.” (Ana)*

*“Fiz um concurso para o município B onde fui convidada para ser enfermeira, na época, do Programa Saúde da Família, foi um dos primeiros municípios que implantou realmente esta prática na época começava-se a falar, foi antes de 94.” (Ana).*

*“Durante a faculdade eu tive uma experiência grande com o Saúde da Família, por que eu via como uma possibilidade de trabalho. Eu lembro que tive um professor que falava que o Saúde da Família era o plano B então todo mundo devia conhecer o Saúde da Família de alguma forma porque se você não passasse na residência, você poderia trabalhar no plano B que era o Saúde da Família.” (Isabel)*

*“E aí eu fui procurar emprego. Na época que eu me formei o Saúde da Família estava começando mais ou menos em alguns municípios e estava muito PASCS ainda estava começando.” (Helena)*

*“Eu fui para o município B fiquei numa unidade básica pouco tempo e depois para o município A e eu peguei uma unidade relativamente média do Saúde da Família com oito mil pessoas na área de abrangência.” (Helena)*

Interessante notar que todas as entrevistadas experimentam a Estratégia de Saúde da Família como prática profissional.

*“O governo local convidou várias pessoas para uma reunião para ver se aceitariam trabalhar como profissionais do Programa Saúde da Família e até alguns colegas meus se encantaram e me convidaram: “vamos fazer essa experiência” e aí eu fui trabalhar como enfermeira de Família numa comunidade do município B.” (Ana)*

*“Quando eu me formei, eu formei no meio do ano. Então fiz três disciplinas que eram regulares de Saúde da Família e quando fui para o internato fiz três meses no Saúde da Família e o eletivo que eram seis meses eu fiz todo no Saúde da Família também. Para mim era uma forma de eu e preparar para eu me preparar para quando eu fosse trabalhar porque eu já imaginava que eu fosse trabalhar com isso.” (Isabel).*

*“Eu vi que o Saúde da Família não tinha que ser o plano B como na faculdade meu professor tinha falado, eu vi que podia ser uma carreira que poderia ser uma especialidade.” (Isabel).*

*“[...] fazer medicina voltada a Saúde Pública, que eu sempre gostei, mas não tive oportunidade de fazer no município X[...] aí eu fui [em Pirai] pra medicina de família aqui onde eu fiquei até 2008.” (Mônica).*

*“Eu fui para o município B fiquei numa unidade básica pouco tempo e depois para o município A e eu peguei uma unidade relativamente média do Saúde da Família com oito mil pessoas na área de abrangência e eu fui contratada para a gerência automaticamente onde fiquei por três anos.” (Helena)*

Diferenciando-se das demais entrevistadas, que se dedicam à assistência, o depoimento de Helena, apresenta uma prática profissional essencialmente voltada à prática gerencial.

*“Eu fui formada em 2001 e estou há 10 anos na gerência. Eu nunca trabalhei na assistência só na gerência.” (Helena).*

*“Eu posso dizer que sou uma líder nata, na época de faculdade da minha vida escolar eu sempre me candidatava para a liderança.” (Helena).*

*“[...] e o Saúde da Família te coloca na gerência.” (Helena).*

*“Para ser sincera do fundo do coração, assistência eu não tenho vontade [...]isso me incomoda muito porque na assistência eu não consigo fazer nada num todo, é tudo fragmentado, já está em mim, meu prazer é outro, eu acho que eu consigo gerenciar uma empresa de chocolate, de papel, uma empresa que vende carro, eu acho que eu consigo gerenciar.” (Helena)*

A Política Nacional de Humanização (Brasil, 2006, 2004) propõe uma mudança dos modelos de atenção e gestão fundados na racionalidade biomédica (fragmentados, hierarquizados, centrados na doença e no atendimento hospitalar). Ela se afirma como política pública de saúde com base em alguns princípios e dentre eles a inseparabilidade entre clínica e política, o que implica a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde.

Helena em seu relato faz uma separação entre gestão e cuidado tomando como ideia uma lógica de trabalho que sustenta a dissociação entre os que pensam e os que fazem entre os que planejam e os que executam entre os que geram e os que cuidam.

A PNH adota, ao contrário disso, como princípio a indissociabilidade entre atenção e gestão (Brasil, 2006), a proposta seria contribuir com o modo de discutir e construir, no

coletivo, estratégias para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços, entendidos como indissociáveis dos modos como esses são geridos.

Outro tipo de experiência relatada por uma entrevistada, que apesar de iniciar sua prática profissional totalmente voltada para procedimentos cirúrgicos e de urgência e emergência, opta pela Atenção Primária em Saúde.

*“[...] lá fiquei por oito anos no serviço de cirurgia geral onde foi a minha formação [...] e fazia alguns serviços por fora a nível de urgência e emergência...meu filho estava com dois anos e eu sofri um acidente[...]e tive que abandonar a cirurgia geral [...]e acabei ficando voltada para urgência e emergência[...] Em 2005, estava saindo do serviço W eu estava procurando o interior para começar a trabalhar num local mais tranquilo e uma ter melhor qualidade de vida e poder dar assistência maior tanto a família e também unir o útil ao agradável e fazer medicina voltada a Saúde Pública e eu sempre gostei e sempre via, mas nunca tive oportunidade de fazer no município X .Quando eu vim para Pirai [...], eu larguei tudo, fui saindo aos poucos, de todo aquele processo da parte cirúrgica eu já havia abandonado mesmo mas da urgência e emergência e aí eu fui para a medicina de família aqui aonde eu fiquei até 2008.” (Mônica)*

De outra ordem, uma entrevistada que sempre esteve voltada a Atenção Primária se vê diante de um desafio de assumir um cargo de gerência na área hospitalar.

*“Fiquei quatro meses fora do município R. Na época do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família o pediatra que estava na coordenação da Pediatria [...] a gente ficou muito próximo, ele é muito organizado e a gente planejava junto. Nós montamos cada protocolo lindo, muito bem feito, muito fácil de manejar. E ele também havia sido jogado para escanteio nesta época. Em janeiro, quando mudou o governo e mudou a Secretária, não vem a caso o nome dela, este pediatra foi chamado para assumir a direção do hospital M.[...]já uma pessoa que estava no nosso grupo foi chamada para assumir a gerência do Hospital S e ela estava no fim de carreira e falou: ‘eu tenho uma pessoa para indicar, eu conheço uma enfermeira que saiu do município, eu sei que ela se dedica’ e aí falou no meu nome. E aí esse pediatra estava na reunião e ele falou: ‘a Helena está desempregada? Então não, Helena virá trabalhar comigo no hospital M porque eu conheço ela, a gente já trabalhou junto’. E aí ele me chamou para assumir a direção de enfermagem.” (Helena)*

*“Eu nunca tinha trabalhado no hospital, uns sete anos só no Saúde da Família e depois o NASF e aí ele me chamou para a direção do hospital M. Eu fui muito sincera com ele, eu não tinha experiência e tudo, mas eu vou tentar e foi muito legal.” (Helena).*

Em todas as falas das entrevistadas percebemos com clareza a escolha de realizar a prática profissional no município de Pirai por perceberem neste município, como mencionado antes no capítulo Recorte histórico do SUS em Pirai, onde são dadas condições dignas de trabalho e o investimento em qualificação está presente.

*“[...] foi nessa época que eu procurei a secretaria de saúde de Pirai porque sabia que toda a organização do Saúde da Família estava começando.” (Ana)*

*“Quando eu me formei eu quis vir trabalhar aqui em Pirai porque eu sabia que da região era o que tinha a melhor estrutura. Eu me lembro de que eu formava em julho e mandei curriculum em maio.” (Isabel).*

*“Vim cá para Pirai [...] era uma medicina muito voltada à saúde pública onde comecei a me interessar e ler mais sobre saúde pública, medicina voltada para a população ao SUS. Quando cheguei aqui em Pirai eu comecei a ver que realmente o SUS funcionava eu tinha uma total desilusão com o SUS, mas isso devido à efetividade de gestão. A gente ficava impressionada em ver como as pessoas que gerenciavam o sistema realmente conseguiam fazer com que os usuários tivessem o pleno acesso a rede.” (Mônica).*

#### 6.4.2 Os processos que levaram à função

Percebemos nas histórias dos entrevistados dois tipos de percursos profissionais prévios ao exercício da função gerencial. Por um lado, a formação em enfermagem que inclui a prática gerencial na graduação por outro a formação médica se quer inclui conteúdos relativos à organização dos serviços de saúde nem questões gerenciais em sua grade curricular este tema.

*“No município R eles insistiram e me convidaram para a gerência... Na verdade isso foi um desafio para mim, era uma área que eu não tinha experiência eu nunca havia trabalhado na gestão [...] e isso me encantou eu fui levada pelo desafio.” (Ana).*

*“[...] Eu achava que era um desafio porque eu nunca tive formação para isso.” (Isabel)*

*“A maioria dos médicos que a gente vê não tem formação em gestão. Vão para lá assim como eu vim eu acho é um convite você vai, mas a maioria não tem formação pra isso.” (Isabel).*

*“Eu nunca tive na faculdade esse tipo de formação. Hoje em dia o pessoal estuda agora Saúde Pública. Na minha época eu não estudei Saúde Pública de uma forma adequada [...] O pessoal de enfermagem sai da faculdade acho que tem uma visão de Saúde Pública melhor que a própria visão do médico para Saúde Pública e para gerenciamento também.” (Mônica).*

*“[...] E aí você vai aprendendo, é uma coisa que eu gosto não me identifico com outra situação. A parte de assistência em si não me agrada.” (Helena).*

De todo modo, a contingência marca essas trajetórias que se desenrolam em um contexto em que não existe carreira, nem qualquer exigência quanto à formação gerencial, somando-se ainda a grande desestruturação do próprio sistema de saúde.

Deve-se registrar que antes de ser gerente nenhuma das entrevistadas havia realizado curso da área de gestão.

Na maioria dos relatos, e de certo modo, me parece interessante, fica a ideia de que o desejo, mais do que a qualificação prévia, leva essas pessoas aos cargos. Há um

reconhecimento que o percurso, na maioria dos casos, meio errático (urgências, circunstâncias adversas) e o envolvimento determinam o exercício da função.

*“E comecei a ver que essa área de gestão era interessante e era muito do que eu queria fazer e eu mesma achei que tinha me vi com perfil para aquilo.” (Isabel).*

*“Era uma coisa que eu não tinha domínio, mas que eu achei interessante eu vim parar aqui dessa forma.” (Isabel).*

*“Nesses dois anos que eu estava aqui (Piraí), a Secretária de Saúde me ofereceu uma Pós Graduação em Gerenciamento da Atenção Básica, acho que viram que de uma certa forma que eu tinha perfil para isso[...]Eu comecei a ver que essa área de gestão era muito interessante e era o que eu queria fazer, acho eu me vi com perfil para aquilo...era uma coisa que eu não tinha domínio.” (Isabel).*

*“No dia em que fui convidada para vir para cá [atual cargo] [...] eu ainda pensei que fosse uma bronca, no dia que eu fui convidada [...]” (Mônica).*

*“[...] eu nem tinha ideia que realmente eu conseguisse esse cargo assim de uma forma tão rápida desde que eu cheguei aqui em Piraí, três anos após a minha vinda eu consegui esse cargo de gerência aqui na unidade D.” (Mônica)*

*“Sou eu mesma? Será que eu vou dar conta? Não sei se vou dar conta não.” (Helena).*

#### 6.4.2.1 Da assistência à gerência

Alguns depoimentos são emblemáticos na capacidade de expressão das contingências, das situações que vão deslocando esses profissionais da assistência em direção a cargos gerenciais. Demonstrando compromisso, tornam-se, cada vez mais, candidatos “naturais” a cargos gerenciais que envolvem maior complexidade.

Há uma mudança de espaço que implica mudanças de perspectiva e de olhar. Assim, ao longo da história dessas dirigentes encontram-se muitas mudanças de lugar e na natureza das práticas profissionais.

*“[...] a possibilidade de fazer coisas que tenham alcance maior, eu como médica dentro da minha unidade eu alcanço aquela equipe, aquela comunidade na gestão eu consigo alcançar várias equipes eu consigo alcançar o município todo eu acho que a amplitude das ações é o que me atrai mais.” (Isabel).*

*“[...] a sensação que às vezes eu tenho é que na saúde da família você muda a realidade a realidade daquela comunidade [...] mas quando você está na gestão parece que você consegue ampliar suas ações [...] mas se você consegue fazer um trabalho bom, a sensação que eu tenho é que ele está ampliado e pode chegar ao município todo.” (Isabel).*

*“Aqui eu [na gestão] me sinto mais participativa das coisas eu me sinto planejando executando e vendo aquilo acontecer vendo aquilo e aparecer em outros lugares.” (Isabel).*

*“Sempre trabalhei na parte assistencial. A assistência é muito mais fácil, mas a gerência é bem complexa de conhecer a fundo isso, eu acho.” (Mônica).*

*“Tenho que planejar mais [...] A gente precisa escutar mais tanto os nossos profissionais quanto nossos clientes.” (Mônica).*

*“A bagagem que eu trouxe estar aqui [na gerência]. Eu consigo gerenciar de uma maneira que consegue ajudar a todos, de uma maneira mais integral, mais do todo [...]” (Helena).*

*“Eu estou aqui todos os dias, sou eu quem tem que ver as questões de hoje, de amanhã e de depois, não tem jeito. A questão que para, não começa e a rotina que não se estabelece quem tem que ver sou eu. Eu consigo perceber bem a descontinuidade.” (Helena).*

*“Nesta época de gestão a gente vive muitos desafios [...] É sempre muito cansativo. Trabalhar na gestão ela tem isso, a sua responsabilidade é tão grande e as possibilidades de trabalho são tão grandes que hoje o que ela gera é isso na verdade sua carga horária nunca dá conta de todas as possibilidades de trabalho que abrem na sua frente. Na verdade é um trabalho muito, muito cansativo do ponto de vista da carga horária e ele é muito cansativo do ponto de vista do compromisso que você assume a responsabilidade que você assume junto com as outras pessoas que são seus colegas de trabalho e com os usuários também que estão sob a assistência daquele trabalho que você está gerenciando.” (Ana).*

Observa-se entre as entrevistados que não há formação prévia na área de gestão antes de assumir a função gerencial. Configura-se nestes casos, uma passagem direta da assistência para gerência. Essa mudança brusca na trajetória representa uma descontinuidade em suas histórias profissionais. Em um dos casos, desejada, no outro surpreendente.

