

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS, AMBIENTAIS E BIOLÓGICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS  
PÚBLICAS E SEGURANÇA SOCIAL  
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL

ANÁLISE ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE DOM MACEDO COSTA, COM FOCO PRIVILEGIADO NO  
ASPECTO DA GESTÃO.

GILCÍNILA LAÍS CARDOSO LEMOS

CRUZ DAS ALMAS - BAHIA  
JANEIRO - 2015

**GILCÍNILA LAÍS CARDOSO LEMOS**

**ANÁLISE ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE DOM MACEDO COSTA, COM FOCO PRIVILEGIADO NO  
ASPECTO DA GESTÃO.**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. José Pereira Mascarenhas Bisneto

**CRUZ DAS ALMAS - BAHIA**

**JANEIRO - 2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS, AMBIENTAIS E BIOLÓGICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E  
SEGURANÇA SOCIAL**

**COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE  
GILCÍNILA LAÍS CARDOSO LEMOS**

---

Prof.Dr. José Pereira Mascarenhas Bisneto  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB  
(Orientador)

---

Prof. Dr. Alexandre Américo Almassy Júnior  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB

---

Prof. Dra. Teresinha de Quadros Guilherme dos Santos  
Instituto Federal da Bahia – IFBA

Dissertação homologada pelo Colegiado do Curso de Mestrado Profissional em  
Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social em .....,  
conferindo o Grau de Mestre em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social  
em .....

À Deus, pai e criador, pois sem ele não existiria.  
À meus pais, pelo exemplo de vida, fonte de coragem e inspiração.  
À minha família e amigos pelo apoio e amor incondicional.  
À meu noivo, exemplo de força e perseverança.  
À Secretaria de Saúde pelo acolhimento e disponibilidade para participar da pesquisa.  
Ao meu orientador pela dedicação e disponibilidade demonstrada no decorrer do trabalho.  
Enfim, a todos que de alguma forma tornaram este caminho mais fácil de ser percorrido.

## AGRADECIMENTOS

Nesse momento de conclusão de mais uma etapa da minha vida, não poderia deixar de externar meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que foram essenciais no processo de concretização desse sonho.

À DEUS, meu mestre e senhor, que na sua infinita bondade tem me sustentado e inspirado a enfrentar os desafios da vida e percorrer o difícil caminho que levará ao palco dessa aventura denominada VIDA.

À meus pais, melhores amigos, anjos enviados por Deus para me guiar e proteger em todos os meus caminhos. Modelo de vida, força e coragem, sem eles eu seria como um barco a deriva em alto mar. Sempre me ajudaram e acreditaram na minha capacidade, mesmo quando tudo parecia difícil e inalcançável, eles estavam ali torcendo por mim e dizendo: “Filha, não temas, pois Deus é contigo”. Pessoas incomparáveis e de um coração imenso, que não medem esforços para ver em meu rosto o semblante da felicidade e a certeza da vitória.

À Larissa, irmã e companheira, pela força e pela confiança na minha capacidade. Pelo compartilhamento de vivências e apoio incondicional em toda minha existência.

À meu noivo, por estar sempre ao meu lado e não medir esforços para me auxiliar e proporcionar momentos maravilhosos. Ele tem sido essencial ao meu processo de existir, compartilhando felicidades e tristezas, me fazendo acreditar que nossos sonhos são alcançáveis desde que se acredite nisso. Pessoa perseverante, que demonstra com sua história de vida, a importância das nossas lutas para o alcance da vitória.

Aos meus avós e a toda minha família, por me amarem, confiarem no meu potencial e torcerem para que o meu processo de existir seja repleto de conquistas e vitórias. Pessoas que estão presentes na minha vida e que estão na torcida para comemorar meu sucesso, me aplaudindo de pé.

À Ladine e Dera, por representarem pessoas com quem pude contar durante a minha vida acadêmica. Amigas, colegas de Mestrado, e confidentes diante das adversidades inerentes ao processo de existir.

À Thiara, por ter me apoiado e ter aberto as portas de sua residência de forma tão acolhedora para proporcionar melhor estadia em Cruz das Almas.

À minha colega de trabalho, amiga, irmã e confidente, Priscila Santana, pessoa maravilhosa de um coração imenso que está sempre disponível não medindo esforços para doar-se e aceitar o outro incondicionalmente. Meu muito obrigada, por você acreditar em meu potencial

e me impulsionar a buscar cada vez mais da vida. Pelas suas palavras de otimismo e por seu ombro amigo nos momentos difíceis. Valeu Dinda!!!

Aos membros da Banca Avaliadora, por ter dedicado uma parte do seu tempo para participar desse momento único da minha vida acadêmica, proporcionando o repensar da atuação profissional no sistema de gestão pública a partir do compartilhamento de suas experiências pessoais e profissionais.

À UFRB e ao Programa de Pós Graduação Mestrado em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social, por proporcionarem um processo de formação voltado à ética e ao comprometimento com as organizações em que estivermos inseridos.

Aos funcionários e gestores da Secretaria Municipal de Saúde do município de Dom Macedo Costa - BA, pela disponibilidade e acolhimento ao meu processo de estudo e pesquisa. Meus sinceros agradecimentos à equipe de saúde, pois sempre que busquei, me recebeu de braços abertos. Muito Obrigada pela colaboração com a pesquisa e com o processo de construção de conhecimento acerca da gestão em instituições públicas.

Em especial, ao Professor Dr. José Mascarenhas, mestre, companheiro e amigo. Sou grata por conduzir esse processo de construção do conhecimento com muita sabedoria, empatia e serenidade. Pela sua flexibilidade e compreensão diante das dificuldades inerentes ao processo ao estudante trabalhador. Obrigada por me proporcionar a visualização de que os momentos difíceis são essenciais para o meu desenvolvimento enquanto ser humano. Professor Mascarenhas, para mim, um modelo de profissional, comprometido com o exercício de sua atuação enquanto educador e com a formação de indivíduos dotados de comprometimento com o fazer profissional e com a realidade que o cerca.

Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente participaram do meu processo de formação, pessoas que acreditam no meu potencial e me encorajam a seguir em frente.

*Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.*

Fernando Pessoa

LEMOS, Gilcínila Laís Cardoso. **Análise organizacional da secretaria de saúde do município de Dom Macedo Costa, com foco privilegiado no aspecto da gestão.** 112f. 2015. Dissertação (Mestrado) Centro de Ciências Agrárias Ambientais e Biológicas, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cruz das Almas, 2015.

## RESUMO

A administração pública envolve um complexo modo de agir, visando à realização do interesse público e do bem comum. Por meio do processo de gestão, há o controle da eficiência e eficácia do Estado, obedecendo às normas determinadas para o bom funcionamento da máquina estatal. Assim, a gestão pública é uma relevante ferramenta do Estado para que seus objetivos e metas sejam cumpridos, buscando a excelência em suas ações. Com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o processo de gestão em saúde passou por modificações e houve a transferência das responsabilidades e funções para o município. Este é rapidamente chamado a assumir a gerência de unidades e serviços de saúde. A preocupação com o processo de gestão deve ser estendida ao trabalhador também, pois esse ator é de fundamental importância para a execução das políticas e práticas em saúde. Assim, o presente trabalho visa compreender o processo de gestão em saúde e sua influência no processo de saúde do trabalhador em saúde. Para compreender esse processo, realizou-se uma aproximação com a secretaria de saúde do município de Dom Macedo Costa e foram utilizados questionários, entrevistas e observação participante para coleta de dados. Com os dados obtidos, foi possível a elaboração do perfil da população pesquisada, sendo que a mesma é composta de maioria dos profissionais do sexo feminino; de estado civil solteiro; com idade compreendida entre 28 a 34 anos; com carga horária de 40 horas semanais; e tempo de trabalho de 4 anos. As dimensões analisadas no presente estudo referem-se às variáveis organizacionais: tarefas, pessoas, ambiente e tecnologia e os resultados apontaram que a gestão em Saúde do município de Dom Macedo Costa consegue cumprir com o desafio de compreender as variáveis citadas acima e reconhece-las enquanto componentes que funcionam de forma interligada. A guisa de desdobramentos e intervenções compreende-se que a gestão necessita formalizar processo de planejamento institucional e seu processo de avaliação. Esse processo se constitui enquanto um dos pilares para o sucesso organizacional. Além disso, percebeu-se a carência dos trabalhadores no que tange a motivação extrínseca (salário) e as maneiras de intervenção no seu processo de promoção de saúde. Diante do exposto, é notável que apesar das dificuldades enfrentadas pela gestão em um município de interior, existe o comprometimento e o compromisso em atender os princípios e diretrizes do SUS de modo eficiente e eficaz.

**Palavras-chave:** Administração Pública, Sistema Único de Saúde, Saúde do Trabalhador, Dom Macedo Costa.

LEMOS, Gilcínila Laís Cardoso. **Organizational analysis of the health department of the municipality of Dom Macedo Costa, and focusing on the management aspect.** 112f. 2015. Dissertation (Mestrado) Centro de Ciências Agrárias Ambientais e Biológicas, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cruz das Almas, 2015.

## **ABSTRACT**

The public administration involves a complex mode of action for the realization of the public interest and the common good. Through the management process, there is control of the efficiency and effectiveness of the state, obeying certain rules for the proper functioning of the state machine. Thus, public management is an important tool for state its objectives and goals are met, striving for excellence in their actions. With the emergence of the Unified Health System (SUS), the health management process has been modified and there was a transfer of responsibilities and functions for the city. This is quickly called to assume the management units and health services. The concern with the management process should be extended to the employee also because this actor is of fundamental importance for the implementation of health policies and practices. Thus, this study aims to understand the process of management in health and its influence on the health of process health worker. To understand this process, there was a rapprochement with the health department of the municipality of Don Costa Macedo and questionnaires were used, interviews and participant observation for data collection. With the obtained data, the preparation of the profile of the population studied was possible, and the same is composed of most female professionals; Single marital status; aged 28 to 34 years; with a workload of 40 hours per week; and working time of 4 years. The dimensions analyzed in this study refer to the organizational variables: tasks, people, environment and technology, and the results showed that the management of Health of the municipality of Don Costa Macedo can meet the challenge of understanding the variables mentioned above and recognizes them as components that work in an interconnected way. By way of developments and interventions it is understood that the management need to formalize institutional planning process and the evaluation process. This process is constituted as one of the pillars for organizational success. In addition, it was noticed the lack of workers with respect to extrinsic motivation (salary) and intervention ways in their health promotion process. Given the above, it is remarkable that despite the difficulties faced by the management in a city in the interior, there is the commitment and the commitment to meet the principles and guidelines of efficiently and effectively SUS.

