

Análise das práticas gerenciais na Atenção Primária à Saúde nos municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil

Analysis of management practices in primary health care in small-scale municipalities in the north of the state of Paraná, Brazil

Regina Hitomi Fukuda Ohira ¹

Luiz Cordon Junior ²

Elisabete Fátima Polo Almeida Nunes ²

Abstract *The scope of this article is to describe management practices in primary health care (PHC) in 49 small-scale municipalities (less than 20,000 inhabitants) in the north of the state of Paraná. The study conducted in 2011 adopts a quantitative approach with the application of a semi-structured questionnaire to 90 managers. The responses in the research revealed that 85.6% had meetings with the team, 77.8% knew about the health goals and indicators for 2010, 73.3% planned actions, 70% staged meetings with the community, 64.5% of the managers discussed the goals and indicators with the workers of the unit, 61.1% knew the health indicators for 2009 and 61.1% conducted evaluations of health actions and services and also evaluated the workers. However, analysis of the results made it possible to pinpoint distortions and/or failings in team and community meetings, relevant participation of the communities, knowledge of indicators, planning, evaluation of teams and training of the managers. The main conclusion is that the managers suffer from poor professionalism and insufficient training.*

Key words *Health management, Primary health care, Management, Public health, Administration of health services*

Resumo *O presente artigo tem como objetivo descrever as práticas gerenciais na atenção primária à saúde (APS) em 49 municípios de pequeno porte (até 20.000 habitantes) do norte do Paraná. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, realizado em 2011, no qual foi aplicado questionário semiestruturado para 90 gerentes. Como resultado, as respostas da pesquisa apontaram que 85,6% realizavam reunião com a equipe; 77,8% conheciam metas e indicadores de saúde de 2010; 73,3% planejavam as ações; 70,0% realizavam reunião com a comunidade; 64,5% discutiam as metas e indicadores com os trabalhadores da unidade; 61,1% conheciam os indicadores de saúde de 2009; 61,1% realizavam avaliação das ações e serviços de saúde mais avaliação dos trabalhadores. Porém, a análise dos resultados permitiu observar distorções e/ou insuficiências em: reuniões de equipe e com a comunidade, participação relevante das comunidades, conhecimentos de indicadores, planejamento, avaliação das equipes e preparação dos gerentes. Em síntese, os gerentes padecem de precário profissionalismo e insuficiente preparação.*

Palavras-chave *Gestão em saúde, Atenção Primária à Saúde, Gerência, Saúde pública, Administração de serviços de saúde*

¹ Departamento Saúde e Educação, Universidade Estadual do Norte do Paraná. BR 369 Km 54, Vila Maria. 86360-000 Bandeirantes PR Brasil. regina@uenp.edu.br

² Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina.

Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado da luta do movimento da Reforma Sanitária, que traduz a insatisfação com o sistema vigente e traz um novo olhar para o cuidado integral, centrado no usuário¹.

Privilegia o município, pois é nesta esfera que se faz necessário o fortalecimento e a profissionalização, na medida em que as ações acontecem neste espaço geográfico e social, onde devem ocorrer mudanças gerenciais para a construção de modelos de atenção para dar respostas aos problemas da população local².

O processo de execução dos serviços de saúde é particularmente importante porque cabe a ele conferir direcionalidade às ações, respondendo pela tomada de decisões³. A gerência como instrumento no processo de trabalho e na organização da saúde “implica na tomada de decisão que afeta a estrutura, o processo de produção e o produto do sistema, possibilitando intervenções impactantes para prestação da assistência com eficiência, eficácia e efetividade”⁴. Portanto, o gerente de uma UBS precisa “ter uma gama de conhecimentos e habilidades de saúde e administração, conhecendo a realidade em que está inserido e ter compromisso social com a comunidade”⁴.

Miranda⁵ aponta como um dos maiores desafios para os gestores de saúde a atuação num ambiente complexo, com muitas limitações, na participação de vários atores, entre eles os políticos nas instâncias do governo com interesses divergentes ou distantes da população. Esta dificuldade é acentuada nos municípios de pequeno porte (MPP), pois muitos deles não têm sequer uma base técnica no âmbito municipal, ou mesmo capacidade de assumir a gestão da rede de serviços de saúde instalada⁶.

Outra questão, no Brasil há diferenças de perfil nas cidades com a “gestão pública municipal quase sempre voltada a atender interesses pessoais e de classes mais favorecidas, que contribuem para a manutenção do poder e há os opositores que veem a efetivação da Atenção Primária à Saúde (APS) como uma ameaça a um *status quo* que desejam manter”⁷ ou como tarefa a ser cumprida por ordem dos níveis centrais.