*“[...] não tinha noção, nada mesmo, nunca tive a ideia de trabalhar com burocracia tá? Sempre trabalhei na parte assistencial, tinha noção de norma padrão e tudo e a gente segue o que está padronizado ali [...] vindo para cá [gerência] eu fiquei um pouco deparada com o desconhecido [...] Será que eu vou e conseguir a capacitação? Será que eu vou conseguir ter êxito em fazer um trabalho onde eu tenha pleno conhecimento do que acontece aqui?” (Mônica).*

*“Como eu estou com meu currículo em formação eu achei que era uma oportunidade que eu não podia perder”. (Isabel)*

*“[...] e aí a [alguém de Pirai] me ligou eu estava fazendo uma reunião na Secretaria de Saúde do município R [...] me ligou eu falei que estava trabalhando e aí eu vim pra cá e assim eu entrei no cargo de gerência da mesma maneira um pouco crua [...] mas acho que nisso está um pouco na nossa veia, não tem como.” (Helena).*

Concluindo a análise dos caminhos de prática profissional e dos processos que levaram à designação para experiência na função gerencial, percebe-se que o acesso à gestão, no âmbito das entrevistadas, não seguiu uma regra de entrada, e que as gerentes não foram indicadas por critérios técnicos.



## 6.5 Experiências anteriores

As experiências anteriores como gerentes são marcadas nos relatos das entrevistadas, por um lado, por vivências de realização, reconhecimento, capacidade de desenvolvimento de projetos, processos de mudança, sentimentos de encantamento, estando presente, assim, a possibilidades de um melhor funcionamento das unidades de saúde; por outro lado, há relatos que são atravessados por situações de crise, enfrentamentos e, por vezes, por saídas traumáticas. Surgem nas narrativas das gerentes as dificuldades do contexto da gestão: as pressões políticas, de diversos atores, as resistências internas, como também, por outra perspectiva, sujeitos em interação com grupos, mostrando também seus impasses, seu estilo e também seu sofrimento.

A seguir estão fragmentos de experiências que mostram o universo da gestão de unidades de saúde, seus desafios e restrições.

Helena teve cinco experiências gerenciais anteriores. A primeira em uma pequena unidade básica de saúde no município B por seis meses como gerente seguida de outra unidade básica de saúde em outro município, porém com maior número de população adscrita onde permanece por dois anos. Em 2005 assume a gerência de três equipes do Programa de Saúde da Família no município R, que é ampliada para seis equipes, permanecendo no cargo por um ano e meio. Em 2007 é convidada para gerenciar o Núcleo de Apoio ao Programa Saúde da Família no mesmo município sendo exonerada em 2008.

A seguir algumas imagens sobre sua primeira experiência como gerente e sobre o potencial criativo das situações de crise.

*“Essa unidade era longe da cidade e aí você consegue fazer ainda mais gerência porque você tem que gerenciar todos os conflitos, todos os problemas. As coisas chegavam à unidade e tinham que ser resolvidas de uma maneira ou de outra e aí você consegue desenvolver mais ainda o espírito de liderança, de gerência.” (Helena).*

Alguns elementos da segunda experiência como gerente mostram o peso da dimensão política que atravessa as decisões administrativas.

*“E aí surgiu a oportunidade de eu ir para a prefeitura do município R e ia ser contratada para assistência e quando a secretária de saúde me chamou viu meu currículo ela me contratou para a gerência e me colocou na gerência de uma unidade grande com treze mil pessoas que também não foi fácil, uma descontinuidade na política na saúde e as coisas não funcionavam muito bem. Um monte de equipe abrindo, tudo começando ao mesmo tempo e ninguém preparado. Eu acho que foram doze equipes abrindo ao mesmo tempo. Os gestores tentaram dar o curso introdutório para o Saúde da Família, mas, completamente perdidos. Eu já havia feito um bom pra caramba e esta completamente fora da linha[...]e eu penei um pouco pois eu já tinha uma experiência anterior de três anos que eu consegui organizar mas*

*“você bate a cabeça porque você não conseguia falar, as pessoas chegavam e cada hora era uma ordem e aí eu fiquei dois anos na gerência dessa unidade.” (Helena)*

Mais uma vez em sua terceira experiência como gerente questões políticas estão em pauta.

*“E aí teve uma movimentação política para colocar uma outra unidade grande em que iam se juntar seis equipes do Saúde da Família e me convidaram para ser gerente. Eu tinha controle da situação Era uma unidade grande e também era complicado...e aí abriu um pronto atendimento no mesmo lugar[...] mais uma etapa que foi bem difícil, para gerenciar, foi complicado.” (Helena)*

Em sua fala percebemos a precariedade que envolve a unidade de saúde em que desenvolve sua terceira experiência.

*“Eu trazia tudo pra mim e aí eu fiquei muito cansada. A minha porta ficava aberta, a unidade tinha uma estrutura física que era desfavorável [...] você fica muito exposto [...] e ficava muito aberta, minha porta ficava aberta pra eu ficar de olho em tudo que estava acontecendo e eu estava muito cansada [...]” (Helena).*

Percebe-se em seu depoimento uma postura destemida, muitas vezes até arriscada, num contexto de violência.

*“Eu trazia tudo pra mim e aí eu fiquei muito cansada [...] você fica muito exposto [...] a comunidade sugava muito, era muito violenta, tráfego de drogas, às vezes não podia subir pra fazer visita, mas eu conhecia na palma da minha mão. Quando eu entrei pra essa unidade eu que dividi toda a micro área, a gente que mapeou tudo e era muito bom neste sentido por sabíamos todas as ruas, todas as vielas [...]mas eu fiquei muito cansada, muito exposta, muito exposta, tem essa questão da política que é complicado.” (Helena)*

Como se vê, o tempo em que se fica gerência, o tempo em que se sai da função é determinado, em parte, pelos tempos institucionais como, por exemplo, o período ou duração da gestão de um Secretário ou expressão de uma crise, tempos políticos, que não são os mesmos tempos desejados ou necessários tecnicamente ao gerente, existindo assim múltiplas temporalidades, produzindo, por vezes, situações de mal estar e de sofrimento.

*“Mas mudou a gestão, entrou uma pessoa que não sabia nada de saúde [...] era uma pessoa do prefeito, foi uma loucura, arbitrária. O que começou se organizar no período três anos no município R ela atrapalhou o que as pessoas começaram a melhorar ela veio desorganizando tudo. E aí eu comecei bater um pouco de frente [...] ela fazia reunião e eu levantava a mão para falar [...] eu não consigo ficar muito quieta. Estava difícil de trabalhar, muita reclamação, muita rotatividade médica, começou muita gente a sair e agente não tinha suporte de material, começou a faltar medicamento e então ficou muito difícil.” (Helena).*

A superlotação também é um elemento presente gerando desgaste.

*“Aquele demanda louca na sua frente, mais de cem pessoas pela manhã. Eu chegava lá seis e meia da manhã e a fila estavam dobrando a esquina, lotada de gente pra agendar, para consultar e eu ficava enlouquecida.” (Helena).*

A entrevistada reconhece a necessidade da qualificação em gestão.

*“E aí surgiu a oportunidade do NASF e ninguém entendia o que era NASF. Na época eu comecei a especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde na ENSP, uma pessoa que estava na gestão me falou sobre essa pós, eu falei com a Secretária de Saúde e ela falou: ‘faz a prova e vamos ver o que vai dar’. E eu entrei na ENSP. E na oportunidade do NASF ela me chamou para coordenar o NASF.” (Helena).*

Em sua quarta experiência, encontra-se a imagem de uma gestão mais pautada na lógica de planejamento.

*“Surgiu oportunidade do NASF no município R e queria colocar nesta unidade eu comecei a pensar que tudo que eu desejava para uma unidade ia acontecer. Eu vou poder planejar, eu já sei de todas as dificuldades da unidade, de todos os defeitos de todo mundo de todos os impasses. Eu sabia tudo então tudo que eu quero eu vou conseguir colocar em prática. Eu consegui planejar tudo por que sabia da deficiência da unidade e sabia dos problemas das equipes. E foi muito interessante no sentido que eu conhecia aquela comunidade muito, ela estava na minha mão. Eu conhecia muito eu me dedicava muito por aquele serviço.” (Helena)*

Em sua quinta experiência em gestão, agora em uma unidade hospitalar, seu estilo desafiador se confirma. A busca do novo, sempre presente em suas experiências, é mais uma vez vivenciada.

*“Ele me deu carta branca para decidir e foi muito interessante. Eu sou muito corajosa eu fico pensando [...] porque as meninas tinham um domínio de hospital, eu ficava pensando: ‘gente eu não estou acreditando’ [...] entravam numa parada sozinhas e tiravam a parada sozinhas, um domínio do hospital[...].uma coisa louca[...].Je um domínio hospitalar e eu cruzinha, crua, crua[...].mas é engraçado e eu chamando esse pessoal para fazer reuniões e tudo e elas numa expectativa em cima de mim enquanto gerência[...].e eu num medo porque aquele povo sabia mais do que eu sobre ambiente hospitalar.” (Helena)*

Ana apresenta apenas uma experiência anterior na gestão. Ela assume a coordenação de várias equipes do Programa de Saúde da Família no município R de maneira não esperada, mas “se encanta” aceita o desafio.

*“O município R estava organizando equipes do Saúde da Família e me chamaram para ser enfermeira de família. Eu não aceitei porque eu já trabalhava numa comunidade que tinha duzentas famílias e tinha noção da complexidade que era trabalhar numa área desse tamanho e a proposta deles era trabalhar com um número muito maior do que a que eu trabalhava. Eles insistiram de novo e me convidaram para coordenar o Saúde da família e na*

*verdade isso foi um desafio para mim. Era uma área que eu não tinha experiência, nunca tinha trabalhado na gestão[...] E aquilo me encantou e eu fui levada pelo desafio.” (Ana)*

Ana descreve sua experiência no município R de maneira tranquila e avalia como positiva, apesar de imagens de desgaste.

*“Era uma equipe muito boa de trabalho, e começamos a formar os primeiros grupos para trabalhar com o Saúde da Família. Eram cinco equipes somente naquela época e quando saímos de lá eram dez equipes do Saúde da Família, mas era um desafio muito grande. Na verdade era fazer com que áreas do Saúde da Família fizessem parte da rede porque foi um projeto paralelo. A gente teve que integrar essas equipes[...] Era muito bom você ver o resultado do trabalho, mas era sempre muito cansativo.” (Ana)*

De um lado, está Helena, como dito antes, destemida e de certo modo até agressiva no processo de gestão, de outro, encontra-se Ana, mais cautelosa. As diferenças de estilo poderiam ser explicadas pelos tempos distintos de experiência no mundo da gestão.

Considerando o conjunto de experiências anteriores, fica evidente o alto investimento dessas gerentes na condução das unidades de saúde, de dedicação e também investimento psíquico que contrariamente ao imaginário dominante hoje, de que nada funciona, engendra potência e ao mesmo tempo a ideia do serviço público e seus profissionais podem tomar a si parte de seu destino e se voltar para funcionar bem. Percebe-se, no entanto, que os obstáculos são muitos, e de toda ordem: políticos, institucionais, materiais, gerenciais, intersubjetivos, exigindo um enorme esforço, de fato.

A disposição das entrevistadas para enfrentar adversidades é surpreendente. Há um crédito na mudança e ao tratar dessas experiências anteriores, as gerentes alimentam uma prática que procura a construção da gestão pública pautada pela ética e pela busca incansável de melhorias da assistência.

A gestão mostra-se, de todo modo, como um grande desafio para as entrevistadas e implica em lidar com as ilusões de onipotência que o trabalho gerencial suscita e, por outro lado, com as angústias que ele também desperta.

## **6.6 Lugar provisório**

Nos relatos de experiências anteriores, os depoimentos mostram um tipo de vivência relativa ao processo de saída da função gerencial. As trajetórias são marcadas por saídas em meio a processos de crise ou mudanças externas, envolvendo certa violência e gerando sofrimento para as dirigentes. Os processos hora envolveram exoneração, hora são determinados por crises, como veremos a seguir nos fragmentos dos relatos. De todo modo,

observando os percursos destas gerentes parece dominante nas passagens de um local ao outro, a ideia de que não tem raízes, não tem um lugar para voltar, tendo que cumprir novas missões.