**Keywords :** Public Administration , Health System , Occupational Health , Dom Costa Macedo .

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Seis variáveis básicas na Teoria Geral da Administração.....	34
Figura 2.	Fluxograma da secretaria Municipal de Saúde.....	54
Gráfico 1.	População pesquisada por sexo.....	62
Gráfico 2.	Estado Civil da população pesquisada.....	63
Gráfico 3.	Faixa Etária da população pesquisada.....	63
Gráfico 4.	Carga Horária de trabalho da população pesquisada.....	65
Gráfico 5.	Tempo de Trabalho na Saúde Municipal.....	66
Gráfico 6.	Normatização das atividades.....	67
Gráfico 7.	Foco da gestão nas tarefas e não nos trabalhadores.....	68
Gráfico 8	Presença do planejamento na gestão em saúde municipal.....	69
Gráfico 9.	A remuneração dos trabalhadores corresponde ao valor da força de trabalho.....	71
Gráfico 10	Satisfação da interação com a gestão.....	73
Gráfico 11	Atenção à Saúde do Trabalhador.....	75
Gráfico 12	Compartilhamento de informações na gestão em saúde.....	77
Gráfico 13	Condições de trabalho dos profissionais.....	79
Gráfico 14	Estrutura física da unidade de saúde e o atendimento às demandas.....	80
Gráfico 15	Relação demanda x atendimento.....	81
Gráfico 16	Tecnologia necessária para desenvolver o trabalho.....	82
Gráfico 17	Profissionais capacitados para utilizar tecnologia disponível.....	83
Gráfico 18	Aplicabilidade da tecnologia no contexto .....	84

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 .	Funções do processo Administrativo.....	33
Quadro 2.	Variáveis básicas da Administração.....	38
Quadro 3.	Número de profissionais da equipe de Saúde do município de Dom Macedo Costa- Bahia no ano de 2014.....	55
Quadro 4.	Estrutura física da Secretaria Municipal de Saúde.....	56
Quadro 5.	Composição da estrutura física da Unidade de Saúde do município de Dom Macedo Costa.....	56
Quadro 6.	Modelo de Análise.....	57

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde

ACE - Agente de Combate às Endemias

ACD - Auxiliar Consultório do Dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AMQ - Avaliação para Melhoria da Qualidade

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários

CEBES - Centro de Estudos em Saúde Coletiva

CEREST - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

CIB - Comissão Intergestora Bipartite

CIR - Comissão Intergestora Regional

CIT - Comissão Intergestora Tripartite

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DRTE - Delegacias Regionais do Trabalho e Emprego

ECG - Eletrocardiograma

IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

O PMAQ-AB - Programa de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Atenção Básica

OIT - Organização Mundial do Trabalho

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PAB - Piso de Atenção Básica

PACS - Programa do Agente Comunitário de Saúde

PCA –Tool - Ferramenta de Avaliação da Atenção Primária

PCB - Partido Comunista Brasileiro

PND - Plano Nacional de Desenvolvimento

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF - Programa de Saúde da Família

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SEI/CAR - Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

ST – Saúde do Trabalhador

SUS - Sistema Único de Saúde

USG - Ultrassonografia

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
2	<b>POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE</b> .....	22
3	<b>GESTÃO MUNICIPAL EM SAÚDE</b> .....	33
3.1	CORRENTES TEÓRICAS DA ADMINISTRAÇÃO.....	34
3.2	GESTÃO EM SAÚDE.....	39
4	<b>SAÚDE DO TRABALHADOR</b> .....	45
5.	<b>METODOLOGIA</b> .....	52
5.1	CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO – SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DE DOM MACEDO COSTA.....	52
5.1.2	<b>Município de Dom Macedo Costa</b> .....	52
5.1.3	<b>Sistema de Saúde do município de Dom Macedo Costa</b> .....	53
5.2	MODELO DE ANÁLISE.....	57
5.3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	58
6.	<b>ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	62
6.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	62
6.2	DIMENSÃO TAREFAS.....	66
6.2.1	<b>Racionalização</b> .....	66
6.2.2	<b>Planejamento</b> .....	68
6.3.	DIMENSÃO PESSOAS.....	71
6.3.1	<b>Motivação</b> .....	72
6.3.2	<b>Liderança</b> .....	72
6.3.3	<b>Comunicação</b> .....	77
6.4	DIMENSÃO AMBIENTE.....	78
6.4.1	<b>Institucional/técnico</b> .....	78
6.4.2	<b>Demanda</b> .....	80
6.5	DIMENSÃO TECNOLOGIA.....	82
6.5.1	<b>Amplitude</b> .....	82
6.5.2	<b>Qualidade</b> .....	84
7	<b>CONCLUSÃO</b> .....	86
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	90

<b>APÊNDICES .....</b>	<b>98</b>
------------------------	-----------

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, tem sido comum a percepção de que o governo apresenta baixa capacidade para implementação de Políticas Públicas. Esse processo vem sendo discutido e especula-se que existem políticas eficientes e eficazes, no entanto, seu processo de operacionalização sofre interferência de entraves característicos da falta de comprometimento do governo com o bem público. Esse fator surge em meio a um processo de não qualificação ou até de ausência de interesse em estar se dedicando à resolução das problemáticas que emergem no meio social. Nesse contexto, Abrucio (2005) afirma que no Brasil, desde o início da década de 1990, tem-se criado iniciativas e medidas de reformas administrativas nas três esferas governamentais, com o propósito de aumentar a eficiência no uso de recursos fiscais e melhorar a capacidade de governo e isso indica a construção de um espaço de discussão acerca da elaboração e aplicação de políticas voltadas ao bem comum.

O processo de investimento na melhoria das ações governamentais auxilia no avanço do governo como um todo e assim, há a necessidade de um processo de gestão pública comprometida com o indivíduo, enquanto cidadão atuante no seu contexto. Para Santos (2006) a Gestão Pública consiste no processo de funções de gerência dos negócios estatais, ou seja, um mecanismo utilizado para administrar os interesses do governo.

A Administração Pública envolve um complexo modo de agir, visando à realização do interesse público e do bem comum. Por meio do processo de gestão, há o controle da eficiência e eficácia<sup>1</sup> do Estado, obedecendo às normas determinadas para o bom funcionamento da máquina estatal. Assim, a Gestão Pública é uma relevante ferramenta do Estado para que seus objetivos e metas sejam cumpridos, buscando a excelência em suas ações.

Para que haja o bom gerenciamento do Sistema Público, têm ocorrido algumas reformas institucionais, pois as mudanças visam um processo de reconstrução das formas de governo e seu trabalho focado em suprir as necessidades da população. Lotufo e Miranda (2007) afirmam que no Brasil, mais especificamente na área da saúde, têm ocorrido muitas

---

<sup>1</sup> O Princípio da Eficiência exige que a atividade administrativa seja exercida com presteza, perfeição e rendimento funcional. É o mais moderno princípio da função administrativa, que já não se contenta em ser desempenhada apenas com legalidade, exigindo resultados positivos para o serviço público e satisfatório atendimento das necessidades da comunidade e seus membros (MEIRELLES, 2009, p. 94).

A “eficácia diz respeito a resultados, a produtos decorrentes de uma atividade qualquer. Trata-se da escolha da solução certa para determinado problema ou necessidade. (...) Uma empresa eficaz coloca no mercado o volume pretendido do produto certo para determinada necessidade” (BIO, 1996, p. 21).

das referidas reformas. Há um processo de compartilhamento de responsabilidades federativas e de descentralização das prerrogativas e competências institucionais entre as esferas governamentais. Esse processo têm produzido muitas experiências, inclusive a existência de contradições entre as premissas constitucionais e as normativas estabelecidas, as alternativas e opções de direcionalidade institucional, as condições de governabilidade e a capacidade efetiva dos governos de implementação das políticas e estratégias.

Ainda conforme as autoras supracitadas, para produzir uma melhor forma de atuação, o Sistema Único de Saúde (SUS) desenvolveu uma logística organizacional própria e tecnologias complexas baseadas nos princípios e diretrizes constitucionais, havendo a necessidade de mediações políticas permanentes entre os gestores governamentais do setor. As referidas mediações são embasadas no pacto federativo, que estabelece uma equivalência de prerrogativas de poder decisório e uma interdependência de margens de autonomia institucional.

O SUS tem seu foco no processo de descentralização das ações de saúde e no atendimento integral. Descentralização e participação da comunidade no atendimento à saúde são dois pilares do referido sistema. Conforme Costa e Salazar (2007) sob o ponto de vista político, o novo modelo de gestão exposto pelo SUS passa a significar a criação, reestruturação ou implementação de Sistemas Municipais de Saúde, sendo que passa a ser gerido de forma progressiva e gradual, de responsabilidade de cada município.

O novo modo de instituição do SUS e o processo de transferência das responsabilidades e funções para o município tem revelado um grande despreparo da Gestão Municipal para assumir e demonstrar sua capacidade gerencial e operacional. Esta é a situação encontrada nos municípios, quando são chamados a assumir a gerência de unidades e serviços de saúde. Esse processo enfrenta entraves como: aspectos referentes às leis, à política e sua influência na instituição de saúde, e os aspectos referentes ao corpo técnico que operacionaliza o serviço. Os referidos entraves se intensificam nos municípios de pequeno e médio porte, o que ocasiona o não atendimento das necessidades da população. Diante disso, necessita-se de um processo de investimento em mecanismos de gestão, para preencher as lacunas deixadas pelo sistema.