O Ministério da Saúde, considerando a importância da atenção básica, recomenda que a mesma deve ser impulsionada por práticas gerenciais democráticas e participativas⁸. Entretanto, a gestão da saúde em MPP é muito pouco conhecida. Não se encontra na literatura pesquisa empírica abordando as práticas gerenciais em

MPP abrangendo um conjunto significativo de unidades de APS no Brasil.

Tendo em vista a relevância do tema gestão e práticas gerenciais para a construção do SUS, formou-se na Universidade Estadual de Londrina (UEL) um grupo de pesquisa que desenvolve, com financiamento da Fundação Araucária, o projeto “Gestão do Processo de Trabalho na Rede de Atenção Básica de Saúde em MPP da Região Norte do Paraná” composto por docentes e pós-graduandos do Centro de Ciências da Saúde (CCS), acadêmicos de graduação em Enfermagem e Medicina, sendo este estudo um recorte deste projeto.

Nesta pesquisa, a pergunta do estudo é: após a descentralização das ações de saúde, como os MPP estão se organizando nas unidades básicas de saúde quanto à gestão? O objetivo do trabalho foi analisar as práticas gerenciais em atenção primária à saúde em MPP do norte do Paraná.

O caminho teórico-metodológico

Donabedian considera a análise de processo particularmente importante por ser o elo entre estrutura e resultado, especialmente quando os resultados são influenciados por outros fatores alheios à sequência estrutura-processo em estudo³.

Carvalho⁹ apresenta as competências do trabalho gerencial desenvolvidas por Claus em quatro grupos: planejamento, condução do trabalho gerencial, trabalho com coletivos organizados e trabalho educativo. A mesma autora elenca os seguintes instrumentos de gestão: equipamento, comunicação, avaliação, supervisão e saberes específicos tais como planejamento, epidemiologia e educação. Estas considerações teóricas elencam os campos de investigação nos quais a análise da gestão deve se situar e a partir de tais considerações embasaram o caminho metodológico.

Tal caminho foi buscado na sistematização feita em uma conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da saúde para orientar pesquisas avaliativas sobre o tema¹⁰. A conferência estabeleceu quatro dimensões a serem analisadas: política, assistencial, da efetividade das práticas e gerencial, divididas em subdimensões. Nesta presente pesquisa buscou-se nas subdimensões os campos adequados ao objetivo do trabalho. Desta forma, na dimensão gerencial, subdimensão planejamento e avaliação foram escolhidos os tópicos: planejamento estratégico, avaliação sistemática, planejamento por problemas e participativo, uso rotineiro da avaliação da qualidade da atenção e qualidade do registro

das informações. Na subdimensão organização dos serviços foi selecionado o tópico capacitação de servidores e educação permanente. Na subdimensão dinâmica da gerência foi selecionado o tópico gerência descentralizada. Estes tópicos consensuais serviram de guia para o desenho da pesquisa e a escolha das variáveis.

Também, para a escolha das variáveis foram observados os preceitos recomendados pelo “Joint Committee on Standards for Educational Evaluation” e amplamente empregados nos estudos sobre avaliação: utilidade (“utility”), factibilidade ou exequibilidade (“feasibility”), adequação ética (“propriety”) e precisão (“accuracy”)¹¹.

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, realizado com 90 gerentes de unidades de atenção primária à saúde em 49 MPP do norte do Paraná. Foram investigados os municípios da 16^a, 17^a e 18^a Regionais de Saúde (RS) da Secretaria de Estado da Saúde. Das 82 unidades de atenção primária existente na área pesquisada, 77 foram contempladas. Portanto houve perda de 4 MPP com 5 unidades.

Para a coleta de dados foi utilizado questionário semiestruturado aplicado *in loco*. Participaram da coleta técnicos das RS, graduandos de Enfermagem e Medicina, pós-graduandos dos programas de Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva da UEL, que participaram de um treinamento para homogeneização do entendimento das questões do instrumento de pesquisa. O critério de inclusão foi indicação dos gerentes feita pelo secretário municipal de saúde de pelo menos um trabalhador de cada unidade de saúde da atenção primária. Foram considerados

como perda os gerentes que não devolveram os instrumentos até 10 dias após a visita no município para coleta de dados, e após três contatos telefônicos posteriores feitos pelos técnicos das respectivas RS.

As variáveis em estudo foram: realização de planejamento; avaliação dos serviços e ações de saúde; avaliação dos trabalhadores; reunião com a equipe e comunidade; realização de educação permanente em saúde; conhecimento e discussão dos indicadores de saúde com os trabalhadores da equipe. Para tabulação dos dados utilizou-se o programa EpiInfo 3.5.1.

Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa foi norteada pelos princípios éticos contemplados na resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96¹², e o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEL em outubro de 2009, com parecer favorável.

Resultados

Das práticas relatadas pelos participantes (Tabela 1), a atividade mais referida, por 67 participantes (85,6%), foi reunião com a equipe da unidade com predomínio da participação de todos os trabalhadores, com periodicidade das reuniões indefinida (65,6%), variando de quando necessário a semanal, mensal, bimestral ou trimestral. A periodicidade mensal foi citada por 31 gerentes (34,4%).

Questionados sobre o conhecimento da pactuação das metas e indicadores do município de 2010, 70 gerentes (77,8%) referiram ter conhecimento e destes, 58 gerentes (64,5%), discutiam com os trabalhadores.

Quanto à realização de planejamento das ações e serviços, foi solicitado que descrevessem

Tabela 1. Práticas gerenciais citadas pelos gerentes da 16^a, 17^a e 18^a Regional de Saúde nos MPP na região norte do PR, 2011.

Prática gerencial	16 ^a	17 ^a	18 ^a	n	%
Realização de reunião com a equipe	24	34	19	77	85,6
Conhecimento de metas e indicadores de 2010	15	32	23	70	77,8
Planejamento das ações	20	25	21	66	73,3
Realização de reunião com a comunidade	20	23	20	63	70,0
Discussão com os trabalhadores das metas e indicadores	12	26	20	58	64,5
Conhecimento dos indicadores de 2009	11	28	16	55	61,1
Realização de avaliação das ações e serviços	15	23	17	55	61,1
Realização de educação permanente com os trabalhadores	16	21	12	49	54,4
Realização de avaliação dos trabalhadores	9	15	10	34	37,7

como realizaram uma atividade planejada em 2010, quem participou e como foi desenvolvido. Obteve-se relatos de 66 gerentes (73,3%) de ações de planejamento na UBS, 16 (17,8%) que não realizavam planejamento e 8 gerentes (8,9%) não informaram.

O planejamento foi relacionado aos programas: Saúde da Criança – puericultura, imunização, combate à carência nutricional, bolsa alimentação; Saúde da Mulher – preventivo do câncer de colo do útero e de mama, pré-natal, acompanhamento no puerpério, incentivo ao aleitamento materno. Na Saúde do Idoso, acompanhamento aos acamados, vacinação, promoção da saúde com atividades lúdicas. Na Saúde do Adolescente, educação em saúde nas escolas e na Saúde Bucal, orientação sobre escovação dos dentes.

Nas doenças de condição crônica foram planejadas e realizadas ações de controle de hipertensão e diabetes, tabagismo e prevenção do HIV. Na Vigilância Ambiental, trabalhos relacionados à dengue, endemias e saneamento. Predominaram nos relatos, ações baseadas nas metas e pactuações do Plano Municipal de Saúde, dos instrumentos de pactuação de indicadores do MS.

Na realização do plano e das atividades, relatou-se que há intensa participação dos agentes comunitários de saúde (ACS), seguida dos enfermeiros da estratégia de saúde da família (ESF), secretários municipais de saúde, conselheiro, fisioterapeuta, educador físico, psicólogo, fonoaudiólogo, médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem. Dentre outros participantes, foram relatados professores, comunidade e lideranças, administradores da prefeitura, contador. Também foram citados o conselho municipal de combate à dengue, setores administrativos, contabilidade, equipe odontológica e escolas.

Houve relatos de dois municípios da 18ª RS expressando a realização do planejamento centrado somente no enfermeiro. Também, dois municípios desta regional referiram que desenvolviam projetos para a terceira idade envolvendo equipe multiprofissional com atividades de dança, atividades físicas acompanhadas por educador físico e fisioterapeuta.

Como instrumentos para o planejamento, foram citados diferentes sistemas de informação como Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL),

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). Quando questionados sobre a realização de reuniões com a comunidade, 70% dos gerentes responderam sim.

Como objetivos das reuniões foram descritas orientações sobre cuidados por 28,9% dos gerentes, focadas principalmente nos grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes e idosos e também para diminuir o fluxo de pessoas nas unidades básicas de saúde. Um segundo objetivo relatado para a realização de reuniões foi prevenção para os grupos de doenças crônicas não transmissíveis. Foram pontuados outros temas como aleitamento materno, parto normal e cuidado com o bebê e também reeducação alimentar.