Merece destaque a pressão política. Fica claro nos relatos que mudança dos níveis gerenciais não parece responder as necessidades do nível técnico, podendo ser considerada como uma imagem simbólica da interferência política na gestão do sistema de saúde.

As exonerações parecem rondar a vida das gerentes, que vivem o fantasma permanente de perder o lugar. A seguir, veremos depoimentos das duas entrevistadas neste sentido.

Helena passa um ano na gerência do NASF no município R enfrentando um projeto neste município tido como piloto. Chama atenção à forma violenta como se deu sua saída. Sente-se injustiçada e demonstra grande sofrimento com este processo.

*“Tinha que dar certo porque as pessoas apostavam em você não só apostavam, mas cobravam, porque tinha que dar certo era um investimento muito grande do município porque eram doze equipes e tinha que dar certo sem nenhuma estrutura por trás. Todo mundo batendo cabeça. Até que realmente deu certo. E aí num outro dia eu estava trabalhando na unidade e chega a subsecretária junto com a coordenadora me chamando e dizendo que havia sido exonerada. Não tinha motivo, ninguém tinha explicação fiquei espantada com a situação. Até hoje eu não sei. Ninguém entendeu, perguntei para algumas pessoas: ‘você acha que tem motivo?’ Ninguém entendeu. E eu saí da gerência. Mas estava tudo muito confuso na Secretaria isso foi em setembro, outubro e em dezembro acabava o governo do prefeito. Todo mundo ficou muito revoltado. Eu não assinei minha demissão na época e muita gente tentou reverter, reverter, reverter, até que eu tive acesso ao prefeito e a secretária colocou o cargo dela a disposição se eu voltasse. Alguma coisa muito séria aconteceu. Essas pessoas estavam envolvidas em escândalos, corrupções. Eu estava muito revoltada com a situação. Eu fiquei uns quatro meses parada e me desliguei mesmo.” (Helena)*

Helena dá destaque ao vínculo estabelecido com seu trabalho no NASF e ao seu sofrimento psíquico envolvido com a saída, surgindo também elementos dos processos intersubjetivos desencadeados, considerados a seguir:

*“Então eu comecei a bater muito de frente com a gestão [...] porque eles queriam desmorar o Saúde da Família [...] aquilo me revoltava e eu ficava louca [...] a equipe começou a desmontar. Eu ia fazer um grupo e fui às sete horas da noite na Secretaria de Saúde solicitar um coffee break [...] e aí eu ouvi uma conversa alta e a subsecretária saiu e me perguntou o que eu estava fazendo ali. Respondi: ‘como assim? Vim solicitar um coffee break’. E aí ela falou: ‘ela [Secretária de Saúde] acha que você está vindo muito aqui.’ Eu não estava entendendo, mas também não estava muito a fim de ficar abaixando a cabeça porque eu estava muito revoltada com o que estava acontecendo lá. Falei: ‘não estou entendendo ela que conversar comigo agora?’” (Helena)*

Ana experimenta uma saída da função de maneira mais organizada, fortalecida por uma decisão de toda a equipe.

*“Quando o município R teve uma mudança política a gente começou a perder a governabilidade em relação ao nosso trabalho, o grupo da Secretaria de Saúde começou a se articular para alcançar essa governabilidade, a ter essa governabilidade. Quando sentiu que*

*não teria, porque na realidade o governo local, a prefeitura local não viabilizava condições de se poder fazer tudo que se queria na saúde no município R, esse grupo resolveu sair do governo.” (Ana)*

Considerando os depoimentos, compreende-se que as entradas e saídas do cargo evidenciam as influências e relações de poder que atravessam a gestão pública. Expressam o poder externo a que estão submetidos e que se manifestam em nomeações e exonerações. A gestão pública mostra-se atravessada por interferências políticas, pelas relações pessoais, pela proximidade a Secretários, pelo reconhecimento interno, expressando, enfim, o sistema de influências presentes.

Novamente cabe ressaltar que o espaço da política é imenso e se impõe com relação ao espaço da técnica e da prática profissionalizada.

De todo modo, torna-se fundamental realçar a complexidade da gestão de uma unidade pública de saúde, evidenciada nos depoimentos, retratando mais que histórias pessoais, as possibilidades de enfrentamento de uma situação crítica. As entrevistadas expressam assim, possibilidades político- institucionais de exercício da gestão.

## **6.7 Identidade profissional**

### **6.7.1 O lugar da formação em gestão**

A prática no campo gerencial é bastante distinta da prática médica e assistencial. Os cursos de medicina não incluem disciplina no campo da gestão dos serviços de saúde.

*“Pra ser médico a gente sai da faculdade sabendo alguma coisa [...] mas para a gerência, na medicina você não sai formado para nada, você não tem carga horária em nada de gestão em nada de administração em saúde.” (Isabel).*

*“Acho que os médicos estão muito afastados da gestão. A gente vê outras categorias fazendo isso às vezes categorias que não são nem da área de saúde administradores como secretários de saúde, na direção de hospitais e tudo e falta um pouco da visão do médico, mas de um médico com formação para isso.” (Isabel).*

*“Você não tem na faculdade uma cadeira que fale quem quiser ser diretor você tem que seguir isso aqui. Isso a gente realmente ao tem.” (Mônica).*

A formação no campo da gestão se desenvolve basicamente em cursos de pós-graduação lato-sensu, especialização e mestrado. A profissionalização da gestão através da realização desses cursos, embora para as entrevistadas, não ter sido prévia ao exercício do

primeiro cargo de gerência, faz parte da vida profissional dessas gerentes que e certamente contribuiu na construção da identidade de gestor.

A formação na área de gestão foi procurada pelas gerentes no decorrer do exercício das funções gerenciais. Duas entrevistadas – Ana e Helena - realizaram sua formação na área de gestão somente após a primeira experiência de gerência, quando já ocupavam o cargo de gerentes.

*“Eu fiquei mais confiante, gosto de gerenciar, aprendi também por que fiz um curso de gestão [Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde] né? [...] a gente aprende, mas é uma coisa que eu gosto muito.” (Helena).*

*“Eu estudei, tenho uma bagagem boa de SUS, na época do Saúde Família eu fiz muitos cursos de SUS, o Saúde da Família ele prepara a gente para essa assistência fragmentada eu acho [...] ele consegue ter a visão do todo, gerenciar o todo. O Saúde da Família me ajudou muito [...]” (Helena)*

*“Até essa ocasião eu tinha feito outros cursos de especialização, mas nunca um curso de especialização na área de Saúde da Família.” (Ana).*

Isabel, Ana e Helena estão realizando mestrado na área de gestão e ainda não concluíram.

*“E hoje estou fazendo mestrado dentro do Instituto de Medicina Social.” (Ana).*

*“Eu comecei a fazer pós-graduação de gerenciamento da atenção básica no meio da pós-graduação e abriu a oportunidade para o mestrado e aí eu fiz a prova e passei e acabei abandonando a pós-graduação.” (Isabel).*

*“[...] eu fazendo mestrado e começando a estudar, talvez se eu fizer uma pós-graduação que é a que eu pretendo fazer ano que vem, em gestão, eu acho que eu pretendo ficar mais ou menos nessa linha.” (Isabel).*

Mônica que exerce o cargo de gerência há três anos ainda não realizou nenhuma formação nesta área, porém reconhece a necessidade de realizar.

*“É muito difícil, Eu acho que tem que ter muito tempo aqui dentro de conhecimento tanto de pessoal e o conhecimento científico dentro de uma pós-graduação a gente tem que ter por que senão a gente fica trabalhando mecanizado sem conseguir dar andamento aos processos com qualidade [...] eu ouvi uma frase: ‘quem não mede não controla quem não controla não gerencia’. E para a gente fazer isso a gente precisa desse embasamento científico. Não é uma coisa fácil não.” (Mônica).*

*“Eu acho que é pelo conhecimento mesmo. O conhecimento que a gente tem na assistência e mais esse estudo que a gente faz no dia a dia e que a gente começa a ter um pouco mais de chão para dar andamento ao nosso processo de trabalho”. (Mônica)*

Mônica percebe com clareza a necessidade de qualificação e a busca da formação foi apontada como fruto da vivência de despreparo e da insegurança para o exercício da função gerencial.

*“Ainda tenho muita coisa para aprender. Eu preciso estudar mais. Eu preciso me qualificar mais. Ter mais noção de gerenciamento. No início eu estava mais insegura”. (Mônica)*

*“Eu comecei a correr atrás para fazer a prova do Mestrado.” (Mônica).*

*“Tem mais ou menos seis meses que eu estou aprendendo o que é gerenciamento, gerência e isso foi a partir de um curso que eu fiz de gerenciamento voltado ao SUS que foi o CDG SUS que deu um embasamento maior para essa área de conhecimento regulação planejamento estratégico.” (Mônica).*

#### 6.7.2 Assistência e gerência?

A pesquisa procura explorar como se vive a função administrativa, os lugares em que essas dirigentes se veem e são vistas, as questões e o conflito que surgem na relação com a formação/prática “original”. Optei por analisar a prática médica por perceber que o distanciamento da assistência muitas vezes não é praticado e algumas vezes avaliado como necessário. Em nenhum dos dois casos encontramos uma passagem para função gerencial que implicou afastamento da prática clínica e dedicação exclusiva à gestão de serviços de saúde.

Quanto à função gerencial na enfermagem aparecem nas falas das gerentes como algo inerente a esta carreira e voltar-se exclusivamente a gestão se fazem de modo mais natural.

*“O enfermeiro mal ou bem já está preparado para a gerência.” (Helena)*

Isabel começa sua carreira como médica do Programa de Saúde da Família, planejadamente de forma provisória, até realizar prova para Residência Médica em área ainda a ser definida.

*“A princípio o Saúde da Família era provisório, eu me formei no meio do ano e até eu fazer prova para residência eu trabalho com o Saúde da Família, eu nunca gostei de emergência, de hospital, então eu trabalho seis meses no Saúde da Família e faço a prova de residência para alguma coisa.” (Isabel)*



Após esta experiência é atraída para a área de gestão durante seu primeiro ano no mestrado e assume o primeiro cargo de gerência e daí em diante volta-se para a gestão. Procurando explicar essa passagem, surge também em seu relato, um tom de distanciamento de sua formação profissional.

*“Eu passei para o mestrado e comecei a ver que essa área de gestão era interessante e era muito do que eu queria fazer, eu mesma me senti com perfil para aquilo. Quando fui chamada achei que não poderia perder a oportunidade, estava dentro do que eu estava estudando no mestrado. Hoje pelo menos por enquanto eu não pretendo fazer outra especialidade. Meu sogro perguntou, quando eu passei para o mestrado: ‘você não vai fazer nada de médico?’ e eu falei assim acho que não eu, não eu vou fazer isso que não é tão de médico sob o ponto de vista dele.” (Isabel).*

A gestão vem sendo investida maciçamente, representando um lugar de idealização.

*“Eu me sinto planejando, executando e aparecendo em outros lugares. A gente consegue melhorar o dia a dia de trabalho das pessoas lá na ponta, não estou dizendo que a gente faz tudo certo claro que não, mas quando a gente faz algumas coisas que dão certo e são muitas coisas que a gente faz que dá certo eu acho que a gente vê o processo de trabalho das pessoas melhorando e isso é bom né?” (Isabel)*

Isabel verbaliza de forma ressentida a questão salarial. O dinheiro vai atravessando relação de trabalho, funcionando como um núcleo de conflito. É impactante esta situação de pouco reconhecimento expresso no valor do salário e da gratificação para o cargo que ocupa.

*“Quando eu vi pra cá [gerência] as pessoas falavam agora você é a minha chefe, você tem uma autoridade. Financeiramente nada mudou eu ganho a mesma coisa que ganhava quando estava na ponta. Todo mundo ganha a mesma coisa de quando estava na ponta.” (Isabel)*

Em sua narrativa surge claramente a ligação com a assistência como forma complementar a gerência e realça a necessidade de interlocução com os profissionais e usuários para buscar um melhor funcionamento e analisar seus resultados. Mostra a possibilidade de ser gestor, procurando misturar gestão e assistência.

*“Hoje eu tenho um período de atendimento numa das Unidades de Saúde que é a Unidade C, primeiro para eu não me afastar da questão da assistência direta porque às vezes a gente fica muito na gestão e as vezes eu vou montar um protocolo e acaba montando um protocolo que às vezes não é aplicável na prática eu estou achando interessante voltar para atender pelo menos num período para estar próxima disso e ver a realidade de tudo isso que a gente está construindo, se é aplicável ou não, se está fora da realidade, se dá para fazer.” (Isabel)*

*“É interessante para ver como é o relacionamento entre as pessoas, como está sendo a relação com os pacientes, como ela se sentem em relação a essas coisas que a gente tem tentado construir.” (Isabel).*

*“Às vezes pessoas procuram a gente para resolver o que não conseguiram resolver na unidade, não sei se não é atribuição, mas que às vezes tumultua um pouco porque a gente para com a rotina para tentar resolver coisas que às vezes são de outros setores, mas a gente faz”. (Isabel)*

Mônica está muito imersa na assistência e assim, passar para a gestão significou esquivar-se um pouco dos procedimentos clínicos o que muitas vezes provoca sofrimento por ainda estar muito envolvida com a prática clínica. Relata momentos em que necessitou assumir a assistência por ausência de um profissional.