O SUS e sua nova forma de visualização da saúde se apresentam enquanto um processo complexo e multideterminado. Nesse sentido, o processo de Trabalho em Saúde envolve um emaranhado de questões a serem pontuadas e consideradas no contexto. Um exemplo disso é que alguns consideram o objeto do trabalho em saúde enquanto a cura ou a promoção e a proteção da saúde. No entanto, visualiza-se que seu objeto é a produção do

cuidado. Para Merhy (1995), esse processo está fundado numa intensa relação interpessoal, dependente de vínculo entre os envolvidos, para a eficácia do ato. Pela sua natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo de ensino-aprendizagem. Assim, percebe-se a relevância de se estar trabalhando a nova forma de instituição do SUS e seu processo de trabalho, com vistas a aperfeiçoar a gestão e melhorar a vivência dos trabalhadores no seu contexto de trabalho.

Diante do exposto, a construção da presente dissertação visa aprofundar conhecimentos na administração pública municipal, tendo como foco a Secretaria Municipal de Saúde de Dom Macedo Costa - Bahia. O estudo foi desenvolvido no município de pequeno porte situado no Recôncavo da Bahia<sup>2</sup> e o tamanho do referido município influencia diretamente no funcionamento do Sistema de Saúde Pública Municipal. Através da realização deste estudo, foi possível compreender o processo de Gestão em Saúde e sua influência no processo de Saúde do Trabalhador da Saúde, enquanto operacionalizadores da política.

O desejo em estudar a questão apontada acima tem a sua justificativa apoiada em três razões: relevância acadêmica, pessoal e social. No que tange à natureza acadêmica, o estudo proporcionará uma aproximação com o contexto da Gestão de Políticas Públicas, e a possibilidade de diagnóstico situacional, visando um processo de intervenção na administração local e um processo de elaboração de conhecimento científico pautado no compromisso com a implementação de novas formas de gestão.

No que se refere à questão social, o resultado da pesquisa subsidiará os gestores municipais com a elaboração de estratégias para fomentar um melhor processo de atuação frente à Saúde Pública, com foco na excelência e no bem estar e qualidade de vida da população. Dessa forma, o município poderá desenvolver práticas referenciadas à população, focando suas necessidades primordiais, além de praticar uma atuação voltada para os operacionalizadores da política de saúde no município.

Referente à relevância pessoal, pode-se citar o interesse em estudar o tema pelo fato do desejo próprio em oferecer um retorno do estudo para o município de origem, buscando estratégias para fomentar a melhoria da elaboração e implantação de Políticas Públicas de destinação adequadas ao contexto de um município de pequeno porte, considerando a realidade local e as limitações do processo de gestão nesse ambiente. Diante disso, pode-se

---

<sup>2</sup> Recôncavo da Bahia consiste em uma região geograficamente localizada em torno da Baía de todos os Santos, abrangendo também uma parte da Região Metropolitana de Salvador. O termo Recôncavo é proveniente de seu formato côncavo, localizado no interior do estado, e na parte posterior da formação côncava da Baía de todos os Santos.

notar que a realização do presente estudo tem como foco o processo de aproximação entre teoria e prática, visando a valorização e implementação de uma Política de Saúde também voltada para seus trabalhadores, componentes centrais e indispensáveis para que ocorra a operacionalização do processo de saúde. Assim, a pesquisa justifica-se pelo seu caráter de exploração da realidade, com vistas a avaliar o processo de gestão e seus entraves, buscando elaborar estratégias que contornem as distintas situações apresentadas no cotidiano e um ampliar da visão acerca das Políticas de Saúde no âmbito municipal.

Considerando o processo de Gestão em Saúde de municípios de pequeno porte, enquanto um mecanismo que enfrenta alguns entraves referentes à ausência de suporte e de ferramentas que proporcionem o avançar do trabalho e a excelência em todos os âmbitos da gestão, percebe-se a necessidade de implantação de novas práticas que estimulem a inovação e o repensar do processo de atuação profissional frente a distintas situações.

O presente estudo tem como objetivo geral analisar o processo de Gestão em Saúde no município de Dom Macedo Costa – BA e sua influência no processo de Saúde dos Trabalhadores em Saúde. Os objetivos específicos do trabalho referem-se a: analisar a Gestão em Saúde do município de Dom Macedo Costa; traçar um perfil dos trabalhadores em saúde do município; estimular o processo reflexivo dos trabalhadores em saúde; verificar o funcionamento das variáveis que compõem a Gestão em Saúde; e fundamentar novas práticas na Gestão em Saúde. Assim, com a execução da dissertação pretendeu-se responder o seguinte questionamento: A Gestão em Saúde exerce impactos sob o processo de saúde do trabalhador? A pesquisa adota a metodologia qualitativa e quantitativa.

Inicialmente, houve a necessidade de fazer uma análise mais subjetiva da realidade em estudo e para isso, fez-se necessário a aproximação da pesquisadora com a realidade pesquisada, visando à familiarização com o objeto e a minimização de entraves à pesquisa. Posterior a esse momento, a pesquisadora buscou um diálogo com a equipe, com vistas a informar em que consistia o estudo e os seus objetivos. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de questionários, execução de entrevista semiestruturada e observação participante, visando o conhecimento de todo o processo de Trabalho em Saúde. Assim, os dados passaram por um processo de tratamento para formação de um todo coeso que proporcionou traçar um panorama geral da Gestão em Saúde Municipal.

A presente pesquisa apresenta uma estrutura baseada em capítulos. No capítulo 1 foi apresentada a introdução em que se explicitou o contexto da pesquisa, a justificativa e o breve apresentação do percurso metodológico, que estruturou este trabalho. O capítulo 2 apresentou fundamentação teórica, utilizada como base para o desenvolvimento do estudo. No capítulo 3,

foram descritos, de forma mais detalhada, os procedimentos metodológicos utilizados para a consecução deste estudo. No capítulo 4, foram expostos os resultados da pesquisa realizada junto à unidade de saúde, além da análise e discussão dos mesmos. Em seguida, foi apresentada a conclusão dos resultados obtidos através da pesquisa de campo.

## 2 POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE

O processo de operacionalização da Política Pública envolve o desenvolvimento de ações voltadas para o equilíbrio social e a garantia de acesso a direitos dos indivíduos. Nesse sentido, a Política Pública preocupa-se com o bem estar da população e a melhoria de suas condições de vida. Assim, por meio da execução das referidas políticas, os indivíduos aproximam-se de seus direitos e são implicados no processo de elaboração de sua própria história.

Saravia (2006) afirma que Política Pública consiste em:

Um fluxo de decisões públicas, orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar essa realidade. Decisões condicionadas pelo próprio fluxo e pelas reações e modificações que elas provocam no tecido social, bem como pelos valores, idéias e visões dos que adotam ou influem na decisão (SARAVIA, 2006 pg.28).

Nesse sentido, as Políticas Públicas atuam no contexto social, de forma a promover um processo de igualdade e dignidade dos indivíduos por meio de distintas formas. As Políticas Públicas visam fundamentar um processo de modificação da realidade através de lutas e do desejo por acesso igualitário aos serviços por parte da sociedade.

A Assistência à Saúde no Brasil praticamente inexistiu nos tempos de Colônia. O modelo era pautado na exploração da Colônia, não tendo como pauta a questão de Saúde exploratório nem pensava nessas coisas. Conforme Indriunas (2008) as únicas formas de assistência à saúde eram os pajés com suas ervas e cantos, e os boticários, que viajavam pelo Brasil. Essa situação caracterizava-se como algo insustentável, partindo da ideia em que o indivíduo não era assistido nas suas distintas necessidades.

Com o processo da vinda da Família Real, em 1808, emergiu a necessidade de organização de uma estrutura sanitária básica que atendesse as demandas da época. Polignano (2008) aponta que até 1850 as atividades de Saúde Pública se limitavam ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo na capital do império. A atuação nos serviços de saúde visava atender os interesses da classe governante da época, e não dos indivíduos que necessitavam de atenção e cuidados mediante o emergir de distintas patologias que acometiam a sociedade da época.

Até fins do século XIX, o Estado Brasileiro não tinha uma forma de atuação sistemática na saúde de seus habitantes. Devido à época ser marcada pelas relações comerciais, havia o foco no processo de circulação de mercadorias e não na saúde da população. Indriunas (2008) explicita que a situação do Rio de Janeiro contava com uma

ausência de estrutura de saneamento, e com isso apareciam doenças graves que se espalhavam facilmente. O presidente da época, Rodrigues Alves, nomeou o médico Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, para solucionar esse problema. O referido médico convocou 1.500 pessoas para invadir as casas, queimar roupas e colchões, sem nenhum tipo de ação educativa. A população foi ficando cada vez mais indignada e o auge do conflito foi a instituição do processo de vacinação obrigatória, anti-varíola. A população saiu às ruas e iniciou a Revolta da Vacina, o que gerou seu afastamento da função supracitada.

Nesse âmbito, vê-se a aplicação da força bruta para que uma “norma” fosse cumprida. Não se considerava a vontade da população, muito menos dedicava-se alguma parcela de tempo para práticas informativas e educativas com vistas ao processo de esclarecimento da sociedade acerca dos danos causados por distintas doenças. Esse fator se caracteriza por mais um dos desejos da classe dominante imposto à população em geral.

Motta e Vasconcellos (2006) apontam que com o término da década de 1950, a Política de Saúde Pública foi questionada quanto ao alcance de suas práticas. Via-se que existiam limites financeiros do Estado ante os problemas sanitários e isso ocasionava a formalização de outro padrão de atendimento à saúde, mais hospitalar e curativo. Nesse sentido, tinha-se a concepção de saúde centrada no processo curativo e nas práticas emergenciais com vistas a encobrir as mazelas sociais e “sanar” mesmo que superficialmente o problema da saúde. Assim, a saúde se caracterizava por um processo de atuação voltado para execução de medidas pontuais e não ocorria um cuidado continuado com vistas à promoção de saúde.