Outro objetivo citado pelos gerentes foi informar a população sobre a importância dos propósitos, ações e os dados do município e cuidados de saúde para prevenção de doenças e promoção da saúde. Foi referido por 11,1% dos gerentes que realizavam estas atividades como forma de esclarecer dúvidas para instruir e educar; conscientizar a população. Em menor percentual, foi relatado também que realizavam educação em saúde incentivando a participação na reunião do Conselho Municipal; tentavam melhorar a qualidade de vida e melhorar o relacionamento do serviço com o usuário para agilizar o trabalho.

Em relação ao conhecimento dos indicadores de saúde de 2009 do território (Tabela 1), 55 (61,1%) dos gerentes responderam afirmativamente. Houve relato de gerentes sobre a dificuldade de acesso aos indicadores de saúde porque a informação era centralizada. O indicador mais citado por 40 gerentes foi a Taxa/Coefficiente de Mortalidade Infantil (44,4%), seguido de cobertura vacinal infantil por 19 gerentes (21,1%). Foram mencionados como indicadores de saúde sistema de informação, instrumento de gestão e também vários programas. Ainda, foram referidos indicadores indefinidos como *gestantes, tuberculose, câncer de mama e colo de útero, natalidade, morbidade e mortalidade, nascidos vivos*.

Sobre a realização da avaliação de ações e serviços, 55 gerentes (61,1%) responderam afirmativamente. Foi relatado que realizavam por meio dos resultados da pactuação com base nas metas e resultados pactuados junto ao MS e também, pelos resultados de atendimento *para melhorar andamento dos serviços de enfermagem para integração da equipe; para elencar prioridades de atendimento*. No entanto, nem todos que

responderam afirmativamente apontaram os métodos utilizados.

Na 16ª RS eram avaliadas ações como solicitação de mamografia, palestras educativas, controle da pressão arterial antes e posterior a exercícios, orientação de pacientes e cuidadores quanto a cuidados com as feridas. Da mesma forma, os gerentes na 17ª RS citaram *busca ativa, acompanhamento, visitação pela equipe a pacientes resistentes*. Na 18ª RS, as formas de avaliação eram por meio de reuniões com a equipe de saúde e equipe regional, acompanhando os hipertensos e diabéticos, busca ativa de faltosos nos programas, reuniões com a comunidade, discussão com toda a equipe, levantamento da população a ser atingida.

Ainda em relação à avaliação dos serviços e ações de saúde, foi questionado quem eram os participantes neste processo. O ACS foi a categoria mais citada, seguida dos demais funcionários. A participação da população foi citada por dois gerentes.

Em relação à realização de Educação Permanente em Saúde (EPS) com os trabalhadores da UBS, 49 gerentes (54,4%) responderam afirmativamente e 41 (45,6%) não informaram este instrumento como prática gerencial. No caso afirmativo, foi solicitado que fosse descrita uma atividade desenvolvida. Dentre as respostas dos gerentes dos MPP pesquisados, a capacitação foi mais citada (24,4%), seguida de realização de oficinas temáticas (8,9%) com características de educação continuada para a equipe.

A prática gerencial menos relatada foi avaliação dos trabalhadores sobre a qual somente 34 gerentes dos MPP responderam representando 37,7% dos participantes. Não houve predominância de respostas sobre a periodicidade, sendo citados *anualmente, diária, semanal, trimestral, continuamente, semestral e conforme a demanda*.

A Tabela 2 demonstra o percentual dos instrumentos utilizados pelos gerentes da APS dos MPP pesquisados para realizar a avaliação dos trabalhadores de saúde.

Predominou os não informados com 56 participantes (62,3%), sendo relatada por 10 gerentes (11,1%) reunião da equipe para verificar pontos positivos e negativos das ações e desempenho profissional. O relatório citado pelos 10 gerentes (11,1%) referiu-se aos registros feitos pelos ACS sobre suas atividades.

Outros instrumentos de avaliação citados por cinco gerentes (5,6%) foram: questionário, formulário específico e ficha preenchida na contratação. Ainda, citados como instrumento de

avaliação a observação e a pesquisa de campo por três respondentes e visita domiciliar por dois participantes (3,3% e 2,2% respectivamente).

Foram questionadas as fontes de informação utilizadas para o planejamento e avaliação das ações e serviços apresentando um *check list* com os principais sistemas, sendo que os participantes poderiam assinalar vários itens e também acrescentar outros se necessários, tanto que o relatório e registros próprios da UBS/prefeitura representaram 60,0% dos relatos (Tabela 3). O sistema de informação mais citado, por 59 participantes (65,4%), foi o SIAB, enquanto o SIA foi o menos utilizado, por 28 gerentes (31,1%), para o planejamento e a avaliação das ações.