*“Eu me atrapalho muito na agenda. Por mais que a gente faça a gente faça os agendamentos e tudo sempre tem um imprevisto. A gente sempre chega aqui com uma notícia de algo que a gente não estava esperando. Ontem tinha um agendamento para uma reunião e aí a gente tira esse foco na reunião e tenta cobrir uma falta [...] tenho dificuldades mais na estruturação da agenda e chegar e sentar e tentar ter um olhar de cima [...] e ter a visão do que está acontecendo ali”. (Mônica)*

*“[...] Eu me sinto responsabilizada por ter que fazer eu acabo me atropelando e fazendo uma coisa que eu deveria ordenar e não fazer [...]”. (Mônica).*

A gestão na vida profissional dessa entrevistada surge como oportunidade e fruto de convite, de algum modo inesperado, sem que ela vislumbrasse essa perspectiva no âmbito de um projeto profissional. Foi algo impensado e imprevisto inicialmente, mas que leva a um grande investimento.

*“Eu tenho parado mais em cada para ler. Se você não pega esse tipo de literatura de gestão para ler a gente acaba achando que só acontece com você e realmente não é assim. A gente conversa com outras pessoas que tem um nível de gestão e que também se esbarram em um obstáculo e não conseguem dar continuidade ao que eles planejaram. Eu estou começando agora gostando mais dessa área de gestão. No início eu estava mais insegura”. (Mônica)*

*“Eu comecei a correr atrás para fazer a prova do Mestrado.” (Mônica)*

*“Ainda tenho muita coisa para aprender. Eu preciso estudar mais. Eu preciso me qualificar mais. Ter mais noção de gerenciamento.” (Mônica).*

A assistência, na visão de Mônica, é o espaço onde se torna possível maior controle e condições para alcançar resultados, em oposição ao contexto gerencial, atravessado por dificuldades estruturais. É evidente o caráter ilusório do lugar da assistência apontado pela

entrevistada como também a influência de inúmeros outros condicionantes externos no processos/resultados da prática médica.

*“No início eu fiquei insegura [...] pensei: ‘acho isso não é a minha praia não me faz o gosto como era a área de procedimento’. No procedimento a gente vai lá faz e executa e vê o resultado na hora. Já a gerência por mais que você planeje você tem que aguardar autorizações que perpassam a sua capacidade de gestão. Você tem que esperar o secretário, o prefeito que não autoriza e aí você fica com um planejamento teu você que às vezes você acha que vai dar tudo certo e fica tempos aguardando uma autorização para conseguir a execução para aquele planejamento seu. Hoje em dia eu estou compreendendo um pouco melhor isso.” (Mônica)*

Associados também à identidade profissional evidenciam-se nas narrativas das histórias profissionais diferentes caminhos do prazer/sofrimento psíquico e suas defesas no mundo de trabalho. Assim, lugares distintos, gestão e assistência, provocam nas gerentes distintas vivências, relacionadas ao prazer e ao sofrimento no trabalho.

Mônica exerce a função ainda de forma insegura e reconhece precisar de qualificação. A consolidação do caminho na gestão trouxe para esta profissional dificuldade para conciliar o exercício da clínica, gerando frustração. Já para Isabel a gestão é percebida como um caminho que permite muito prazer e experimenta a gerência de forma mais tranquila.

De todo modo, é importante novamente realçar que a gestão pública na saúde figura, as entrevistadas de forma bastante clara em seus a busca pela construção e qualificação do sistema público de saúde. Essa perspectiva, considerando o contexto mais geral das sociedades contemporâneas e particularmente a brasileira, onde reina o individualismo, o esvaziamento da esfera pública, e o domínio de um imaginário da impotência com respeito aos serviços públicos mostra-se como uma forma de resistência.

## 7 ANÁLISE DO TRABALHO GERENCIAL

A seguir são explorados os modos de funcionamento gerencial que se evidenciam nos relatos das gerentes. A maioria das entrevistadas, certamente com variações entre elas, procura desenvolver um sistema de direção coletiva, com instâncias de gestão participativas, a constituição de grupos e sistemas de apoio, desenvolvendo neste contexto um projeto de estruturação da gestão.

### 7.1 O desenvolvimento de projetos gerenciais

Isabel embora com uma experiência menor de gestão, é enfática quanto à preocupação em desenvolver um processo de gestão mais participativo. Exercita sua primeira experiência na gestão no município de Piraí e promove um trabalho pautado na lógica da divisão de tarefas, do planejamento buscando escutar outras experiências que possam enriquecer suas ações.

*“Eu não sou uma pessoa autoritária, eu não ajo dessa forma, eu tento compartilhar o máximo possível às decisões. Na equipe que eu trabalho nada é decisão direta é sempre uma decisão compartilhada. Eu acho que nisso é bom porque não pega pra ninguém quando é um acerto é um acerto compartilhado quando é um erro também. Isso é bom. Eu sou muito aberta à discussão.” (Isabel)*

*“É até difícil descrever o que a gente faz porque a gente faz muita coisa: a gente faz muita reunião, tenta trabalhar com outros setores, fazer reuniões intersetoriais, e isso tem sido muito bom. A gente tenta interagir com outros setores.” (Isabel).*

*“Eu gosto muito de aprender, eu tenho aprendido muito mais coisas, eu tenho visto muito mais coisas, tem sido muito interessante para mim tem me atraído muito a possibilidade de ter contato com muitas outras pessoas, outros serviços e de participar da engrenagem que move as coisas, porque às vezes na ponta se você não for uma pessoa que tem muita iniciativa você fica naquele seu trabalho: você atende e vai embora, atende e vai embora e só faz aquilo. Aqui eu me sinto mais participativa das coisas. Eu consigo, eu me sinto planejando, executando e vendo aquilo acontecer, vendo aquilo aparecer em outros lugares.”*

*(Isabel)*

Isabel encontra nesta experiência, como relatado no capítulo sobre a o recorte histórico do SUS em Piraí, uma infraestrutura favorável ao desenvolvimento de seu projeto gerencial que inclui o favorecimento do processo de trabalho dos profissionais. Investe de forma importante na capacitação dos profissionais sendo eles o objeto maior de sua priorização.

*“Estamos trabalhando com confecção de protocolos para as equipes, educação permanente que as equipes tem gostado muito disso, participo de reuniões de monitoramento, participamos de reuniões intersetoriais.” (Isabel).*

*“A gente faz reuniões mensais para passar dados, ver pendências, a gente trabalha na lógica da educação permanente. A gente treina o profissional em serviço o que aumenta a resolutividade dele e ele fica mais seguro. A gente consegue fazer tudo muito junto, a gente consegue discutir a gente consegue trabalhar ali como uma equipe”. (Isabel)*

*“A gente consegue melhorar o dia a dia de trabalho das pessoas lá na ponta [...] então quando a gente consegue de alguma forma organizar planejar para que elas tenham processo de trabalho melhor mais fácil menos árduo eu acho que isso é gratificante, é bom. [...]”. (Isabel)*

*“Com a equipe, com os profissionais, eu me sinto mais realizada com os profissionais do que com a comunidade. A gente consegue trabalhar bem com a equipe, e isso é bom, eu me sinto bem com isso, mas com o usuário a gente ainda não consegue fazer. A gente trabalha muito para o serviço, é claro o serviço reflete melhores condições para o usuário, mas ele não é tão participante disso. Incluir o usuário e fazer com que ele se sinta participativo que ele se sinta no processo ou que ele sinta que aquilo é para ele, a gente não conseguiu fazer isso ainda”. (Isabel)*

Mônica, que exerce seu primeiro cargo de gerência em Piraí, embora não mostre uma concepção elaborada quanto ao sistema de gestão, faz uma reflexão quanto à necessidade de organização, planejamento e qualificação de profissionais e de si própria.

*“Eu ainda espero melhorar bastante quanto a isso. Acho que tenho que planejar mais, montar mais protocolos. Para a gente ter uma direção melhor das coisas a gente realmente tem que montar protocolos, qualificar profissionais, fazer a nossa própria qualificação, para que a gente consiga dar uma melhor qualidade para o cliente. A gente precisa escutar também, tanto os nossos funcionários, quanto os nossos clientes também.” (Mônica).*

Faz críticas quanto o seu modo de agir, reconhece suas dificuldades, trazendo sempre para si as funções destinadas a outrem, mas cria uma perspectiva de futuro pautada em seu esforço e necessidade de profissionalização.

*“Tenho dificuldade de olhar de cima e ter uma visão para tomar uma decisão e ordenar: tem que ser desta forma. Eu estou começando a fazer isso agora. Eu fico com receio de mexer com os brios desse profissional, isso me deixa insegura. Ter abordagem de uma forma adequada e saber o que fazer para dar uma norteadada no serviço sem deixar o barco balançar muito.” (Mônica).*

*“Tenho dificuldade de ordenar mesmo, eu me sinto responsabilizada por ter que fazer e acabo me atropelando e acabo fazendo, eu deveria ordenar e não fazer, eu acabo tendo dificuldades.” (Mônica).*

*“Eu ainda estou numa fase inicial ainda tenho muito, que aprender, eu tenho que aprender mais, me qualificar mais.” (Mônica).*

*“Eu tenho autonomia para a parte assistencial, gestão plena não. Se alguém me oferecesse uma unidade de porte maior, acho que eu não daria conta. Eu não estou preparada em cem por cento. Preciso ter uma noção maior de gerenciamento, não conheço nada de finanças, a minha área maior de abrangência é a assistência.” (Mônica).*

Isabel e Mônica estreiam na gestão no município de Piraí, sem qualquer qualificação prévia para esta área e apresentam estilos diferentes de vivenciar a experiência. Percebe-se que no caso de Mônica não há propriamente um projeto gerencial. Já Isabel embora também com pouca experiência de gestão, busca a ampliação dos espaços de diálogo, tenta sedimentar as reuniões mensais, e procura constituir um projeto que favoreça a ampliação do coletivo da gestão, um processo mais participativo e sistemático de enfrentamento de problemas e desenvolvimento de propostas.

Ana e Helena já apresentavam nas experiências gerenciais exercidas anteriormente uma importante acumulação no âmbito da organização do sistema de gestão. Em suas diversas experiências destaca-se uma sistemática de trabalho ampliada e assim uma tentativa de um modo mais coletivo de processamento de problemas.

Assim, na experiência atual de Helena em Piraí há cerca de três anos na gerência, encontra-se uma estrutura de gestão mais constituída e um processo já mais desenvolvido ao contrário de sua experiência anterior no município R.

A seguir fragmentos dessas duas experiências.

*“Tinha que dar certo, por as pessoas cobravam de você, porque era um investimento muito grande do município R, tinha que dar certo, sem uma estrutura por trás um monte de unidade abrindo todo mundo batendo cabeça, ninguém sabia o que era [...] Estava tudo tão perdido em todos os sentidos.” (Helena).*

*“Eu acho que a gente está caminhando para um futuro muito bom aqui (Piraí) em relação à gestão, porque cada vez mais a gente está profissionalizando nosso serviço. A gente dá dando uma cara de instituição mesmo, de saber técnico, de esmiuçar tudo, hoje a gente olha tudo. Quando eu entrei, eu não tinha essa impressão, eu não sei se isso acontecia antes de eu chegar, de repente acontecia, mas eu não tinha essa impressão. Hoje eu sei que a gente olha tudo, eu estou falando isso por eu sinto isso. Nossa equipe olha isso. No início eu não achava isso, eu não percebia isso, o grupo tinha menos propriedade da situação, menos propriedade, era fragmentada. Hoje não, eu consigo perceber um pouco melhor. Isso é muito bom.” (Helena).*

Quanto às perspectivas de futuro no âmbito do sistema de gestão, é apontada pela entrevistada, uma proposta ambiciosa e acredita numa “gestão de excelência” num futuro breve.

*“A gente está caminhando para uma gestão de excelência eu acredito nisso perfeitamente, mas acho que a gente tem que se organizar um pouco mais. A gente tem que administrar o nosso tempo melhor, a gente ainda fica apagando incêndios, sem rotinas, vazio. Se a gente se*

*organiza um pouco melhor eu tenho uma expectativa muito boa. Se a gente não se organizar eu acho que vai acontecer um pouco mais lento, porque a gente está se organizando. Se a gente apertar um pouco mais ano que vem a gente já está com outra cara.” (Helena).*

Aposta na participação da equipe para definição de prioridades e resolução de problemas e investe na construção da autonomia para os profissionais, fruto de amadurecimento por ter vivenciado outras experiências na função gerencial. A seguir os fragmentos de relatos de três experiências distintas.