Sobre as modificações no Sistema de Saúde e sua abrangência, visualiza-se que as mesmas tiveram início no setor da Previdência. Este era responsável por garantir aos trabalhadores o acesso à saúde. Nesse âmbito, em 1923, a lei Elói Chaves<sup>3</sup> promoveu a estatização das Caixas de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários — CAPs. Também foi criado o Departamento Nacional de Saúde, tendo como área de atuação o saneamento urbano e rural, de higiene industrial e dos serviços de higiene materno-infantil. Roncalli (2003), afirmou que as CAPs eram organizadas por empresas, sendo administradas e financiadas por empresários e trabalhadores, que eram responsáveis por benefícios referentes a serviços de

---

<sup>3</sup> Conforme Lima *et al*(2005), a Lei Eloy Chaves se configura enquanto um marco da política de previdência social brasileira na década de 1920. Com a referida Lei, o Estado assumiu a responsabilidade de regular a oferta de serviços médicos e benefícios para categorias específicas de trabalhadores, que contribuíam pecuniariamente na condição de segurados de suas respectivas caixas de aposentadoria e pensões (CAPs).

saúde para alguns empregados de empresas específicas. Antes desta lei, as fábricas prestavam serviços médicos aos seus trabalhadores, no entanto, parte do valor era custeada restritamente pelos próprios trabalhadores.

Borba (1998) O Ministério da Educação foi criado em 1930, logo após a chegada de Getúlio Vargas ao poder. Com o nome de Ministério da Educação e Saúde Pública, a instituição desenvolvia atividades pertinentes a vários ministérios, como saúde, esporte, educação e meio ambiente. Até então, os assuntos ligados à educação eram tratados pelo Departamento Nacional do Ensino, ligado ao Ministério da Justiça.

Em 1933, surgiram os Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs. Estes, na realidade consistiam em um novo modelo de organização previdenciária que veio a substituir as antigas CAPs. Os IAPs, conforme Santos (2010) proviam aposentadorias e pensões, de modo a garantir a prestação de assistência médica aos filiados e dependentes, mantendo hospitais e ambulatórios próprios e contratando serviços de estabelecimentos de saúde privados. Os IAPs representaram uma expansão da cobertura, vinculando grande parte dos trabalhadores urbanos formais e autônomos.

Na década de 40, foram tomadas medidas de reestruturação e ampliação dos órgãos de saúde dos Estados. Paim (2009) expôs que durante este período, houve a criação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, o qual na década de 50 teria importante atuação no combate à malária, em pesquisas de doenças tropicais e na educação sanitária. Somente em 1953, ocorreu a divisão da saúde e educação, através da criação do Ministério da Saúde, antes vinculadas em um único ministério. Essa divisão proporcionou a dedicação maior para ambas as áreas e um maior investimento no processo de solução das problemáticas.

Borba (1998) afirma ainda que em 1966 ocorreu a unificação dos IAPS, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Este, ficou responsável pela concessão e manutenção de benefícios e outras prestações em dinheiro, pelo amparo aos idosos e pela reabilitação profissional. A partir de 1970, a saúde individual e coletiva têm suas responsabilidades explicitadas pelos primeiro e segundo Planos Nacionais de Desenvolvimento — PND. No ano de 1977, é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social — SINPAS garantindo a base jurídico-legal da previdência dentro do Sistema Nacional de Saúde (BORBA, 1998 p. 21). Nesse contexto, em 1970 surge o movimento Sanitário. Este movimento, conforme Gerschman (1995) foi idealizado por um grupo de profissionais intelectuais e lideranças políticas do setor de saúde, integrantes do Partido Comunista Brasileiro (PCB), do Centro de Estudos em Saúde Coletiva (CEBES) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde (ABRASCO). Os objetivos principais da

Reforma Sanitária seriam atingidos com a criação de um sistema único de saúde, o SUS, criado na constituição de 1988, só foi regulamentado em 19 de setembro de 1990, através da Lei 8.080, que definia o seu modelo operacional, a sua forma de organização, seus princípios doutrinários, objetivos e atribuições. Assim, emerge o processo de estruturação do SUS, como meio de alcançar as metas dedicadas ao processo de saúde-doença da população.

Anterior ao processo de criação do SUS, enquanto Política Pública, o Estado Brasileiro não se dedicava a atender as demandas de saúde populacionais. O Estado preocupava-se com os casos graves que representavam um risco de epidemia à população ou à economia. Com o processo de industrialização datado do início do século XX, houveram mudanças no Brasil no tocante às condições de vida da população, gerando modificações na estrutura social e explicitando os efeitos do capitalismo na sociedade. O capitalismo introduziu no meio social novas formas de vida em sociedade, o capital passou a dominar as relações sociais.

Em meio ao processo de desenvolvimento, industrialização do país e a concentração populacional nas grandes cidades, a saúde despontava como uma questão social. Esse fator advém da necessidade de voltar-se para a sociedade, suas formas de estruturação e o modo como os indivíduos são tratados na sociedade. Nesse sentido, a saúde atendia a população de forma particularizada, primando pela hegemonia de uma classe social sobre as outras. Nesse sentido, Paim (2009) afirma:

[...] a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial (PAIM, 2009, p.31).

Em 1988, a Constituição Federal, no Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde), artigo 196, explicitou-se que Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Diante dessa nova concepção de saúde, enquanto algo em que o Estado precisa estar comprometido na execução da Política percebe-se um avanço no tocante a universalizar e garantir aos indivíduos acesso a mesma indistintamente.

Nesse âmbito, o SUS, é conceituado segundo a lei nº 8.080 de 1990, no Título II (Do Sistema Único de Saúde), da “Disposição Preliminar”, artigo 04, enquanto um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e

municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. O SUS compreende a proposta de um processo de democratização e universalização do acesso aos serviços de saúde, visando garantir o direito do indivíduo a ter conhecimento e contato com o processo de cuidado da sua própria vida e forma de existência no mundo.

Conforme Médici (2011), a Constituição Federal de 1988 definiu um conjunto de direitos à saúde para todos os brasileiros, sem explicitar ou definir claramente quando e como alcançá-los, a que custo e com base em que estratégia. O SUS foi criado na referida Constituição, sendo consagrado o direito universal e gratuito à saúde para todos os residentes no Brasil. Este direito compreende a destinação de recursos para custear as necessidades dos indivíduos referentes ao seu processo de adoecimento.

Segundo a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) são objetivos e atribuições do SUS: a assistência às pessoas, a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, a saúde do trabalhador e a assistência farmacêutica. Entende-se por assistência às pessoas a atenção à saúde em tudo que envolve o ser humano, como as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
- II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

- I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;  
VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e  
VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores. (BRASIL, 1990, p. 2-3)

Outra atribuição do SUS é a Assistência Farmacêutica que tem como objetivos a orientação quanto ao uso adequado do medicamento, o acompanhamento farmacoterapêutico, a intervenção farmacêutica como ações que compõem a rede de saúde.

Após visualizar as atribuições do SUS, é relevante compreender seu processo de funcionamento como está exposto abaixo:

No tocante ao seu funcionamento, é importante ressaltar que o SUS não possui um caráter institucional, ele é um complexo sistema, formado por centros de saúde, ambulatorios, laboratórios, hospitais da iniciativa privada e do poder público, bem como por outros órgãos da União, Estados e Municípios, tendo como gestor central o Ministério da Saúde, todavia participam também da sua gestão os estados, municípios e a comunidade (PAIM, 2009, p.40).

Portanto, conforme Paim (2009) o SUS se configura como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, que compõe uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada com base nas diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. Nesse sentido, o SUS vem com uma proposta inovadora de proporcionar à população o acesso universalizado a saúde, além de ter seu foco também no processo de prevenção e promoção de saúde. Isso implica em um processo revolucionário distinto de todas as práticas desempenhadas anteriormente, com foco no indivíduo, seu processo relacional e as práticas de saúde.

Médici (2011) afirma que no período inicial de implantação do SUS, houveram dificuldades relacionadas à definição dos papéis dos diferentes níveis de governo e, de modo especial, na participação dos Estados e Municípios no financiamento do sistema. Havia conflitos entre gestores estaduais e municipais sobre a quem caberia à gestão dos prestadores de serviços, não havia uma definição das necessidades e uma programação conjunta entre os gastos estaduais e os municipais, os quais muitas vezes não eram nem incluídos na programação dos recursos necessários para o funcionamento do sistema. O SUS, enquanto uma nova proposta de se fazer saúde veio com o propósito de desconstruir e reconstruir e isso afetou o modo de governar das instâncias governamentais, considerando que o novo assustava e compromete as estruturas postas no meio social.

Sobre o processo de descentralização administrativa do SUS, Costa e Salazar (2007) afirmam que do ponto de vista político, o novo modelo significa criação, reestruturação ou implementação de Sistemas Municipais de Saúde, cuja gestão passava a ser de responsabilidade de cada município. No que se refere ao ponto de vista gerencial, a descentralização e participação da comunidade na gestão pública contribuem para o atendimento às necessidades básicas da população independentemente das relações jurídicas já estabelecidas. No entanto, Mota (1994) explicitou que muitas decisões locais necessitavam ser compatibilizadas e integradas com as esferas centrais do governo, mas também precisavam de autonomia e respeito às diversidades de normas e métodos de acordo com a realidade local. Conforme o Ministério da Saúde (2009a), a organização em territórios<sup>4</sup> reflete a riqueza e a complexidade das relações humanas que neles interagem e o referido território significa mais do que uma população que vive dentro de determinados limites geográficos.