Discussão

O trabalho em serviços de saúde difere de outros processos produtivos devido a algumas características com destaque para o uso intensivo de Recursos Humanos (RH), que representam o fator produtivo principal na prestação de serviços. E

Tabela 2. Instrumentos utilizados pelos gerentes da APS dos MPP para avaliação dos trabalhadores da 16ª, 17ª e 18ª RS no norte do Paraná, 2011.

	16ª	17ª	18ª	Total	%
Reunião	2	4	4	10	11,1
Relatório	2	4	4	10	11,1
Questionário, ficha	1	3	1	5	5,6
Observação/Pesquisa de campo	2	1	-	3	3,3
Visita Domiciliar	-	1	1	2	2,2
Não realizam	2	2	-	4	4,4
Não informado	16	21	19	56	62,3

Tabela 3. Distribuição da utilização dos sistemas de informação referidos pelos gerentes da APS da 16ª, 17ª e 18ª Regional de Saúde nos MPP na região norte do PR, 2011.

Sistema de Informação	16ª	17ª	18ª	n	%
SIAB	18	22	19	59	65,4
Relatórios e registros próprios (UBS/ prefeitura)	14	22	18	54	60,0
SISPRENATAL	11	21	19	51	56,7
SINASC	11	18	20	49	54,4
SIM	10	18	16	44	48,8
SISHIPERDIA	15	9	9	33	36,6
SIA	7	9	12	28	31,2

os estudos sobre RH em saúde enfocam principalmente a análise de estrutura, sendo pouco pesquisadas as questões relativas ao processo de trabalho⁹. Ao pesquisar as práticas gerenciais em APS o presente trabalho procurou desvendar parte do processo de trabalho dos gestores, que se constituem em atores relevantes para o funcionamento e desenvolvimento do SUS.

Neste estudo a prática gerencial mais citada foi a de reuniões para discutir metas a alcançar com participação predominante dos ACS. Diferente dos resultados encontrados em estudo sobre avaliação da qualidade da AB em 37 municípios do centro-oeste paulista, o qual revelou a participação predominante dos enfermeiros e auxiliares, seguido de agentes comunitários¹³.

Interessante destacar neste trabalho que as reuniões, em geral, não ocorrem como prática sistemática com agendamento definido, podendo caracterizar escassa institucionalização de tal prática.

Nos resultados desta pesquisa, quanto ao conhecimento dos indicadores de 2009, ficou evidente uma quantidade significativa de respostas confusas, indicadores bastante indefinidos e respostas que não se referiam a indicadores. Foram citados programas da saúde do idoso, da mulher e da criança, programa de tuberculose e hanseníase, entre outros; também os sistemas de informação. Não há como afirmar que os gerentes têm claro o conceito de indicador de saúde e, conseqüentemente, o seu uso para o planejamento e a tomada de decisão. Isto aponta sobre a possibilidade dos sistemas de informação servirem mais para fins burocráticos e contábeis do que para o planejamento e avaliação dos serviços.

No estudo realizado em MPP gaúchos¹⁴, observou-se também, quanto aos indicadores mais importantes para o planejamento da saúde nos municípios, termos vagos como “alcoolismo”, “oncologia” ou “controle de doenças”, e 42% deles citaram os próprios SIS como indicadores.

Os indicadores citados pelos gerentes dos MPP no presente trabalho foram baseados nos instrumentos de pactuação junto ao MS, o que é correto na medida em que garantem recursos da União quando se atingem as metas. Resultado semelhante ao estudo que obteve respostas de que indicadores importantes são também os pactuados com o Estado, que devem ser apresentados nos relatórios de gestão ou são usados na avaliação de programas de repasse de verbas para os municípios¹⁴.

De acordo com a classificação de indicadores da Ripsa¹⁵ no subtema demográfico, citaram:

população total e idosos, mortalidade proporcional por idade em menores de 1 ano de idade; em relação à cobertura, os indicadores mais citados foram o número de consultas médicas/habitante no SUS, cobertura de consultas de pré-natal, proporção de partos cesáreos realizado pelo SUS, proporção de óbitos, cobertura vacinal. Não foi citado nenhum indicador socioeconômico para o planejamento na saúde.

Quanto ao planejamento, Schikmann¹⁶ afirma que as organizações públicas brasileiras dispõem de escassos mecanismos para implementá-lo. E o planejamento local é importante por ser o espaço de racionalização de procedimentos e rotinas¹⁷. Em uma pesquisa foram encontrados relatos em que os enfermeiros do estudo referiam valorizar o planejamento como instrumento importante da prática da gestão, adequando à especificidade de cada situação¹⁸. Neste atual estudo, a ênfase no planejamento foi para os programas instituídos pelo MS, não tendo uma característica singular por regional de saúde. Foi comum a todos os MPP as ações para hipertensos e diabéticos, doenças crônicas degenerativas não transmissíveis, já que acometem um número grande de adultos devido à transição epidemiológica com tendência crescente.