*“Eu sou um pouco centralizadora, as gerentes não conseguiam gerenciar as equipes delas (município R) e eu acabava gerenciando todas as equipes e elas acabavam dando conta só da agenda e eu me sentia satisfeita: se der conta da agenda tá bom. E eu gerenciava os sessenta agentes de saúde que a gente tinha. Após um ano, um ano e meio eu comecei a ficar sobrecarregada. Os integrantes dessas equipes participavam, mas acabava que eu definia, eu voltava um pouco pro que eu achava que era melhor, não que eu não democratizasse, mas era eu que definia não tinha como. Eu trazia tudo pra mim.” (Helena).*

*“Quando fui convidada para o NASF eu comecei a pensar que tudo que eu sonhava para uma unidade iria acontecer, porque tudo que eu queria planejar as coisas não funcionavam muito, porque era a rotina do dia a dia.” (Helena).*

*“Uma das coisas que eu penso e que consegui fazer e ainda tem muita coisa para alcançar é dar uma autonomia maior para as enfermeiras (Piraí). A minha gestão, o meu planejamento é sempre nesse sentido. A gente precisa discutir os problemas juntos, no sentido de estar em todos os lugares e trazer problemas de todas as pessoas. Como é o meu planejamento? Na parte da enfermagem é a questão técnica mesmo, assistencial e técnica. Então tudo que não está bom eu tento organizar rotinas e treinar esta equipe. Tudo eu tento discutir todas as questões que elas me trazem. Eu tento me reunir uma vez por mês, às vezes não dá. A gente tenta planejar toda a questão da assistência. Tem algumas coisas que eu tenho conhecimento que é o ideal. Meu planejamento é em cima disso.” (Helena).*

*“[...] eu tento interferir menos, eu vejo o problema, eu trago para a equipe, discuto e peço que resolvam, a não ser que peçam para eu ficar junto, nunca digo não, mas sempre deixo que resolvam. Eu tento fazer com que as enfermeiras desenvolvam a liderança.” (Helena).*

Outra entrevistada, Ana, se remete à sua vivência na assistência e a compara de maneira interessante com a função gerencial.

*“Eu me sentia angustiada quando eu trabalhava na assistência. Você tinha pouca autonomia enquanto enfermeiro e você não tinha possibilidade de crescer dentro desta área, eu não estou falando de crescer do ponto de vista financeiro nem hierárquico, mas crescer no seu conhecimento. Era uma área extremamente limitada. Então comparando com o que eu vivo hoje, é angustiante por conta do tempo que você tem e por conta da responsabilidade que você tem enquanto coordenador por um outro lado se você está num local onde você tem parcerias, onde se você consegue parcerias você tem sempre espaço para o crescimento das pessoas e para o crescimento do trabalho e para seu crescimento como profissional.” (Ana)*

Apresenta um projeto gerencial, no município de Piraí, de fortalecimento da Atenção Primária de Saúde enquanto espaço de qualidade assistencial e referência para a população.



*“O meu projeto maior é a qualificação do trabalho da atenção primária em saúde. A gente tem um espaço para conquistar. Na verdade a cada dia você tem que vencer um desafio, enquanto ser para esta população de fato uma é. teoricamente atenção primária ser realmente a porta de entrada do sistema de saúde. Acho que isso é um desafio. O meu desafio no meu trabalho é realmente tornar este espaço de trabalho como um espaço onde a gente tenha realmente qualidade no trabalho que é desenvolvido com as múltiplas categorias que trabalham lá... que esses profissionais possam ser uma referência para a população. Ser um local reconhecido como uma instituição, como um espaço de trabalho, como um espaço de assistência importante para a gestão, para a população e para os próprios profissionais.”*  
(Ana)

Percebe-se nos relatos de Ana e Helena um esforço para delinear um projeto de gestão mais concreto, mais articulado.

## 7.2 Os instrumentos de gestão

Quanto aos instrumentos de gestão, há uma ênfase marcante nos depoimentos, tanto na experiência atual, como nas anteriores, quanto à utilização de indicadores de avaliação no processo gerencial. Reconhecido pelas entrevistadas como importante ferramenta gerencial, por vezes tratado no âmbito de um processo de programação/planejamento, indicadores, planilhas de avaliação mostram-se, no plano do discurso das gerentes como um caminho para a gestão.

Talvez possamos compreender o emprego dos indicadores de avaliação como um ponto de contato, um apoio ou como uma transição entre o mundo da assistência e da gestão, entre quem faz, ou organiza o fazer, e a gerência que se encontra num plano mais distante, atravessada pela preocupação e responsabilidade com o desempenho. Assim, parece funcionar como uma base para a cobrança e controle, mas também como caminho de diálogo sobre o funcionamento dos serviços, seus desafios, suas dificuldades. Talvez os indicadores de avaliação, representem um lugar de intermediação entre o real do trabalho e o trabalho prescrito, no sentido dado por Dejours (1994).

O desenvolvimento de um sistema de avaliação, por outro lado, é uma metáfora do ideal de gestão profissionalizada, representando a força da mensuração e do quantitativo na gestão. A partir do olhar do planejamento estratégico e particularmente de Carlos Matus (1993,2000) a avaliação e especificamente os indicadores, representariam a preocupação com a prestação de contas quanto ao trabalho realizado, funcionando como uma estratégia de busca de um aumento do nível de responsabilidade institucional para com os seus resultados.

Ana mostra em seu relato uma preocupação com a ausência de uma política avaliação de desempenho dos profissionais.

*“Hoje no Saúde da Família você não tem uma avaliação que mostre o trabalho das pessoas como uma questão diferenciada. Hoje, assim, os enfermeiros ganham todos os mesmos valores, eles recebem o mesmo salário independente se eles conseguem, ou se tem metas que eles alcancem com mais ou menos facilidade. Acho que hoje ter incentivos diferentes para pessoas que conseguem resultados diferentes e formas diferentes de trabalhar, eu acho que é uma coisa que a gente precisa estar conquistando. Acho que é se organizar. Fazer estudos mais adequados para qualificação, para o incentivo de profissionais que respondam diferente a qualidade do serviço é outra questão importante que a gente gostaria de organizar. Então se eu tivesse que enumerar duas coisas eu enumeraria essas duas coisas: qualidade técnica dos profissionais e incentivos para que eles possam ter mais motivação para poder trabalhar de forma diferenciada.” (Ana).*

Em suas atividades estão inseridas avaliações e busca de parcerias com o objetivo de aprimorar e qualificar o trabalho dos profissionais.

*“As minhas atividades do dia a dia são sempre estar fazendo interação com outros setores da rede. Estar fazendo o planejamento e buscar estratégias para melhorar o trabalho. Nosso grande trabalho do dia a dia é isso avaliação de resultados, reunião com as equipes, buscar qualificação dos profissionais. Meu dia a dia é sempre muito envolvido com os demais setores e com a própria equipe para que a gente possa avaliar o seu trabalho, qualificar o seu trabalho e para que dessa forma a gente possa melhorar o trabalho das equipes.” (Ana).*

Isabel utiliza como instrumento gerencial para o monitoramento das metas anuais o que chama de “Caderno de Avaliação”, que permite acompanhar a evolução das metas criando condições para uma intervenção que leve ao alcance das mesmas.

*“A gente constrói instrumentos de avaliação e instrumentos de monitoramento das ações. O instrumento mais recente que criamos foi um caderno de avaliação que tem as metas anuais e a gente consegue fazer um acompanhamento mensal e retornar isso para os profissionais para que eles possam ver como eles estão indo. Às vezes o que a gente vê é que no primeiro mês do ano a gente fala qual é a pactuação para o ano e em dezembro as pessoas não conseguem alcançar, mas elas não monitoraram aquilo no longo do ano. Esse caderno permite que eles monitorem mês a mês o que alcançaram e traçar estratégias para que no final do ano isso tenha êxito, bom êxito.” (Isabel).*

Helena expressa dificuldade para consolidar um sistema de avaliação devido a situações inesperadas.

*“Ainda estou na questão de apagar incêndio, tem alguns indicadores caminhando, mas os indicadores estão muito devagar. Tem alguns indicadores do ano passado que ainda não se desenvolveram, mas este ano vou retomar isso.” (Helena).*

*“Eu tento planejar, mas nem sempre sai. [...] sei que não é fácil, fico colocando algumas metas e indicadores [...] mas se você não acompanha não tem jeito se perde, e aí quando você acha que está concretizado, que as pessoas estão fazendo, se perde um pouco.” (Helena).*

Expressando a dimensão técnica da gestão, a ênfase nos indicadores de avaliação traduziria esta vertente na gestão. Embora não surjam em todos os relatos experiências plenas de constituição de sistemas de avaliação.

### **7.3 Trabalho gerencial e processos interativos**

O trabalho gerencial, na concepção tratada aqui, é acima de tudo, como visto anteriormente, um “trabalho vivo em ato”, sendo caracterizado como um trabalho entre sujeitos.

Embora ao longo de toda a análise que vem sendo realizada essa concepção do trabalho gerencial se faça presente, será particularmente enfocada neste momento. Será considerada, por um lado, como um foco do trabalho das gerentes, fruto da explicitação pelas entrevistadas, de uma dimensão “interativa” ou “interpessoal” deste trabalho que se realiza com o outro – da equipe de gestão ou com o profissional. Nos depoimentos é reconhecida a dimensão humana do processo organizacional - realçada tanto através dos conflitos de interesse e, portanto, na esfera da política, quanto pelo aspecto afetivo. A dimensão interativa no trabalho gerencial tem expressão nos processos que levam à construção de acordos, enfrentamento de conflitos e de hostilidade, no uso da autoridade, na busca do convencimento, na interlocução, negociação, na construção de relações de confiança.

Esta pesquisa procurou compreender e analisar os processos que emergem nas narrativas como expressão de processos grupais e inconscientes postos em movimento no cenário da função gerencial. São particularmente consideradas as manifestações de violência (ataques, boicotes) e resistências às propostas de gestão.

#### **7.3.1 O trabalho em equipe**

É dominante nos depoimentos a ênfase no trabalho junto às pessoas, reconhecendo-o como condição fundamental para que, de fato, a unidade funcione. No entanto, este trabalho com o outro se mostra muito árduo:

*“Eu tenho um pouco de dificuldade de trabalhar em equipe, sou muito explosiva, sou rápida. Isso trava meu trabalho [...] eu quero que as coisas aconteçam no meu tempo, sou muito mais rápida então as pessoas não tem o mesmo ritmo que o meu. Que bom que não tenha também, essas coisas eu nem fico mais triste por isso, mas me atrapalha, porque eu planejo uma coisa, e aí as coisas estão acontecendo e vão para um outro ritmo.” (Helena)*

*“Eu tenho dificuldades de lidar com as pessoas, essa é minha maior dificuldade na minha gestão, às vezes eu não sei falar, sou muito intempestiva, falo o que estou pensando na hora, isso me traz sofrimento muito grande mais pra mim do que para as pessoas.” (Helena).*

*“Eu tenho dificuldade de lidar com o pessoal, com a equipe, com o paciente nem tanto.” (Mônica).*

*“Eu acho que o trabalho não é difícil, trabalhar não é difícil, fazer as coisas que são do trabalho não é difícil, mas o dia a dia é difícil porque as relações interpessoais são muito difíceis, são muito difíceis.” (Isabel).*

As dificuldades para conseguir o envolvimento dos funcionários são realçadas.

*“Como é que você alcançar metas sem cobrar para que as pessoas não se sintam cansadas, sobrecarregadas, isso é difícil, mas se a gente não cobrar as coisas não andam.” (Isabel).*

Por outro lado, ganha destaque a capacidade de escuta do dirigente:

*“A gente precisa escutar também, tanto os nossos funcionários, quanto os nossos clientes também.” (Mônica).*

Há uma ênfase nas interações cotidianas de trabalho que expressariam os valores e compromissos das dirigentes, sendo uma possível fonte para construção de acordos e processos de negociação. Assim, pelo trabalho, uma das entrevistadas afirma que “ficou com o coração apertado” quando optou por se desligar desta unidade de saúde.

*“Problemas fáceis de resolver, estou falando de questões gerenciais e não assistenciais. Coisas fáceis de resolver, às vezes rolavam há meses mudavam de um lugar para o outro [...] era só questão de olhar [...] quando estavam nas mãos delas elas não conseguiam prevenir o problema.” (Helena)*

*“E aí eu pensei que não fosse dar conta e foi muito bom [...] e eu consegui resolver muito, as meninas ficaram muito satisfeitas e assim e eu saí de lá com o coração apertado [...] porque elas não queriam que eu saísse de lá, na vai não vai, não vai [...] uma expectativa muito grande para que desse certo.” (Helena).*

Há uma mobilização dessas gerentes para gerar um clima de cooperação e valorização dos profissionais.

Helena reconhece a evolução positiva de sua equipe.

*“A equipe é ótima, quando eu cheguei [em Piratí] eu não achava, não achava. Eu achava que as enfermeiras eram fracas elas tinham alguns defeitos como todos nós temos que elas tinham algumas situações que precisavam de melhora como todos nós precisamos, mas hoje eu acho elas muito dedicadas. Hoje eu tenho uma outra visão, eu sei que elas fazem o que*

*elas podem, elas são fiéis, elas são comprometidas, eu posso ficar tranquila. Meu telefone pouco toca, não tem problemas graves.” (Helena)*

Isabel realça em seu depoimento a interlocução: reuniões, discussões intersetoriais na perspectiva de construção de vínculos de confiança.

*“A gente faz muita reunião, tenta trabalhar com outros setores, fazer reuniões intersetoriais, e isso tem sido muito bom. A gente tenta interagir com outros setores. A gente faz reuniões mensais para passar dados, ver pendências, a gente trabalha na lógica da educação permanente. A gente treina o profissional em serviço o que aumenta a resolutividade dele e ele fica mais seguro.” (Isabel).*

Os elementos interpessoais e subjetivos são também considerados pelos entrevistados como condição do vínculo de trabalho.