Ainda conforme o Ministério da Saúde (2009a), a territorialização pressupõe a distribuição dos serviços de saúde, facilitando o acesso das pessoas aos serviços mais próximos de sua residência e faz com que os gestores desenvolvam uma responsabilização sanitária pela população local. A territorialização é a base do trabalho das equipes de atenção básica para a prática da vigilância em saúde, caracterizando-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Para que haja excelência no Trabalho em Saúde, há a necessidade da parceria entre o governo local e as outras instâncias de governo, caracterizados como um sistema complexo de diálogo e interesses distintos para os quais se exige um processo de discussão e elaboração de um planejamento eficaz para o andamento do processo. Segundo Ministério da Saúde (2009c), em 2006 os gestores assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde, com base nos princípios constitucionais do SUS e ênfase nas necessidades de saúde da população. O Pacto pela Saúde define prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

a) O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários traduzidos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estadual e municipal. Tendo como

---

<sup>4</sup> O território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (Barcellos et al., 2002). O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.

pressupostos, definir e pactuar as metas locais; definir estratégias para alcançar as metas; instituir um processo de monitoramento. Além disso, o Pacto pela Vida apresenta prioridades como:

- I - atenção à saúde do idoso;
- II - controle do câncer de colo de útero e de mama;
- III - redução da mortalidade infantil e materna;
- IV - fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, aids;
- V - promoção da saúde;
- VI - fortalecimento da atenção básica;
- VII - saúde do trabalhador;
- VIII - saúde mental;
- IX - fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- X - atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e
- XI - saúde do homem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009c, p.12 - 13).

b) Já o Pacto em Defesa do SUS, visa um processo de mobilização social vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um de seus pontos centrais. O Pacto em Defesa do SUS pressupõe:

- discutir nos conselhos municipais e estaduais as ações e estratégias para a concretização desta proposta;
- priorizar espaços com a sociedade civil para realizar as ações previstas;
- lutar por adequado financiamento (regulamentação da Emenda Constitucional no 29/00) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009c, p.13).

c) No que tange ao Pacto de Gestão, este estabelece as responsabilidades de cada ente federado, tornando mais claro o papel de cada um na política, contribuindo para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Propõe, ainda, avançar na regionalização e descentralização do SUS, respeitando as especificidades regionais.

O Pacto de Gestão pressupõe:

- assumir de maneira efetiva as responsabilidades sanitárias inerente a cada esfera de gestão;
- reforçar a territorialização da saúde como base para a organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias;
- instituir colegiados de gestão regional;
- buscar critérios de alocação equitativa dos recursos financeiros;
- reforçar os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009c, p.14).

Os gestores estaduais e municipais, ao definir a aplicação dos recursos, devem considerar as ações relacionadas à Vigilância em Saúde que estão destacadas como prioridades no Pacto pela Saúde.

A lei 8080 de 1990, em seu capítulo IV, seção II aponta para as competências de cada ente federado no processo de estruturação e execução do sistema de saúde. O artigo 16 aponta que ao ente federal compete:

- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
  - II - participar na formulação e na implementação das políticas:
    - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
    - b) de saneamento básico; e
    - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
  - III - definir e coordenar os sistemas:
    - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
    - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
    - c) de vigilância epidemiológica; e
    - d) vigilância sanitária;
  - IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
  - V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
  - VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
  - VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
  - VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
  - IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
  - X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
  - XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
  - XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
  - XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
  - XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
  - XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
  - XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
  - XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
  - XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
  - XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995)
- Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional. (BRASIL, 1990, p.7)

Percebe-se que ao ente federal cabe o papel de caráter normativo, ou seja, à União cabe o processo de estruturação do SUS de modo a fornecer suporte necessário aos outros entes gestores do sistema. Além disso, o ente federal atua no tocante a promover a descentralização para Estados e municípios dos serviços e ações de saúde de abrangência estadual e municipal, considerando as distintas realidades e necessidades.

Já no Art. 17. da Lei 8080/90 vê-se como atribuição da direção estadual do SUS os seguintes itens:

- I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
  - a) de vigilância epidemiológica;
  - b) de vigilância sanitária;
  - c) de alimentação e nutrição; e
  - d) de saúde do trabalhador;
- V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada (BRASIL, 1990, p.7).

Ao ente estadual, cabe exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual. O Estado precisa atuar de forma a promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus municípios. Essa gestão deve atuar na perspectiva da atenção integral e caso isso não ocorra, deve assumir em caráter transitório a gestão da atenção à saúde das populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade de atendimento integral. Assim, o Estado deve promover a harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais e atuar como elo de ligação entre Município e União.

Com relação à direção municipal (SUS), convém:

- I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
  - II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;
  - III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
  - IV - executar serviços:
    - a) de vigilância epidemiológica;
    - b) vigilância sanitária;
    - c) de alimentação e nutrição;
    - d) de saneamento básico; e
    - e) de saúde do trabalhador;
  - V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
  - VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
  - VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;
  - VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
  - IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
  - X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
  - XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
  - XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.
- Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios (BRASIL, 1990, p.7-8).

Com o processo de descentralização, o município passa a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções eficazes em seu território. Esse fator permite uma melhor atuação no âmbito da saúde, pois o município reconhece suas necessidades, o que proporciona uma atuação contextualizada e voltada aos interesses da população atendida.

Diante do exposto, Arretche (2005), afirma que as mudanças implementadas com a criação do SUS, alteraram a forma de estruturação da Política de Saúde no contexto social em todo o país. O processo de implantação do SUS surgiu com o propósito de descentralização, se opondo ao modelo nacional de proteção social instituído na época. No entanto, esse processo vem ocorrendo de forma lenta e gradual, o que ocasiona dificuldades no atendimento das necessidades da população e isso necessita um processo de investimento em mecanismos de gestão, para preencher as lacunas deixadas pelo sistema.

### 3 GESTÃO MUNICIPAL EM SAÚDE

A gestão envolve um complexo processo de administrar algo com vistas a alcançar meios que promovam o avanço e o sucesso organizacional. Para que haja uma boa gestão, necessita-se de um processo de atuação voltado para o alcance de metas e a dedicação para com a forma da instituição se estruturar no meio social.

Segundo Maximiano (2000), administrar é um processo de tomada de decisões e realização de ações que compreende quatro processos principais a saber: o planejamento, a organização, direção e controle. Esses processos também são denominados funções gerenciais e serão apresentadas no quadro abaixo:

**Quadro 1.** Funções do processo Administrativo

PROCESSO OU FUNÇÃO	DESCRIÇÃO
Planejamento	Planejamento é o processo de definir objetivos, atividades e recursos.
Organização	Organização é o processo de definir o trabalho a ser realizado e as responsabilidades pela realização; é também o processo de distribuir os recursos disponíveis segundo algum critério.
Direção/ Execução	Execução é o processo de realizar atividades e utilizar recursos para atingir os objetivos. O processo de execução envolve outros processos, especialmente o processo de direção, para acionar os recursos que realizam as atividades e os objetivos.
Controle	É o processo de assegurar a realização dos objetivos e de identificar a necessidade de modificá-los.

Fonte: A autora, adaptado com base em MAXIMIANO (2000).

Chanlat (1996) aponta outro conceito de gestão enquanto conjunto de práticas administrativas colocadas em execução pela direção de uma empresa para atingir os objetivos que ela tenha fixado, compreendendo a organização do trabalho, a natureza das relações hierárquicas, o tipo de estrutura organizacional, o sistema de avaliação e controle dos resultados, as políticas de gestão de pessoal e os objetivos, valores e filosofia da gestão.

O processo de gestão, atualmente, focaliza no processo de interação e interdependência entre as seis variáveis principais que são: tarefa, estrutura, pessoas, tecnologia, ambiente e competitividade. O comportamento das referidas variáveis é sistêmico e complexo: influenciando e sendo influenciado pelos outros componentes.

**Figura 1.** Seis variáveis básicas na Teoria Geral da Administração



Fonte: MAXIMINIANO, 1997.

Assim, percebe-se que gerir é algo complexo, que envolve um emaranhado de fatores e aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimento da organização.

### 3.1 CORRENTES TEÓRICAS DA ADMINISTRAÇÃO

O ato de administrar algo precisa ser norteado por fatores que o impulsionem para o sucesso. Nesse sentido, o processo de estruturação da Administração enquanto teoria envolve algumas correntes teóricas que compõem sua estrutura como: Abordagem Clássica, Abordagem Humanística, Abordagem Burocrática, Abordagem Comportamental e a Abordagem Sistêmica.

Sobre a Abordagem Clássica, Motta e Vasconcelos (2008) apontam que no início do século XX, dois engenheiros desenvolveram trabalhos pioneiros referentes à Administração. Um deles era americano, Frederick Winslow Taylor, cuja primeira atividade profissional fora a de mestre de uma fábrica, foi eleito em 1906, presidente da Associação Americana de Engenheiros, ele buscava aumentar a eficiência do trabalho, publicou livros como *Shop management* (1903) e o seu mais conhecido: *Princípios de administração científica* (1911), iniciando os trabalhos da Escola da Administração Científica. Esta, de acordo com Lacombe (2003), atua na divisão do trabalho em tarefas elementares e praticamente indivisíveis e na especialização das pessoas para execução dessas tarefas, visando a obter ganhos de

produtividade. O outro era europeu, Henri Fayol, que em 1916, publicou o livro *Administração Geral*. Fayol também era engenheiro, era mais um administrador de cúpula e já chegou a salvar uma empresa da falência. Fayol desenvolveu a *Teoria Clássica*, preocupando-se com o aumento da eficiência da empresa por meio de sua organização e da aplicação de princípios gerais da Administração em bases científicas.