Observe-se que neste estudo, em muitos casos, as reuniões de planejamento envolveram uma grande variedade de profissionais não tradicionalmente pertencentes ao campo da saúde. Isto pode enriquecer as práticas com ações interdisciplinares e servir de exemplo a outros serviços.

Outra determinação gerencial do SUS é o estímulo para participação ativa da comunidade e do usuário no serviço de saúde, garantida pela Lei 8.142/90, por meio dos conselhos e conferências de saúde. Esta participação incorporou mecanismos de controle social como ouvidoria, disque denúncia para ampliar o contato e os espaços de relação dos usuários com o serviço de saúde para a defesa dos indivíduos e da coletividade. Os atos do gestor público devem ter transparência e os cidadãos devem poder controlar a administração pública¹⁹. Além de estimular a população a participar dos mecanismos institucionais de controle social, o gestor deve buscar mecanismos informais de participação da comunidade, o que facilita o monitoramento da gestão e dos serviços.

Pelos resultados desta pesquisa, a participação da comunidade e o controle social na construção do sistema de saúde foi incipiente. Os usuários necessitavam de educação e obediência para com os profissionais de saúde na condução da vida. É muito forte a ideia de que promover

a saúde depende somente da mudança de estilo de vida e do comportamento individual. Os gerentes participantes da pesquisa se posicionaram de forma bastante prescritiva realizando reuniões e encontros para “dar orientações, ensinar, conscientizar, reeducar, instruir”. Diferente dos resultados da pesquisa onde havia interação da enfermeira da ESF com a comunidade, diálogos entre as enfermeiras e a comunidade organizada visando melhorar o atendimento das unidades de saúde²⁰. Em relação à satisfação dos usuários, foi bastante vaga a forma de verificação *através do contato com o paciente atendido*.

Com a prática dos gerentes dos MPP neste estudo, pouco se avançará para o empoderamento e libertação dos usuários, transformando-os em sujeitos ativos. Na pesquisa realizada no município de Teixeira (MG)²¹, encontraram como resultado a ausência de menção dos usuários do SUS sobre a possibilidade de participar como um ator ativo na formulação de políticas e ações de saúde ligadas à comunidade onde vivem, na inclusão social e no resgate da cidadania.

Quanto à avaliação das ações e serviços de saúde nos MPP pesquisados neste estudo, a mesma tinha caráter normativo, sendo realizada para dar respostas à pactuação do município junto com a União, baseadas nas metas, como forma de buscar estratégias para atingi-las. Ressaltam a permanência da relação burocratizada em que o “nível de maior abrangência (federal ou estadual) pergunta e o de menor abrangência (estadual ou municipal) responde, e a necessidade é determinada pelo nível de maior abrangência”¹⁴.

A avaliação de equipe permite o alinhamento com os objetivos institucionais, visão sistêmica da organização e a percepção de interdependência dos profissionais. A não avaliação dos trabalhadores não permite conhecer suas competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), o que compromete a avaliação do desempenho da organização¹⁶.

A prática gerencial menos citada pelos participantes foi a avaliação de desempenho, pois o agir do trabalhador parece estar bem definido, porém “a política de pessoal para o SUS é muito restrita, não favorece o trabalho em equipe, e ainda não se desenvolveu uma cultura de avaliação do desempenho, as poucas experiências existentes quase sempre são restritas à produtividade de ações e serviços”²².

A avaliação deve ser entendida “como processo pelo qual se compilam evidências de desempenho e conhecimentos de um indivíduo em relação a competências profissionais requeridas”²³

que podem se utilizar de técnicas de perguntas, simulações, provas de habilidades, observação direta para verificar o desempenho.

Pelas respostas dos gerentes a avaliação dos serviços eram práticas pouco realizadas e, quando feitas, denotavam mais a característica de controle sobre as ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais, principalmente os ACS, do que propriamente de avaliar o desempenho dos mesmos. Uma das dificuldades apontada pelos gerentes foi a falta de autonomia e a falta de instrumento específico para realizá-la. Em muitos MPP a avaliação era feita por meio de reuniões, conversas e observações individuais.

Foram citadas algumas poucas iniciativas visando à avaliação de qualidade dos serviços: instrumento da Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), reuniões com os profissionais de saúde para melhorar o andamento dos serviços de enfermagem, com estratégias para mudança da realidade, analisando pontos positivos e negativos das ações e serviços. Mesmo que incipientes, tais iniciativas indicam que havia uma predisposição para a busca da referida avaliação.