Os depoimentos são permeados por sentimentos.

*“A gente consegue trabalhar bem com a equipe e isso é bom e eu me sinto bem com isso”. (Isabel)*

*“Eu sou muito agitada. Quando eu cheguei (em Piraí) tinha uma expectativa muito grande. Mas eu estou satisfeita. Eu não sei como as pessoas veem o meu trabalho. Eu acredito que as pessoas veem o meu trabalho de forma muito áspera, muito mandona, mas é por que sou assim. Mas vamos lapidar: se tirar esta questão de ser durona, de ser grossa eu acho que eu tento dar conta, fazer tudo no prazo, puxar a equipe, só acho que eu rendo muito mais.” (Helena).*

*“O que eu acho mais difícil é a responsabilidade que a gente tem. Você é responsável por um número muito grande de pessoas. Pessoas que pensam diferente de você.” (Ana).*

A gerente, no exercício da função de liderança, vai buscar a cooperação, procurando representar vontades e desejos do grupo, mas também afirmar seu poder. A palavra não é exercida apenas como instrumento de comunicação, mas também como modo de obter reconhecimento e legitimidade, enfim, ampliação da governabilidade.

*“Eu sou muito aberta à discussão. Nosso papel é elaborar, traçar metas, fazer planos e monitorar também, mas a gente não faz isso de uma maneira radical. Na verdade a gente cria momentos de discussão, eu tenho essa característica. Eu acho que em alguns momentos também é inerente da gestão tomar decisões e isso vai contra o que as pessoas querem. Você nem sempre consegue agradar as pessoas e fazer como todo mundo quer. O que pesa para a gestão em determinados momentos é ser aquele que decide.” (Isabel).*

As gerentes procuram funcionar como suporte sobre o qual o grupo tem apoio. As entrevistadas procuram ser fontes de mobilização, unificação, de formação de identificações.

#### 7.4 Trabalho gerencial, violência e sofrimento

Dejours (1999a) se refere ao trabalho como fazendo parte da tríade ação-trabalho-sofrimento. A relação entre estes elementos se dá na medida em que no trabalho, ao agir, o trabalhador corre risco de errar, fracassar, ser punido. Ao agir, portanto, o trabalhador corre o risco de sofrer.

No setor saúde, as unidades de saúde não são apenas território para demandas de proteção dos funcionários e da população. Mostram-se também como espaço para manifestação de hostilidade e violência. Como afirma Enriquez (1997) as organizações mostram-se como palco para manifestação do jogo do poder e do desejo. Jogo arriscado e perigoso para os indivíduos que jogam com sua identidade, seus desejos de reconhecimento e de estima. Esse contexto é produtor de sofrimento psíquico tratado explicitamente em alguns depoimentos. São expressão deste sofrimento os relatos de adoecimento das gerentes, como também as vivências desproteção expressas, por exemplo, no medo de sofrer algum tipo de atentado físico, a incapacidade de se desligar da unidade de saúde e de seus problemas e até mesmo o sentimento de aprisionamento.

As precárias condições de trabalho constituem o que para Dejours (1999) são “pressões para trabalhar mal”, desencadeadoras de sofrimento psíquico para os profissionais, mas também para o gerente - que ocupa o lugar de responsável por tudo que se passa na unidade de saúde na qual está inserido.

Esta situação é vivida por Helena em uma de suas experiências gerenciais.

*“A secretária de saúde do município R não tinha a menor noção, não sei se posso falar isso, mas não tinha noção do que era secretaria de saúde e tinha uma assessora que tinha boa vontade, mas também não tinha noção de saúde pública nada disso. Era muito complicado, as pessoas entenderem. Muito tumultuado. O trem não sabia onde ia parar parecia que não tinha maquinista. Muito tumultuada: hoje era uma ordem amanhã era outra. Eu fui tentando. Eu fiquei lá três anos, fiquei muito cansada muito exposta, qualquer coisa me ligava, fiquei enlouquecida, não conseguia tirar férias.” (Helena).*

*“Tinha que dar certo, por as pessoas cobravam de você, porque era um investimento muito grande do município, tinha que dar certo, sem uma estrutura por trás um monte de unidade abrindo todo mundo batendo cabeça, ninguém sabia o que era. Estava tudo tão perdido em todos os sentidos.” (Helena).*

*“Era uma comunidade que sugava muito por ser muito por ser muito carente, muito violenta, tinha quatro morros lá. Era tráfico de drogas mesmo. Tinha dia que o agente não podia fazer visita, subia a metade do morro e pedia para descer. Eu subia morro e descia morro. Eu fiquei muito cansada, muito exposta”. (Helena)*

Helena descreve uma experiência em que seu envolvimento com o trabalho era marcante e o achava gratificante, porém com mudança da gestão local sofre boicotes e é exonerada.

*“Foi muito legal, muito legal. Eu conhecia muito aquela comunidade e eu me dedicava muito àquela comunidade. Mas mudou a gestão [...] entrou uma pessoa que não sabia nada de saúde [...] era uma pessoa do prefeito, foi uma loucura, arbitrária. O que começou se organizar no período três anos no município R ela atrapalhou o que as pessoas começaram a melhorar ela veio desorganizando tudo. E aí eu comecei bater um pouco de frente [...] ela fazia reunião e eu levantava a mão para falar [...] eu não consigo ficar muito quieta.” (Helena).*

*“Eu ia fazer um grupo e fui às sete horas da noite na Secretaria de Saúde solicitar um coffee break... e aí eu ouvi uma conversa alta e a subsecretária saiu e me perguntou o que eu estava fazendo ali. Respondi: ‘como assim? Vim solicitar um coffee break’. E aí ela falou: ela (Secretária de Saúde) acha que você está vindo muito aqui. Eu não estava entendendo, mas também não estava muito a fim de ficar abaixando a cabeça porque eu estava muito revoltada com o que estava acontecendo lá. Falei: não estou entendendo ela que conversar comigo agora?” (Helena).*

*“E aí num outro dia eu estava trabalhando na unidade e chega a subsecretária junto com a coordenadora me chamando e dizendo que havia sido exonerada. Não tinha motivo, ninguém tinha explicação fiquei espantada com a situação. Até hoje eu não sei. Ninguém entendeu, perguntei para algumas pessoas: ‘você acha que tem motivo?’ Ninguém entendeu. E eu saí da gerência. Mas estava tudo muito confuso na Secretaria isso foi em setembro, outubro e em dezembro acabava o governo do prefeito. Todo mundo ficou muito revoltado. Eu não assinei minha demissão na época e muita gente tentou reverter, reverter, reverter, até que eu tive acesso ao prefeito e a secretária colocou o cargo dela a disposição se eu voltasse. Alguma coisa muito séria aconteceu. Essas pessoas estavam envolvidas em escândalos, corrupções. Eu estava muito revoltada com a situação. Eu fiquei uns quatro meses parada e me desliguei mesmo.” (Helena)*

Interessante notar que numa estrutura favorável, condições de trabalho harmoniosas e favoráveis ao desenvolvimento de consensos, Isabel também experimenta sofrimento na atual função no município de Piraí.

O trabalho gerencial é fonte de angústias, despertando na entrevistada a imagem de aprisionamento. Surge também a visão que a função que absorve todas as energias, ocupando até mesmo o lugar da família.

*“A sensação que eu tenho é que a gente está encurralada, a gente está presa num lugar. E a maioria, é até contraditório, eu me sinto como uma minoria mas tem um poder maior que a maioria e as pessoas se sentem ameaçadas por isso. Por mais e eu seja uma minoria parece que a gente gera uma coisa nas pessoas que elas se sintam, por mais elas sejam a maioria elas se sintam acuadas. Isso é difícil. Você ficar limitado no trabalho por conta das relações interpessoais. Essa é a situação que eu me encontro hoje, mas acho que isso é comum, isso é comum. Na ponta essa briga pelo poder não é tão aparente, as pessoas se sentem, eu nem sei se a colocação está correta, mas as pessoas se sentem no mesmo nível, se sentem como iguais e na gestão as pessoas tendem a se sentir em posições hierárquicas superiores e há uma briga por essa hierarquia e por esse poder, por mais que ele seja virtual, muito maior do que na ponta. A nível de gerência, de gestão a intensidade é maior. As gerências também se sentem assim.” [Isabel falando sobre seu trabalho no município de Piraí]*



*“Eu vou pra casa e sento para jantar eu falo com meu marido do paciente tal que eu não consegui fazer isso, meu Deus do céu a gente não vai conseguir alcançar a meta, você se consome com essas coisas porque está responsabilizado, né, mas isso a gente consegue intervir. As brigas que a gente leva pra casa, os problemas interpessoais que a gente leva pra casa, isso é o pior. É você não conseguir se relacionar com as pessoas é você ter dificuldade com isso. É as pessoas quererem brigar o tempo inteiro. Isso é muito ruim.” (Isabel).*

A entrevistada tratando do seu desconforto com relação à prática gerencial contrasta a baixa governabilidade com as ilusões sobre o poder de gestão:

*“Aconteceram tantas coisas há tanto tempo que hoje existem barreiras que parecem que são insuperáveis no relacionamento interpessoal, então acho que o que é mais difícil pra mim é lidar com isso, é lidar com a fofoca é lidar com a mentira a disputa pelo poder, é horrível isso, é horrível isso. Por mais que você não queira esse poder às vezes eu acho que eu não tenho um poder, mas as pessoas colocam que você tem um o poder e querem tomar de você de qualquer forma. Isso é que é pior. Isso é que é pior. Isso é que atrapalha o trabalho.” (Isabel).*

Dejours (1994) destaca que quando o trabalho torna-se inapropriado para o bom funcionamento do aparelho psíquico, ele se opõe à sua livre atividade. Ou seja, quando o trabalho é livremente escolhido e organizado, ele oferece vias de descarga mais adaptadas às necessidades do indivíduo e desta maneira, o trabalho permite a diminuição da carga psíquica, passando a ser um instrumento de equilíbrio para o trabalhador. Por outro lado, se o trabalho não oferece estas vias de descarga necessárias, ele não diminui a carga psíquica do trabalhador e se torna fatigante.

Isso está declarado na história de Isabel.

*“Como a gente não tem dificuldade em trabalhar, se eu tiver que entrar sete horas da manhã e sair às dez horas não tem problema com isso, eu vou trabalhar, mas isso desgasta, essas briguinhas desgastam muito, um que fala do outro desgasta demais né [...] A gestão em si já é uma coisa que é pesada não uma coisa que é leve, as suas ações e suas atitudes, elas têm uma ampliação, elas são maiores do que se você tivesse na ponta suas, atitudes tem consequências maiores. Isso é um peso, pra quem está envolvido, isso é um peso maior. Isso tira sono, isso faz você pensar, faz você trabalhar mais que quarenta horas, porque eu vou pra casa e fico pensando nisso.” (Isabel).*

As condições de trabalho são representadas pelos aspectos físicos, mecânicos, químicos e biológicos do posto de trabalho, e que neste sentido têm como alvo, principalmente, o corpo do trabalhador. A organização do trabalho, por outro lado, atua no nível do funcionamento psíquico do trabalhador (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

O conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico é uma fonte de sofrimento para o trabalhador, sofrimento este que exige do mesmo, o uso de estratégias para se defender deste sofrimento (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

As estratégias de mobilização coletiva representam modos de agir em conjunto dos trabalhadores, através do espaço em comum para discussão e cooperação, com o intuito de eliminar o custo humano negativo do trabalho, resignificar o sofrimento, melhor administrar as contradições e transformar a organização e condições de trabalho e as relações sociais (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET; 1994).

Para estes autores, as estratégias defensivas levam à modificação da percepção que os trabalhadores têm da realidade que trás o sofrimento. Elas constituem mecanismos individuais ou compartilhados de negação e/ou racionalização do sofrimento e do custo humano negativo ocasionado pelas contradições e pelos conflitos vivenciados no contexto de produção de bens e serviços. A negação aqui é caracterizada pela naturalização do sofrimento, pela supervalorização dos resultados positivos, pela visão dos fracassos do trabalho como provenientes da incompetência, da falta de preparo, ou da má vontade humana, por comportamentos de isolamento, desconfiança, individualismo, entre outros. A racionalização representa a busca de justificativas socialmente valorizadas para o sofrimento e se caracteriza por comportamentos de apatia, passividade e conformidade sobre as pessoas que podem ameaçar esta defesa.

*“A gente consegue melhorar o dia a dia de trabalho das pessoas lá na ponta, não estou dizendo que a gente faz tudo certo claro que não, mas quando a gente faz algumas coisas que dão certo e são muitas coisas que a gente faz que dá certo eu acho que a gente vê o processo de trabalho das pessoas melhorando e isso é bom né? Porque hoje a gente nota que as pessoas na área de saúde estão muito cansadas, sobrecarregadas, amarguradas, entristecidas então quando a gente consegue de alguma forma organizar planejar para que elas tenham processo de trabalho melhor mais fácil menos árduo eu acho que isso é gratificante, é bom”.(Isabel)*

*“Não é que um grupo é bonzinho e outro mauzinho e eu somos bonzinhos não é isso, mas a gente tenta melhorar isso.” (Isabel).*

Assim, apesar de tudo, surge um prazer neste trabalho, no qual a esperança e a ilusão são fundamentais.