Motta e Vasconcelos (2008) afirmam que a Abordagem Clássica emerge no contexto para que se tenha a ampliação da visão da gestão e o foco no aumento da produtividade, fator primordial para continuidade do sistema capitalista. Enquanto Taylor preferia a experiência e a indução, e por consequência interessou-se mais pelos métodos e sistemas de racionalização do trabalho na linha de produção, Fayol se concentrou na análise lógico-dedutiva. Este último foi o criador da divisão das funções do administrador em planejar, organizar, coordenar, comandar e controlar. Frank e Lilian Gilbreth foram os contemporâneos de Taylor e Fayol e ajudaram principalmente nos estudos de tempo e movimento, Gilbreth chegou a aplicar a psicologia à administração quando poucos se preocupavam com isso. Henry Gantt utilizou-se da psicologia para aumentar a produtividade

A Abordagem Humanística da Administração ou Escola das Relações Humanas conforme Motta e Vasconcelos (2008) surgiu nos Estados Unidos, fruto das conclusões da experiência de Hawthorne<sup>5</sup>, desenvolvida por Elton Mayo<sup>6</sup> e colaboradores. Caracterizou-se enquanto um movimento de oposição à Teoria Clássica da Administração. O Movimento das Relações Humanas combate o formalismo na administração e desloca o foco da administração para os grupos informais e suas inter-relações, oferecendo incentivos psicossociais, por entender que o ser humano não pode ser reduzido a esquemas simples e mecanicistas. A Abordagem Humanística depositou na motivação a expectativa de levar o indivíduo a trabalhar para atingir os objetivos da organização. Além disso, defendeu a participação do trabalhador nas decisões que envolvessem a tarefa, porém essa participação sofre restrições e deve estar de acordo com o padrão de liderança adotado. Pode-se dizer que foi após a

---

<sup>5</sup> Silva (1997) afirma que a experiência de Hawthorne teve o objetivo de detectar a relação entre a intensidade da iluminação e a competência dos operários, medida por meio do ritmo de produção. A experiência foi coordenada por Elton Mayo, que analisou os níveis de fadiga, acidentes laborais, mudança de turno e as consequências das condições de trabalho na vida e produtividade do profissional. Através da referida experiência, percebeu-se que a produção depende da expectativa do grupo, dos benefícios cedidos pela empresa, intervalos de descanso e das refeições servidas.

<sup>6</sup> Conforme Dubois (2000), o australiano Elton Mayo licenciou-se na Universidade de Adelaide e estudou Medicina em Londres e Edimburgo, ensinou Filosofia Mental e Moral em Queensland, durante a primeira década do século, e emigrou para os Estados Unidos em 1923. Começou por trabalhar em pesquisas numa empresa têxtil da Pensilvânia e juntou-se mais tarde à Harvard University como professor convidado em Pesquisa Industrial.

experiência de Hawthorne que efetivamente a Abordagem Humanística ganhou notoriedade. A experiência de Hawthorne (realizada no bairro de mesmo nome, em Chicago) foi conduzida pelo médico e sociólogo Elton Mayo e exerceu relevância no que tange ao processo de focalização do cuidado com o trabalhador, enquanto fator preponderante para o bom funcionamento da organização.

Outra escola da Administração foi fundamentada na compreensão de Max Weber sobre a Burocracia e seus efeitos nos diversos estratos sociais e políticos. Para Max Weber (1999), a Burocracia é o exemplo mais bem sucedido da história da Administração Pública, caracterizada pela eficiência e rapidez na gestão dos negócios públicos, sendo o corpo mais racional e eficaz da ação governamental. Segundo o autor, a forma mais racional de dominação:

É a forma mais racional de exercício de dominação, porque nela se alcança tecnicamente o máximo de rendimento em virtude de precisão, continuidade, disciplina, rigor e confiabilidade, intensidade e extensibilidade dos serviços, e aplicabilidade formalmente universal a todas espécies de tarefas [...] Toda nossa vida cotidiana está encaixada nesse quadro (...) (WEBER, 1999, p. 145).

Assim, a organização Burocrática é pautada nos princípios capitalistas, tendo sua estrutura bem delimitada e visando o processo de dominação e obtenção de retornos financeiros por meio da eficiência e eficácia.

Andrade e Amboni (2009) afirmam que a Abordagem do Desenvolvimento Organizacional emergiu como resposta da organização às mudanças, com o foco na mudança de atitudes, comportamentos e a estrutura da organização de forma a permitir adaptação a novas conjunturas, mercados, tecnologias, problemas e desafios que surgem nas economias globalizadas. A sua proposta é a mudança organizacional planejada, entendendo que o ambiente externo é dinâmico e que as organizações as pessoas necessitam de contínua adaptação a ele. É um processo sistemático, planejado e dirigido de mudança cultural, dos sistemas e do comportamento da organização, objetivando a melhoria da eficácia das empresas na solução dos problemas e na busca dos objetivos (MOTTA; VASCONCELOS, 2008).

Com relação à Abordagem das Contingências, Motta e Vasconcelos (2008), focalizam os aspectos estruturais (formalização, regras, normas e estruturas organizacionais; elementos visíveis e explícitos) e ambientais, representado pela dinâmica externa de mercado. A abordagem contingencial é uma releitura da forma ótima (one-best-way) de realização das tarefas, só que adequado às características específicas de cada organização, ou seja, com foco na relatividade empresarial. Cada estrutura pode ser ótima dependendo ao objetivo da

organização: eficiência ou inovação; dependendo do tipo de ambiente e do tipo de objetivo ou problema a ser solucionado, vários tipos estruturais são possíveis. E a própria concepção de desempenho é o sucesso relativo de uma organização no alcance de suas metas específicas (MOTTA e VASCONCELOS, 2008).

No que se refere à Abordagem Comportamental, Mota (1986), explicita que o livro de March e Simon<sup>7</sup> marca a transição da teoria da administração para a teoria das organizações, isto é, a tentativa de estudar o sistema social em que a administração se exerce, visando maior eficiência. O trabalho desses autores reflete uma tentativa de aplicação do método científico desenvolvido nas ciências humanas, principalmente na Psicologia Social, na Sociologia e na ciência política norte-americana. Os referidos autores relatam que moral elevado não é condição bastante para alta produtividade, percebem que a organização é entendida como uma rede de tomada de decisões e sua eficiência dependerá da articulação de diversos fatores estruturais e comportamentais.

No que se refere à Abordagem Sistêmica ou Estruturalista, Maximiano (2000) afirma que na referida abordagem os elementos interagem e influenciam-se para realizar objetivos. A organização é produto de um sistema técnico e um sistema social e os sistemas influenciam-se mutuamente. Nesse contexto, a organização é um sistema cercado pelo ambiente e o papel da administração é cuidar do desempenho global do sistema.

O modelo conceitual de Bertalanffy (1968) considera o organismo vivo como um sistema aberto, uma entidade em contínua interação com o ambiente, então tal modelo continha implicações revolucionárias para a ciência social e comportamental.

Segundo Katz e Kahn:

As estruturas sociais constituem, essencialmente, sistemas planejados. São sistemas formados por seres humanos, sistemas imperfeitos. Eles podem desconjunturar-se de um momento para o outro, como também podem viver séculos a mais que os organismos biológicos que lhe deram início e forma. Essencialmente, a amálgama que mantém unido o tecido do seu organismo é de natureza mais psicológica do que biológica. Os sistemas sociais repousam sobre as atitudes, percepções, crenças, motivações, hábitos e expectativas dos seres humanos (*apud* KAST E ROSENZWEIG, 1970, p. 135).

Nesse sentido, é necessário compreender os sistemas como um todo, objetivando uma visão ampla dos distintos processos para que o processo de tomada de decisões seja pautada nos fatos e assim alcance os resultados esperados.

---

<sup>7</sup> Simon (1970) estruturou a Teoria das Decisões, em que se propõe a contemplar a existência de novos elementos no processo decisório, onde a escolha de alternativas é permeada por um conjunto de ações e comportamentos que irão conduzir à opção mais satisfatória correspondente aos interesses do tomador de decisões, e não aquela que seja ótima para a organização.

Com base nas teorias supracitadas, compreende-se que o estudo das Escolas Teóricas da Administração é de extrema relevância para compreender o processo de estruturação das distintas formas de gestão da atualidade. Além disso, fornece uma base para o processo de tomada de decisão organizacional, este fator preponderante para a sobrevivência da organização e possui a relação das correntes teóricas com as variáveis básicas da administração como demonstrado no quadro abaixo:

**Quadro 2.** Variáveis básicas da Administração

Foco	Teorias Administrativas	Principais Enfoques
Nas tarefas	Administração Científica	Racionalização do trabalho no nível operacional.
Na estrutura	Teoria Clássica Teoria Neoclássica	Organização formal. Princípios gerais da administração. Funções da Administração.
	Teoria da Burocracia	Organização Formal. Burocrática. Racionalidade Organizacional.
	Teoria Estruturalista	Múltiplas abordagens. Organização formal e informal. Análise intra-organizacional e análise inter-organizacional.
Nas pessoas	Teoria das Relações Humanas	Organização informal. Motivação, lideranças, comunicações e dinâmica de grupo.
	Teoria do Comportamento Organizacional	Estilos de Administração Teoria das decisões. Integração dos objetivos organizacionais e individuais.
	Teoria do Desenvolvimento organizacional	Mudança organizacional planejada. Abordagem do sistema aberto.
No ambiente	Teoria Estruturalista	Análise intra-organizacional e análise ambiental. Abordagem do sistema aberto.
	Teoria da Contingência	Análise ambiental (imperativo ambiental) Abordagem do sistema aberto.
Na Tecnologia	Teoria da Contingência	Administração da tecnologia (imperativo tecnológico).

**Fonte:** MAXIMINIANO, 1997.

Ainda sobre as variáveis organizacionais, pode-se citar que as mesmas têm distintos focos e formas de lidar com os componentes organizacionais como está exposto abaixo:

- ✓ *Tarefas:* considera a administração uma ciência aplicada na racionalização e no planejamento das atividades operacionais.