Dentre os gerentes dos MPP que afirmaram realizar a EPS com os trabalhadores, poucas iniciativas tinham esta característica predominando a educação continuada, reproduzindo a formação da graduação dos profissionais de saúde. Ceccin²⁴ cita que a educação tem-se mostrado um importante reservatório da resistência contra os avanços da cidadania em saúde, em que vigora um imaginário de saúde como prestação de serviços altamente tecnificados, com usuários tomados por seus padrões biológicos. Até mesmo os treinamentos e atualizações foram para melhorar ou corrigir erros técnicos. Os gerentes da 17ª Regional de Saúde foram os que mais se aproximaram da prática de EPS, em cuja sede há muitas instituições de ensino superior, supondo que há uma grande contribuição das universidades que utilizam as UBS enquanto campo da prática e residência, interferindo positivamente no serviço.

Ceccin²⁵ descreve que a EPS busca mudar o perfil dos trabalhadores de saúde para profissionais que tenham compromisso com um objeto e com a sua transformação e isso acontecerá quando todos os atores forem protagonistas e comprometidos na condução do sistema de saúde.

Carlos²⁶ demonstra a crescente importância do conhecimento na gestão pública e privada no decorrer da História. Tal a sua importância que merece ser objeto de uma específica “gestão do conhecimento”. E o conhecimento depende do domínio da informação que o alimenta.

Relacionado ao sistema de informação como instrumento de gerência, Pinto et al.²⁷ afirmam que SIS “é um instrumento importante na gestão, um facilitador para seus agentes conhecerem e intervirem na produção e utilização das informações”. No presente estudo, supõe-se que o *check list* do instrumento de pesquisa possa ter induzido os participantes a assinalar sistemas de informações utilizados.

Havia um campo que poderia ser assinalado como “outros” que somente 10 participantes (11,1%) preencheram citando SISVAN, SIG Saúde, programa do leite, SISCOLO, SIOPS, CNES, SISMAMA, relatório próprio da unidade e demanda espontânea. Além disso, houve gerentes que relataram que todos os dados são centralizados impossibilitando o acesso aos mesmos.

Supõe-se que o SIAB foi o sistema de informação mais citado pelos gerentes porque muitos enfermeiros que respondiam pela função de gerentes eram os mesmos da ESF. Semelhante ao estudo realizado em Ribeirão Preto (SP)²⁸ com as equipes de SE, no qual identificaram que o SIAB é um instrumento que faz parte do trabalho cotidiano. Porém, em estudo realizado em Londrina (PR)²⁹, foram relatadas as dificuldades dos profissionais de saúde ao utilizarem este sistema, a falta de preenchimento da ‘Ficha A’ que traz informações do nível menos agregado (micro área) para o mais agregado. Ressalte-se que “as informações sejam claras e acessíveis para permitir sua real compreensão por toda a equipe e que seja verídica e fidedigna para proporcionar a viabilidade das ações”³⁰.

Por fim, numa tentativa de síntese, pode-se dizer que os gerentes padecem de precário profissionalismo e insuficiência de preparação. Cabe ao SUS (municípios, estados e união) e às instituições acadêmicas criar condições e incentivar a superação de tais deficiências.

Considerações finais

A limitação deste trabalho foram as questões abertas que tratavam da prática gerencial deixadas em branco pelos gerentes, apesar dos poucos questionamentos feitos na ocasião da aplicação do instrumento.

Quanto à inclusão de outros atores na gestão, é necessária a compreensão, pelos gerentes, da importância da comunidade como parceira no processo. Também, na relação profissional/usuário foi incipiente a construção de consensos, mobilização dos recursos para estabelecer uma relação compartilhada.

As alternativas para mudar a prática dos gerentes dos MPP pesquisados podem ser realizadas a partir de oficinas discutindo novas formas de gerenciamento, o novo perfil gerencial que pressupõe níveis de autonomia na avaliação, programação e operação da unidade; buscar maior contato com a realidade para identificar problemas estratégicos, estimular a participação dos trabalhadores de saúde e da comunidade no processo gerencial, nas Conferências de Saúde e reuniões do conselho municipal de saúde; colaborar na formação dos Conselhos Locais de Saúde.

Cabe ressaltar a necessidade do nível estadual repensar o seu papel, enquanto uma das esferas de governo, numa posição estratégica na organização da gestão que regula, coordena e avalia os serviços e ações de saúde. É necessário que exerça o seu papel de apoio técnico para auxiliar a organização dos seus municípios.

Esta pesquisa pode contribuir com informações relevantes para o conhecimento e análise dos gerentes com suas práticas gerenciais que são fatores determinantes da eficácia e efetividade da prestação dos serviços de saúde.