*“Com a equipe, com os profissionais, eu me sinto mais realizada com os profissionais do que com a comunidade. A gente consegue trabalhar bem com a equipe, isso é bom, eu me sinto bem com isso, mas com o usuário a gente ainda não consegue fazer.” (Isabel)*

Outra fonte de sofrimento para as entrevistas advém da influência da política gerando baixa governabilidade.

*“O que tira a autonomia da gente é a política. Quando a gente quer mandar alguma pessoa embora, colocar outra no lugar, a gente não tem governabilidade pra isso Porque uma coisa que é característica daqui e a política que é muito forte. A questão da política está tão entranhada no município (Piraí) como um todo que dificulta, dificulta alguns caminhos”. (Isabel)*

*“Eu estava pensando o prefeito vai mudar. Nesse tempo que eu estou aqui (Piraí) não me passou pela cabeça que eu fosse sair daqui e nem que ninguém fosse me tirar, mas o prefeito vai mudar e aí, a gente vai para onde? Porque você pode ser boa ótima maravilhosa, mas tem uma coisa da política que não tem jeito, mas também não pensei mais que dez minutos porque não quero ficar me estressando com essas coisas... E eu vou pra onde? Começar tudo de novo? E enfermeira ainda, né? Que eu vou fazer?” (Helena).*

Ana ao relatar sua experiência na gerência no município de Piraí faz reflexões sobre sua autonomia e destaca que a problemática grupal e as questões inconscientes que a fundam impõem o reconhecimento de uma visão mais trágica de situações ocorridas, diminuindo as ilusões sobre as possibilidades de construção de consensos.

*“Eu acho que tenho autonomia, acho que aqui dentro do município de Piraí eu acho que se a gente não tem mais autonomia é por que falta até tempo pra gente buscar, qualidade técnica na minha coordenação para buscar esta autonomia. Eu acho que a partir do momento que a gente qualifica o nosso trabalho para poder ter mais qualificação a gente consegue. A partir do momento que a gente monta um planejamento adequado e apresenta isso de uma forma organizada eu acho que a gente consegue. O que a gente tem mais dificuldade para isso é na verdade são essas dificuldades internas que a gente tem na relação com as pessoas. Acho que a gente poderia estar se aprimorando mais no sentido de toda a equipe hoje que assessora a gestão local a gente poder estar se unindo no sentido de melhorar a qualidade técnica do nosso trabalho. Muitas vezes essas relações elas são difíceis entre as pessoas então a gente não usa todo o nosso potencial. Se esse grupo estivesse mais unido e mais próximo, não sei se é possível em algum local, dentro do município de Piraí talvez por ser um local menor, onde você convive de forma muito próxima com as pessoas talvez isso até dificulte, né? Já trabalhei em outros municípios onde as relações eram mais distantes talvez por ser um município maior, se a gente trabalhasse mais separado talvez a gente não tivesse tanto problema de relação interpessoal como a gente tem dentro do município de Piraí.” (Ana)*

Os depoimentos expressam o mundo da gestão em que vivem no contexto do município de Piraí. É fundamental terem em conta que os contextos históricos e institucionais produzem tais práticas e as produzem e deste modo tornam-se viáveis as possibilidades de gestão.

As modalidades de prática, na verdade, estão colocadas ao longo do trabalho. Voltar-se para a mudança ou para a sobrevivência vêm se manifestando por meio das estratégias gerenciais adotadas para dentro das unidades ou também para fora; no sistema gerencial adotado ou na gestão mais ou menos colegiada, onde pode existir tempo e espaço para pensar.

As experiências destas gerentes indicam o quanto suas modalidades de prática gerencial encontram-se na encruzilhada entre vários planos de constituição. Por um lado, são expressão de processos subjetivos, de suas trajetórias profissionais, ao mesmo tempo, são fruto de possibilidades que se constroem na organização compreendida como instância grupal e, num outro nível de análise, têm origem em processos institucionais e conjunturais.

As características destas experiências de gestão, que procuram construir condições para processos de mudança por meio de experiências anteriores, de estratégias de trabalho e do sistema gerencial que procuram desenvolver.

Assim, quanto às estratégias de trabalho destaca-se no relato das entrevistadas a importância da articulação com outras instâncias buscando apoio para o funcionamento das unidades de saúde. É comum a criação de dispositivos nos processos de trabalho que permitam pactos, acordos quanto aos rumos das unidades saúde e seu modo de funcionamento interno.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos a análise do material empírico explorando os percursos profissionais vividos pelos entrevistados, os caminhos de suas práticas profissionais e particularmente os processos que os levaram à função gerencial.

Quanto aos processos que levaram à designação para a primeira experiência na função gerencial, o acesso à gestão seguiu uma regra, não tendo as gerentes, em sua maioria, sido indicados por critérios técnicos. A contingência marca essas trajetórias que se desenrolam em um contexto em que não existe carreira, nem qualquer exigência quanto à formação gerencial. Assim, para ocuparem seus primeiros cargos gerenciais, seus relacionamentos pessoais e políticos, e também o compromisso com o trabalho, parece ter sido fundamental como critérios de indicação. No entanto, no momento da entrevista, na gestão atual, duas das quatro entrevistadas já passaram a ter formação adequada no campo da gestão e experiências consolidadas.

Paralelamente aos esforços de mudanças no modelo gerencial, observam-se, especialmente na área pública da saúde, na década de 90, iniciativas relativas ao treinamento e consequente profissionalização de seus dirigentes, como também mudanças quanto ao processo de ocupação de cargos, realizado não mais com base exclusivamente em critérios político partidários, como era tradicional, mas através de indicação de esferas administrativas superiores com base em mérito profissional, associados, por vezes, à formação no campo gerencial.

Onocko (2007) nos trás outra reflexão: o que é que um gerente deve ser para poder estar gerente?

Formação técnica em gerência em saúde: em saúde, classicamente escolhem-se gerentes por sua competência técnica em procedimentos de saúde, muita vezes sequer na produção de saúde. Ressaltamos que alguém que se dispõe estar gerente vai ter que estudar algumas questões técnicas da própria tarefa gerencial. Dependendo do lugar: planejamento, gestão de pessoas, custeio, cálculos de insumos, etc. Isso é fácil, pois é técnico e qualquer um aprende uma ou várias técnicas se se esforçar o suficiente. (ONOCKO, 2007, p. 134)

Onocko (2007) discute a gestão como um espaço de intervenção e nela espera-se que o gerente do SUS exerça uma função diferenciada, de coordenação, “que, sem esteja gerente, sem necessariamente sentir que é gerente.” Propõe questões relevantes como formação técnica em gerência e saúde, entendimento para abordar questões provenientes da grupalidade e da produção de subjetividade institucional e estimular a autonomia e criatividade da equipe.

Pensar nessa função – gerência – como produção intersubjetiva significa expor-se a essa experiência da intersubjetividade, para expor, para se expor é preciso suportar estar aí (não além, no lugar de chefe instituído).” (ONOCKO, 2007, p. 138)

Campos (2007) em seu livro *Saúde Paidéia* propõe o que ele chama de Apoio Paidéia que constitui uma postura metodológica que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão e parte do pressuposto de que as funções de gestão se exercem entre sujeitos ainda que com distintos graus de saber e de poder. Reconhece que toda gestão é produto de uma interação entre pessoas e que produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder de trabalhadores e de usuários das organizações.

Interessante notar que esta abordagem permite uma forma mais democrática de coordenar e planejar o trabalho, dando lugar a criatividade, as experiências, os desejos e interesses dos sujeitos.

O termo *Apoio* procura capturar todo este significado: não se trataria de comandar objetos sem experiência ou sem interesses, mas de articular os objetos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. Tampouco se aposta apenas nos recursos internos de cada equipe. O termo *Apoio* indica uma pressão de fora, implica em trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho que recebem ou serviços. Quem apoia sustenta e empurra o outro. Sendo em decorrência, também sustentado e empurrado pela equipe ‘objeto’ da intervenção. Tudo misturado e ao mesmo tempo. (CAMPOS, 2007, p. 87)

As experiências anteriores como gerentes são marcadas nos relatos das entrevistadas, por um lado, por vivências de realização, reconhecimento, capacidade de desenvolvimento de projetos, processos de mudança, e até mesmo por sentimentos de encantamento, estando presente, assim, sentimento de possibilidades de um melhor funcionamento das unidades de saúde; por outro lado, parte dos relatos é atravessada por situações de crise, enfrentamentos e, por vezes, por saídas traumáticas. Surgem nas narrativas das gerentes as dificuldades do contexto da gestão - as pressões políticas de diversos atores, corrupção, como também o sofrimento frente às dificuldades dessa situação. O cenário de instabilidade e o risco constante de perder o lugar surgem nos depoimentos. O contexto de falta de apoio e isolamento, embora claramente explicitado, não impede o entusiasmo com as conquistas, a imagem positiva da gestão e a sensação de reconhecimento interno.

As gerentes encontram-se, submetidas a um conjunto de determinações muito fortes e de origem externa, tais sejam: pressões políticas, escassez de recursos, precariedade na política de recursos humanos e exonerações abruptas que representam um quadro de precariedade que se torna importante fonte de sofrimento. Do ponto de vista interno, manifestam-se coalisões de poder, emergindo resistências e adesões.

Parte-se da referência de que o trabalho pode promover um estado ou sentido de realização para a pessoa que trabalha e que o alcance desta realização é gerador de prazer enquanto o processo de busca para esta realização envolve sofrimento.

Onocko (2007) ao descrever sobre gestão como produtora de intersubjetividade e processos intermediários discorre como na maioria das situações institucionais, o modelo gerencial hegemônico (CAMPOS, 2000), que praticamos nos serviços, contribui para o estabelecimento de relacionamentos interpessoais marcados pela ameaça que o outro representa.

A maioria desses grupos que encontramos nos serviços de saúde não são grupos, porém agrupamentos, ou não tem constituída uma área de relações intersubjetivas que permita que a experiência da diferença não seja vivida como mortal. O outro como ameaça. O outro como depositário de tudo o que há de ruim. O outro como o que me impede de desabrochar O outro como lugar onde despejar onde eu quiser. O outro como testemunha para que representar, o agrupamento como palco. (ONOCKO, 2007, p. 129)

Onocko (2007) enfatiza que para ter um projeto o grupo muitas vezes precisará “de suporte e de manejo que o ajude a se estruturar como subjetividade (com grau razoável de circulação de afetos) e, o planejamento começa aí e não depois, no plano”.

Mostra-se pertinente, neste contexto, o conceito de carga psíquica de trabalho empregado por Dejours (1994a) como um caminho que faz a ligação entre organização do trabalho e o sofrimento:

A carga psíquica do trabalho é o esforço, isto é, o eco ao nível do trabalhador da exigência constituída pela organização do trabalho. Quando não há mais a possibilidade de acomodação da organização do trabalho pelo trabalhador, a relação conflitual do aparelho psíquico com a tarefa se instala (DEJOURS, 1994 a, p.24).

Através deste processo desencadeia-se o sofrimento psíquico. Em sua explicação, Dejours (1994a) recorre a uma compreensão da economia psíquica: “a energia pulsional não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando o sentimento de desprazer e tensão” (DEJOURS, 1994 p.9).

A noção de carga psíquica e o sofrimento daí decorrente expressam-se de forma particular em contextos em que a luta contra a morte é central. Nicole Aubert (1994) estudando a neurose profissional recorre ao estudo de P. Logeay e G Gadbois sobre a agressão psíquica da presença da morte no trabalho de enfermagem. Segundo esta investigação, a luta incessante e incerta contra a morte remete o sujeito ao fantasma de sua própria morte e a sentimentos de culpa por não fazer mais do que faz. Agravadas por um contexto de solidão

“essa carga psíquica de confronto com a morte não consegue ser eliminada jamais se volta, pois, contra o indivíduo produzindo angústia e culpa”. (AUBERT, 1994 p.175).

A solidão hierárquica e o nível de responsabilidade oriunda do cargo de direção somam-se, como outros fatores a desencadear sofrimento. Em um contexto de stress profissional ou neurose profissional “o sujeito funciona, então, como uma caixa de ressonância dos múltiplos problemas ou múltiplos conflitos da organização.” (AUBERT, 1994 p.178).

A partir deste quadro, a investigação aprofundou a análise das práticas gerenciais das gerentes revelando práticas distintas. A este respeito, algumas considerações gerais tornam-se importantes, particularmente sobre o significado e as implicações de cada uma dessas práticas.

No que se refere à prática gerencial no município de Piraí, gostaria de ressaltar a estrutura de política e de gestão que se encontra posta. O município possui um contexto político peculiar, com uma continuidade política desde 1993, adota uma política de gestão participativa na saúde com várias instâncias formais como: Conselho Municipal de Saúde, Conselho Gestor de Unidades, Colegiado Técnico de Gestão, Seminários de Avaliação anuais. Adota um investimento em saúde acima do preconizado pela Constituição Federal o que permite um investimento em estruturação e oferta de serviços públicos. (RELATÓRIO DE GESTÃO 2009 - SMS PIRAÍ)

Pelos depoimentos percebe-se que todas as experiências apostam em um processo de mudança, através de tentativas de construção de um plano de trabalho para, na construção de certo projeto gerencial e assistencial, representando que é possível mudar, “em toda a mudança, penso que é nesse “se enxergar” fazendo alguma coisa de diferente, que pode ser construída uma nova forma de trabalho, mais fraterna e solidária, mais respeitosa das diferenças e diversidades” (ONOCHO, 2007) e que existem condições para construção de um projeto para o desenvolvimento das unidades das quais as entrevistadas são gerentes.