- ✓ *Estruturas*: considera a administração uma ciência que cuida da configuração e estruturação das organizações.
- ✓ *Pessoas*: considera a administração uma ciência aplicada sobre as pessoas e suas atividades dentro das organizações.
- ✓ *Ambiente*: considera a administração uma ciência que busca a adequação das organizações às demandas e situações que ocorrem em seu contexto externo.
- ✓ *Tecnologia* que considera a administração uma ciência que cuida da aplicação bem-sucedida da tecnologia na atividade organizacional.

Essas variáveis organizacionais constituem os principais componentes do estudo da administração nas organizações das empresas. O comportamento das variáveis é sistêmico e complexo, sendo que cada um influi e é influenciado pelos outros. O comportamento de seu conjunto é diferente da soma dos comportamentos de cada componente separado. Na realidade, a adequação e integração dessas cinco variáveis constituem o desafio da administração.

### 3.2 GESTÃO EM SAÚDE

A Gestão Pública se configura enquanto um processo complexo de trabalho, visando atender os interesses comuns do meio social. Além dessa função, o gestor público precisa estar consonante com as leis que instituem a forma de funcionamento do ambiente estatal, para que possa executar sua função com eficiência e eficácia.

Atualmente, o gestor público não pode ser considerado como um indivíduo que tem a função apenas de cumprir ordens e executar as funções restritas a um pensamento instrumental, mas sim, um indivíduo comprometido no exercício das suas funções com a visão inovadora de elaborar novas formas de atuação visando a excelência de seu trabalho.

Chanlat (1996) aponta que o serviço público, principalmente os serviços que envolvem aspectos referentes a questões sociais, de saúde e de educação, poderiam ser classificados no modo de gestão tecnoburocrático, em que estão presentes: forte hierarquia, divisão do trabalho parcelada, presença de normas e padrões formais, grande importância atribuída aos especialistas, controles sofisticados, canais de comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos inexistentes ou precários, centralização do poder, fraca autonomia para os cargos hierarquicamente inferiores, limitação na expressão.

A ação humana é limitada pelas normas existentes, pois o trabalhador fica restrito a responder demandas previstas na concepção de trabalho apontada para ele. Para Dejours *et al*

(1994), a organização do trabalho limita ao trabalhador a realização de projetos, já que o trabalho é organizado de acordo com a vontade de outros. A organização do trabalho se dá por meio da divisão de tarefas e da separação de pessoas e isso provoca a confrontação do desejo do trabalhador à imposição do empregador.

Nesse contexto, o gestor em saúde, conforme Lotufo e Miranda (2007) não pode ter comportamentos regrados para a condução dos sistemas de saúde e serviços, mas também precisa gerir pessoas e suas particularidades. Os gestores de saúde constituem espaços de poder governamental, onde ocorrem tensionamentos e mediações políticas contínuas e permanentes. Considerando um ambiente com pessoas, o gestor necessita estar preparado para solucionar conflitos e superar os desafios impostos pelo sistema.

Segundo Mintzberg (1973), o poder nas organizações de saúde é compartilhado, e os profissionais têm importante papel em sua dinâmica. Logo, é evidente que as estratégias gerenciais devem incluir processos de negociação e comunicação intensa com os diversos grupos internos. Esse processo da gestão compartilhada é algo inovador e visa implicar os trabalhadores na sua dinâmica do trabalho, proporcionando o sentimento de pertença ao meio laboral em foco.

Mendes (2001) afirma que a gestão em saúde envolve um emaranhado de recursos como: recursos humanos suficientes e capacitados, recursos financeiros, equipamentos, materiais e medicamentos. Esses recursos devem ser gerenciados de modo a proporcionar condições para alcançar o principal objetivo dos serviços de atenção à saúde, que é a assistência de melhor qualidade possível, isto é, com efetividade, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade, a saber:

- a) A efetividade no sistema de saúde refere-se ao processo de prestação de serviços públicos com garantia de acesso, de acordo com as necessidades dos cidadãos.
- b) No que se refere à equidade, Pontes *et. al* (2009) afirma que a todos os brasileiros deverá ser dado atendimento igualitário sem privilégios ou barreiras, uma vez que o olhar que o sistema tem perante o seu usuário é de igualdade e a estes deverá ser oferecido atendimento conforme suas necessidades até o limite enfrentado pelo sistema.
- c) No que tange a aceitabilidade no SUS, o Ministério da Saúde (2005a) aponta que a mesma se refere à disposição de indivíduos, profissionais ou organizações, participarem e utilizarem o sistema.
- d) A acessibilidade consiste no acesso às informações em saúde, mas também como a eliminação de barreiras arquitetônicas, de comunicação e de acesso físico,

equipamentos e programas adequados, bem como conteúdo e apresentação da informação em formatos alternativos.

- e) A adequabilidade no sistema visa que o sistema adote a flexibilidade na sua forma de funcionamento para que obtenha êxito e alcance as necessidades da população.

Assim, visualiza-se que o gestor em saúde enfrenta obstáculos que precisam ser superados para que o SUS se efetive nos distintos territórios. Em consequência da grandiosidade do território brasileiro e na tentativa de atender as diferentes demandas, depara-se com o processo de descentralização da gestão do SUS. Tal processo se deu por meio de transferência de responsabilidades e funções para os diferentes níveis. Nesse âmbito de modificação do processo de gestão, precisou constituir todo um contexto de mudanças e a montagem de uma estrutura administrativa que comporte todas as áreas.

O Ministério da Saúde (2001) considera que a função do gestor envolve o direcionamento das áreas - meio (jurídico, planejamento, orçamento, execução financeira, materiais, gerência de contratos, serviços gerais, manutenção e transporte) e as áreas-fim (técnicas). Estas devem estar entrosadas, visando o bom funcionamento dos serviços. Esta integração deve acontecer no cotidiano e fazer parte das preocupações constantes dos gestores. Os gestores, por muitas vezes, despreparados para assumir tal função ocasionam entraves para que o processo continue funcionando, o que exige um processo de formação para que se alcance os objetivos da gestão descentralizada.

Apesar de estar normatizada, a descentralização da gestão é complexa, em especial no tocante aos repasses de recursos. E por este motivo que existe um constante mudança de regras e regulamentos que regem os mecanismos e critérios de financiamentos. Constantemente, estados e municípios estão discutindo e negociando sobre as formas de repasses feitos pela esfera federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.86).

A discussão acerca dos recursos financeiros da saúde envolve um complexo modo de gestão, pois as mudanças nas leis são constantes e isso confunde o gestor. O Ministério da Saúde (2001) aponta que o financiamento se dá com recursos oriundos das três esferas governamentais por meio de critérios previamente estabelecidos e negociados por atores sociais num sistema de distribuição de recursos.

Os recursos financeiros são obtidos por meio de planejamento anual em conciliação com a disponibilidade orçamentária, com relevância a projetos prioritários, variantes com o porte populacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Constantemente há o questionamento acerca da escassez dos recursos que financiam o serviço de saúde. Na verdade, não faltam recursos, mas sim há uma precariedade de programação, falta de controle adequado de

materiais, irregularidades em processo licitatórias, entre outros fatores que contribuem para a utilização errônea no emprego de recursos.

O processo de Gestão Pública compreende a prestação de contas realizada para a sociedade. O Brasil tem modificado sua estrutura de gestão, em decorrência das exigências sociais que solicitam maior eficiência, transparência e eficácia na aplicação dos recursos públicos (BONACIM, 2006). A Emenda Constitucional n. 19/1998, explicita princípios e normas de gestão pública e exige o controle das finanças a fim de direcionar os gestores públicos para a busca da eficiência e eficácia gerencial (BRASIL, 1998). Esse modelo de gestão implica uma ação planejada e transparente, mediante o cumprimento de metas que deverão ser constantemente mensuradas, em especial no que se refere ao aspecto econômico.

Conforme Médici (2011), o processo de implementação de uma estratégia de financiamento para a atenção básica se constitui enquanto uma inovação da política. O Piso de Atenção Básica (PAB) de cada município, calculado com base em um valor *per capita*, passou a ser transferido de forma automática “fundo a fundo” mudando a forma anterior de financiamento por prestação de serviços e passando para uma lógica de transferência de recursos em troca de responsabilidades sanitárias assumidas em cada nível de atenção. O PAB tinha duas partes: uma fixa e outra variável. Os recursos relativos ao PAB fixo são transferidos tendo como base o valor *per capita*, enquanto os valores do PAB variável se transferem como incentivos, associados à adesão do município a programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde, tais como o PACS, o PSF e o Programa de Combate às Carências Nutricionais, além de ações estratégicas como a implantação da Farmácia Básica do SUS e as Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

Ministério da Saúde (2001) expõe que os gestores que atuam nos colegiados regionais são responsáveis pela organização das redes, de modo a prestar serviços e promover ações que atendam a realidade local. Na atenção primária, oferecida pelas unidades e setores da saúde, existe um maior grau de conhecimento da realidade populacional de determinada região, o que possibilita a resolução dos principais problemas de saúde, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, educação em saúde, entre outros. Os serviços de alta complexidade tecnológica, oferecidos pelos hospitais, ambulatórios e centros especializados de saúde são responsáveis pela resolução de problemas que não são passíveis nas unidades de saúde.

Diante do processo de funcionamento do SUS, surgiu a necessidade do processo de qualificação do sistema. Bueno (2003) afirma que um instrumento de monitoramento e avaliação de atividades na Atenção Básica foi a “Sala de Situação”. Esta consiste em um meio

de diagnóstico situacional de saúde, com indicadores que expõem a relação de demanda versus oferta e dados de produtividade. Esse processo permitia informar ao gestor municipal dados acerca da realidade local. Outro instrumento, proposto pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) em cooperação técnica com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) foi a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ).

O Ministério da Saúde (2005a) expõe que o AMQ envolvia uma série de parâmetros analisados em um momento inicial (chamado AMQ-zero) nos quais a equipe se classificava e buscava conseguir subir ao menos um nível nos parâmetros em questão até a avaliação subsequente (AMQ-1).