Colaboradores

RHF Ohira, L Cordoni Júnior e EFPA Nunes participaram de todas as etapas da pesquisa.

Referências

1. Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, Abrasco; 2005.
2. Teixeira CFS. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad Saude Publica* 2002; 18(Supl. 1):153-162.
3. The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 4, 2005 (p. 691-729) © 2005 Milbank Memorial Fund. Published by Blackwell Publishing. Reprinted from The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 1966. p. 166-203.
4. Passos JP, Ciosak SI. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em unidade básica de saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(4):464-468.
5. Miranda SMRC. Gerenciamento da unidade básica de saúde: a experiência do enfermeiro. In: Santos AS, Miranda SMRC, organizadores. *A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde*. Barueri: Manole; 2007. p. 81-110.
6. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad Saude Publica* 2010; 26(4):693-705.
7. Coutinho SA. Perfil, relações e necessidades: uma breve análise sobre as cidades pequenas. *GeoTextos* 2011; 7(1):83-104.
8. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política nacional de atenção básica. *Diário Oficial da União* 2011; 24 out.
9. Carvalho BG. *Coordenação de Unidade da Atenção Básica no SUS: trabalho, interação e conflitos* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
10. Souza LEPF, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. *Avaliação em Saúde: Dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 65-102.
11. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Evaluating Evaluations. In: Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL, editors. *Program Evaluation: alternative approaches and practical guidelines*. 2nd ed. New York: Longman Publishers; 1997. p. 439-458.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 out.
13. Castanheira ERL, Dalben I, Almeida MAS, Puttini RF, Patrício KP, Machado DF, Caldas Júnior AL, Nemes MIB. Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência. *Rev Saude e Sociedade* 2009; 18(Supl. 2):84-88.
14. Vidor AC, Fisher PD, Bordin R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. *Rev Saude Publica* 2011; 45(1):24-30.
15. Rede interagencial de informação para a saúde (Rip-sa). *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.

16. Schikmann R. Gestão estratégica de pessoas. In: Pantouja MJ, Camões MRS, Bergue ST, organizadores. *Gestão de pessoas: bases teóricas e experiências no setor público*. Brasília: Enap; 2010. p. 9-28.
17. Viana AL. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Pública* 1996; 30(2):5-43.
18. Fernandes MC, Barros AS, Silva LMS, Nóbrega MFB, Silva MRF, Torres RAM. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. *Rev Bras Enferm* 2010; 63(1):11-15.
19. Franzese C. Administração pública em contexto de mudança: desafio para o gestor de políticas públicas. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD, organizadores. *Política e gestão pública em saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2011. p. 19-53.
20. Sant'anna CF, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Bonow CA, Silva MRS. Comunidade: objetivo coletivo do trabalho das enfermeiras da estratégia saúde da família. *Acta Paulista Enfermagem* 2011; 24(3):341-347.
21. Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Priore SE, Franceschini SCC, Cazal MM, Batista RS. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do programa saúde da família. *Cien Saude Colet* 2011; 16(3):1933-1942.
22. Amaral MA, Campos GWS. Organização do trabalho e gestão do cuidado em saúde: uma metodologia de cogestão. In: Vecina Neto G, Malik AM, organizadores. *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 73-84.
23. Hartz ZMA. Avaliação em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 50-54.
24. Ceccim RB. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. *Rev Cien Saude* 2008; 1(1):9-23.
25. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(4):975-986.
26. Carlos JA. Gestão do conhecimento e da inovação no setor público. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD, organizadores. *Política e gestão pública em saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2011. p. 446-478.
27. Pinto IC, Bulgarelli AF, Gomes TS, Figueiredo LA, Forster AC, Puime AO. Os sistemas de informação em atenção primária como instrumento de gestão em saúde: análise de experiências na Espanha. *Cad Saude Colet* 2010; 18(2):291-297.
28. Figueiredo LA, Pinto IC, Marciliano CSM, Souza MF, Guedes AAB. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP. *Cad Saude Colet* 2010; 18(3):418-423.
29. Tillvitz LR, Souza RKT, Carvalho BG, Kasai MLHI, Nunes EFPA, Cordoni Junior L. Uso do sistema de informações na vigilância dos óbitos pelas equipes de saúde da família em Londrina, PR. *Cad Saude Colet* 2010; 18(3):355-360.
30. Barbosa DCM, Forster AC. Sistemas de informação em saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na atenção primária à saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. *Cad Saude Colet* 2010; 18(3):424-433.

Artigo apresentado em 02/10/2013

Aprovado em 27/10/2013

Versão final apresentada em 31/10/2013