As características destas experiências de gestão, que procuram construir condições para processos de mudança, vêm sendo apontadas ao longo da análise, seja através das experiências anteriores dessas gerentes, das estratégias de trabalho e do sistema gerencial que procuram desenvolver.

A perspectiva de construir um plano de trabalho, e assim outra perspectiva de futuro, é potencialmente favorecedora da capacidade criativa dos indivíduos, de sua percepção e consciência quanto às capacidades internas e, portanto, de algum nível de autonomia deste grupo, possibilitando uma atitude menos passiva frente aos destinos da organização.



Autonomia, atividade, capacidade de autodeterminação são questões caras aos sujeitos e permeiam, ao mesmo tempo, os processos organizacionais.

É importante destacar a correlação entre as experiências que procuram construir mudanças, em que as gerentes têm mais clareza sobre o que buscam na gestão, e as trajetórias e perfis profissionais dessas gerentes. Os projetos profissionais de três das entrevistadas vão claramente se definindo no âmbito da gestão: se veem, não mais como profissionais de sua área de formação original (enfermeira, médica), mas acima de tudo como gestores, alimentados pelo reconhecimento de suas capacidades de mobilização e de desenvolvimento de mudanças relativas a outras realizações no campo da gestão.

Helena entre as entrevistadas é quem tem uma experiência mais longa como gerente, tendo conduzido experiências inovadoras que deram visibilidade ao seu trabalho e foi fonte de reconhecimento. Ana, por outro lado, tem um perfil técnico muito claro. Inicia sua primeira experiência como gerente buscando realização de formação específica na área de gestão. Isabel, mesmo sendo a mais nova do grupo, procura oportunidades e investe em sua formação na área de gestão. Reconheço, então, uma relação importante entre as trajetórias e perfis dessas gerentes e as características inovadoras das experiências que conduzem.

Mônica embora tenha alguns projetos específicos em andamento eles não são norteadores de sua prática gerencial, voltada, de forma dominante, para ação. Em seu depoimento ganha destaque os esforços para garantir o funcionamento de sua unidade, vive voltada para a operacionalidade. Embora valorize os conhecimentos e a profissionalização da gestão e busque formação específica nesta área, mostra-se adaptada ao imediatismo e o curto prazo dá sentido à sua prática.

Há características comuns nas três primeiras entrevistadas, ou seja, um lugar para pensar e para desenvolver um projeto. Mesmo que as experiências vividas elas por processos de mudança conduzidos por elas sejam atravessadas por urgências, vão tentando respondê-las sem se deixarem aprisionar nelas.

Onocko (2007) reflete sobre a mudança:

E quando nós queremos produzir mudanças? Digo, quando trabalhamos ativamente em prol da mudança, não estamos pretendendo que pessoas, organizações etc. se mexam para outro lugar?

Pensamos e almejamos mudanças e sofremos as mudanças. Toda mudança implica uma escolha, e nas escolhas ganham-se coisas e perdem-se outras. (ONOCKO, 2007, p. 138)

Penso que toda mudança é doída. Mas nem toda mudança é somente mudança. (ONOCKO, 2007, p. 140)

De qualquer forma, num contexto de mudança, sempre chegará esse momento de crise do grupo ou equipe, que é ao qual quero me referir. A crise como lugar de passagem, não de enlouquecimento definitivo. (ONOCKO, 2007, p. 140)

Um grupo de pesquisadores viveu uma experiência de intervenção institucional em Campinas em 2001 baseados na proposta de Campos nomeada de Projeto Paidéia<sup>3</sup>. Suas reflexões trazem à tona várias questões deste trabalho.

É preciso lembrar que o trabalho nas diferentes equipes da Secretaria de Saúde teve como principal disparador a proposta de trabalho do próprio Secretário de Saúde, para a própria mudança nos processos de produção e de gestão no campo da Saúde, preconizada em sua obra mais recente à época (Campos, 2000).

Sua proposta pressupõe um “conceito ampliado de Gestão”, gestão essa que articula de modo independente, as funções gerenciais e política, para a promoção, ao mesmo tempo, de um processo de trabalho e de autotrabalho, bem como de uma democracia institucional. Quanto às funções pedagógica e analítica, seu horizonte é a promoção concomitante da produção de novas possibilidades para uma verdadeira implicação dos atores e um incremento em seu coeficiente de autonomia.

Esta é, portanto uma proposta eminentemente de caráter transdisciplinar. Com o termo transdisciplinar nos referimos não a uma articulação disciplinar transcendente, mas como um processo de transversalização de saberes que, arriscando-se para fora de seu território dito próprio, se abrem a expedições em novos campos problemáticos (Passos e Benevides de Barros, 2000), lançando mão da cooperação com saberes outros. Uma expedição de tal ordem não se faz isolada ou individualmente. Ela só se torna possível em uma relação de cogestão de seus processos, numa distribuição de forças entre saberes co-presentes. (MOURA, VASCONCELOS, PASCHE, BENEVIDES DE BARROS, ONOCKO E L'ABBATE, 2007, p.182).

Ao longo de minha pesquisa pude refletir sobre experiências e conceitos dos diversos autores aqui citados e acredito que para que o direito a saúde no Brasil seja uma realidade, é necessário que os sujeitos presentes nos estabelecimentos de saúde sejam capazes de produzir novos arranjos na gestão, com potência para garantir uma maior participação decisória nos processos operacionais destas organizações e, por conseguinte, para transformar a realidade de acesso aos usuários aos serviços. São arranjos orientados pela produção de subjetividades; são também maneiras de se entender e de se fazer gestão e mais, buscar uma forma de gestão que reconstrua o encantamento dos profissionais como exercício da própria profissão.

A constituição de coletivos a partir de modelos centrados em experiências partilhadas de gestão torna possível desencadear processos de coresponsabilização, promovendo um modo de gerenciar que tenha espaço para a dinâmica de singularização e, portanto, de autonomia dos sujeitos envolvidos.

---

<sup>3</sup> A denominação Paidéia quer dar o sentido de uma abordagem ampliada, global sobre as questões de saúde, particularmente no que diz respeito à gestão. Na Grécia Clássica esse termo queria expressar a formação integral do ser humano. O *fator Paidéia*, no Projeto Paidéia, tem uma dimensão pedagógica e terapêutica importante, com a qual se imagina, por meio de uma concepção ampliada de gestão, influir na constituição de sujeitos na perspectiva de maior autonomização e de atitude crítica. Essa tem sido a orientação adotada pela SMS de Campinas. (Campos, 2007).

A reforma do modelo de gestão para a área pública deveria pautar-se na descentralização, no planejamento e na avaliação. Para Campos (2006 b) o modo de gerenciar a saúde deve considerar o Sistema Único de Saúde (SUS) como fator estratégico à reforma sanitária, desde que o entendamos como instrumento de exercício de poder democrático. Neste sentido, poder-se-ia utilizá-lo como estímulo à criatividade com o objetivo de formar sujeitos que transformem a realidade atual, garantindo o acesso à saúde e às tecnologias que auxiliam a humanidade a ter uma vida mais saudável.

Parafrazeando Onoko (2007) talvez a metáfora do parto nos devolva a dimensão geratriz: dor de parto ninguém esquece, contudo ninguém passa a vida sofrendo por ela. Pois, ao final, o que importa é que essas dores anunciam o teimoso e persistente recriar da vida.

## REFERÊNCIAS

AUBERT, N. E PAGES, M. Les Stress Professionel. Tradução de Maria Irene Stocco Betlol Revista de Administração de Empresas. São Paulo, 33 (1): 84 – 105.

BERTAUX, Daniel. **Les Récits de vie**. Paris: Éditions Nathan, 1997. 127p.

BOSI, Ecléa. *Tempo Vivo da Memória: Ensaio de Psicologia Social*. 1 ed. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003. 219p.

\_\_\_\_\_. Memória e sociedade: lembrança de velhos. 9 ed. São Paulo : Companhia das letras, 2001. 484p.

Brasil. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: < <http://senado.gov.br/legislacao/const>>. Acesso em: 12 de janeiro de 2012

\_\_\_\_\_. Constituição da República. Artigos 194,196. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: < <http://senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>>. Acesso em: 12 de janeiro de 2012.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, 19 de setembro 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e institucionaliza a descentralização e as relações entre União, estados e municípios com relação à política de saúde. Disponível em: < <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>>. Acesso em: 12 de janeiro de 2012.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Disponível em: < <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>>. Acesso em: 12 de janeiro de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 200. *Política Nacional da Atenção Básica*. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Cartilha HUMANIZASUS: gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HUMANIZASUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS – 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Formação e Intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Portaria MS/GM nº 2203, de 5 de novembro de 1996. Estabelece a NOB-SUS 01/96. Disponível em: < <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/> >. Acesso em: 12 de janeiro de 2012.

CAMPOS, G. W. S. *A Gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um Sistema Público de Saúde*. In: *Seminário Novas concepções em Administração e Desafios do SUS em Busca de estratégias para o Desenvolvimento Gerencial*. Rio de Janeiro, 1990, Coordenação Ensp/Fiocruz/Fundap/SP.

\_\_\_\_\_. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.175p.

\_\_\_\_\_. *Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revoluções das coisas e reforma das pessoas*. In: Cecílio, L. C. O.(Org). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

\_\_\_\_\_. *Clínica e Saúde Coletivas Compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde*. In: Campos, Gastão Wagner de Souza et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006 a.

\_\_\_\_\_. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2006b.

\_\_\_\_\_. *Saúde Paideia*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007a.

\_\_\_\_\_. *Um método para análise e Co-gestão de Coletivos*. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007b.

CECÍLIO, L.C.O. *Indicadores de avaliação de desempenho: um instrumento estratégico para a administração gerencial dos hospitais públicos*. In: Merhy, E. & Onoko, R (Orgs.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. *Contribuições para uma teoria da mudança do setor público*. In: CECÍLIO, L. C. O. (org) *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec. 1994. Cap. 6, p 235-329.

Mintzberg, H. *Criando Organizações Eficazes: estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 1995.

\_\_\_\_\_. *O processo da estratégia*, 4. ed. Bookmam, 2006.

CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE. Portal Saúde. Disponível em:< [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1041](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041)>. Acesso em: 12 de janeiro de 2012

DEJOURS, Christophe. *Conferências Brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho*. São Paulo. Fundap. EAESP/FGV. 1999 a. 180p.

\_\_\_\_\_. *A Banalização da Injustiça Social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 1999b. 154p.

\_\_\_\_\_. *A carga Psíquica do trabalho*. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994. p 21-32.

DEJOURS, Christophe. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1992.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho*. Tradução de Maria Irene Stocco Betiol et. al. São Paulo: Atlas, 1994. 145p.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. *Por um trabalho, fator de equilíbrio*. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v.33, n.3, p.98-104, maio-jun, 1993.

ENRIQUEZ, E. *A Organização em Análise*. Petrópolis: Vozes. 1997. 302p.

Foucault, M. *A Verdade e as Formas Jurídicas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nau, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 12 de janeiro 2012.

MERHY, E.E. *Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modo em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca de da qualidade das ações de saúde)*. In: Cecílio, L.C.O. Inventando a Mudança na Saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. Reflexões sobre as Tecnologias Não Materiais em Saúde e a Reestruturação Produtiva do Setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo, 2000. Tese de livre Docência. Campinas: FCM/DMPS/Unicamp.

\_\_\_\_\_. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2): 305- 314, 1999.

Marx, K. *O Capital*. São Paulo: Diefel, 1985.

Onocko, R.C. *A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas*. In: Campos, G.W.S. (Org.). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2007. p.122-49.

Onocko, R.C. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. Campinas: DNPS/FCM/Unicamp. Tese de doutorado. 2001.

PORTAL DE PIRAIÁ. Prefeitura Municipal de Piraiá. Disponível em <<http://www.pirai.rj.gov.br>>. Acesso em: 12 de janeiro de 2012

SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2001. 348p.

Secretaria Municipal de Saúde de Piraiá/ RJ. Relatório de Gestão 2009. Piraiá, 2009.

Victoria,C.G; Knaut,D.R; Hassen,M.N.A. *Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema* .Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

Santos Filho, S. B. ; Barros, M. E.B. *Trabalhador da saúde Muito Prazer*. Unijuí, RS : Unijuí, 2009.

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado (a) na pesquisa de campo referente a pesquisa intitulada AS MÚLTIPALS FACES DA GESTÃO – A PRÁTICA GERENCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PIRAÍ desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é coordenada por Valéria Lima Ferreira a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do e-mail vallimafer@uol.com.br e telefone (24)24428147.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é compreender como se forma a demanda pelos serviços públicos de saúde no município de Piraí.

Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de observação e entrevista semiestruturada; a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e seu orientador.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado (a), poderei contatar a pesquisadora responsável, ou o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2334-0504 ramal 148, fax (x-21) 2334-2152 e e-mail: cep-ims@ims.uerj.br.

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado (a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Piraí, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_