Em 2010, com o apoio do Ministério da Saúde validou-se para a língua portuguesa o instrumento PCA-Tool (Ferramenta de Avaliação da Atenção Primária) que avalia as características nucleares da Atenção Primária à Saúde (APS): acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação, além de oferecer informações acerca dos aspectos derivativos da Atenção Primária: centralidade na família, orientação comunitária e competência cultural. No entanto, com a mudança de comando no Ministério da Saúde, foi fundamentada uma nova Política Nacional da Atenção Básica, e novas formas de incentivos, como um novo mecanismo de avaliação da qualidade: O PMAQ-AB. Este utiliza 47 indicadores de produção ambulatorial e cadastramento, relacionados a sete áreas estratégicas: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, Saúde Bucal, Produção Geral, Tuberculose e Hanseníase, e Saúde Mental. Suas inovações em relação a modelos anteriores são:

- o uso de indicadores de desempenho para classificar equipes, e indicadores de monitoramento sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por equipe;
- repasse imediato e automático após contratualização, com recebimento de recursos durante até seis meses independente da qualidade antes da avaliação externa;
- se destinar a qualquer equipe de saúde da atenção básica, independente do modelo adotado; e
- agrupar municípios sob avaliação, para fins de comparação, em seis estratos de acordo com indicadores socioeconômicos como Produto Interno Bruto per capita, proporção populacional de acesso a planos de saúde, bolsa família e extrema pobreza, e densidade demográfica. (SAVASSI, 2012 p.73)

Conforme Ministério da Saúde (2011), o PMAQ se configura enquanto um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, nos quais o Ministério da Saúde, os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica

em todo o Brasil. O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Ao longo do texto, pode-se perceber que existem programas, visando o avanço do SUS e de maior qualidade na saúde da população em distintas realidades. Nesse sentido, a descentralização contribui para o alcance dos indivíduos às políticas, se caracterizando como algo complexo e que ao mesmo tempo “possibilita aos sujeitos de um determinado território, participar do processo de elaboração, decisão e execução de programas e normas que condicionam sua atuação, podendo inclusive reduzir sua autonomia real”. (BORJA, 1987 p. 48).

Além da descentralização, a Gestão em Saúde visa o processo de intersectorialidade, que resulta de "um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais que se combinam de forma particular, em cada sociedade e em conjunturas específicas, redundando em sociedades mais ou menos saudáveis" (BUSS, 1997, pp. 174). Essa preocupação com o processo de saúde precisa ser estendida ao trabalhador em saúde também, pois esse ator é de fundamental importância para a execução das políticas e práticas em saúde.

## 4 SAÚDE DO TRABALHADOR

O trabalho se caracteriza enquanto um importante fator de estruturação da sociedade, compreendendo-o como um normatizador e direcionador da vida humana em sociedade. Conforme Borges e Tamayo (2001) o trabalho está relacionado com o sentido individual e social, sendo um meio que promove subsistência dos indivíduos, criando sentidos existenciais e contribuindo para o processo de estruturação da identidade. Nesse sentido, no cotidiano, as pessoas atribuem vários significados ao trabalho.

A palavra trabalho vem do latim *tripalium*, termo utilizado para designar instrumento de tortura, ou, mais precisamente, “instrumento feito de três paus aguçados, algumas vezes ainda munidos de pontas de ferro, nas quais agricultores bateriam o trigo, as espigas de milho, o linho, para rasgá-los e esfiapá-los” (ALBORNOZ, 1994).

Conforme o autor anteriormente citado, durante muito tempo a concepção de trabalho era associada a sacrifício e castigo. Com o Renascimento, o trabalho passou a se caracterizar como meio de constituição de identidade e auto realização humana. Assim, o trabalho apresenta concepções distintas, por vezes se remetendo a ideias negativas; por vezes a concepções positivas.

Marx (1980, p. 197-198) define trabalho como: “(...) um processo de que participam igualmente o homem e a natureza, e no qual o homem espontaneamente inicia, regula e controla as relações materiais entre si próprio e a natureza”. Nesse sentido, vê-se o trabalho, enquanto um processo de troca de vivências e formas de relacionar-se no meio social. O homem, na vivência em sociedade, utiliza-se do trabalho enquanto atividade mediadora entre ele e natureza, para que suas necessidades de sobrevivência sejam saciadas. O ser humano transforma a natureza por meio de seu trabalho.

Conforme Senna (2003), o trabalho desempenha uma função marcante de estruturação do sujeito, exercendo uma relevância na estruturação indivíduo enquanto sujeito agente do contexto social. O trabalho, de acordo com Silva Filho (1993), propicia ao homem o acesso às condições de sobrevivência, além de assegurar o seu caráter de ser humano, ou seja, o homem se constitui enquanto ser pensante através do trabalho. Este é visto como algo que lhe garante a posição de homem social, ou seja, sem o trabalho não existem relações e o ser humano que se constitui de forma relacional. Assim,

o trabalho é caracterizado por uma relação mediada entre o sujeito e o seu objeto, sendo uma atividade orientada a um fim, e para sua efetivação, são necessários alguns componentes, como: a matéria a que se aplica o trabalho; o objeto de trabalho; o(s) instrumento(s), os meios de trabalho; e o produto do trabalho (BORGES; OLIVEIRA, 2004, p. 13).

Então o trabalho promove o processo de relacionamento do homem com o meio, com vistas a produzir algo que proporcione o avançar na vida em sociedade.

Com o passar do tempo, na constituição histórica da humanidade, o trabalho foi ocupando uma posição de centralidade na vida do indivíduo. Mesmo assim, cada vez mais cresce o número de trabalhadores que não reconhecem o seu ambiente de trabalho como um espaço de realização, de reconhecimento. Conforme Ribeiro e Léda (2004) existem poucas pessoas que atuam em funções que permitem envolvimento e identificação. Um grande contingente de pessoas trabalha por necessidade financeira, para esses trabalhadores, o trabalho é um meio para alcançar outros objetivos e isso prejudica sua forma de viver no mundo, pelo fato de centralizar sentimentos negativos no seu processo de trabalho.

Segundo Ribeiro e Léda (2004), o trabalho precisa estar integrado à vida, ter um sentido, não pode se restringir a ser um meio de sobrevivência. O indivíduo precisa vislumbrar a possibilidade de realização dos seus planos e projetos, desvinculados do mero acesso a bens materiais e suas simbologias. Uma atividade profissional que incorpora um significado intrínseco, que tem valor por si mesma, ajudará na construção de uma nova sociabilidade, marcada por valores éticos. Nos dias atuais, existem fatores no mundo do trabalho que dificultam uma relação de maior envolvimento e identificação da classe trabalhadora com a vida profissional. Esse fator advém de um processo de desvalorização do indivíduo e desconsideração do seu caráter humano, isso implica no sentimento de desrespeito e revolta com o trabalho.

Morin (2001) constata que a organização do trabalho deve oferecer aos trabalhadores a possibilidade de realizar algo que tenha sentido, de praticar e de desenvolver suas competências, de exercer seus julgamentos e seu livre-arbítrio, de conhecer a evolução de seus desempenhos e de se ajustar. O ser humano apresenta a necessidade de reconhecimento, de pertença a algum grupo e isso pode ser proporcionado com a visualização de sua função enquanto algo relevante para o funcionamento da vida social.

Antunes (2001) aponta para o fato de que o trabalho, que deveria ser um meio para realização pessoal, além de colaborar para a construção de uma identidade, fundamenta-se como fonte geradora de sofrimento e adoecimento. Nesse sentido, Heloani (2003, p.102) relata riscos os quais o trabalhador pode estar exposto:

O mundo do trabalho torna-se, de forma rápida e surpreendente um complexo monstruoso, que se por um lado poderia ajudar, auxiliar o homem em sua qualidade de vida, por outro lado, patrocinado pelos que mantêm o controle do capital, da ferramenta diária que movimenta a escolha de prioridades, avassala o homem em todos os seus aspectos (HELOANI, 2003, p.102).

Nesse sentido, percebe-se o trabalho enquanto algo que promove a situação de adoecimento e sofrimento psíquico. Para Dejours (1999), sofrimento 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 deve procurar essas forças.

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 patológico (DEJOURS, 1999).

Assim, o sofrimento atua como um mecanismo de reação ao processo de insatisfação e estranhamento da situação vivida pelo indivíduo no meio organizacional. Segundo Dejours (1994) o sofrimento é um estado psico-afetivo penoso, uma vivência subjetiva, de natureza mental, muitas vezes inconsciente, resultante do confronto entre a história de vida do indivíduo e a realidade de trabalho. Assim, o trabalho que incomoda de alguma forma o indivíduo deve ser analisado de forma a proporcionar a minimização dos eventos estressores e promover melhoria no bem estar do indivíduo trabalhador.

Ferreira e Mendes (2003), por sua vez, definem o sofrimento como uma vivência intensa e duradoura de experiências dolorosas como angústia, medo e insegurança, oriundas do conflito entre necessidades de gratificação do indivíduo e a impossibilidade de satisfação causada pelas restrições encontradas no ambiente de trabalho. Esses autores destacam que a vivência de sofrimento, que na maioria das vezes é inconsciente, têm origem nas situações adversas oriundas da organização, das condições e das relações de trabalho que estruturam o ambiente produtivo das organizações.

Desse modo, a lógica do trabalho capitalista elimina, pela racionalização, as propriedades qualitativas do trabalhador, pois o processo de trabalho é decomposto cada vez mais em partes que se isolam e dificultam a interação do trabalhador. Antunes (1997) aponta que a decomposição moderna do processo de trabalho ocasiona a coisificação do trabalhador que é visto como um ser despersonalizado, sem vontade própria e que precisa atender a desejos externos a todo momento, desconsiderando seu caráter humano.

O modo de produção capitalista tem uma lógica própria. Conforme Lara (2011), o aperfeiçoamento das máquinas e instrumentos de trabalho tem como principal finalidade aprimorar o processo de trabalho para ter o menor gasto possível com a força de trabalho. O trabalho na sociedade capitalista é causa de toda degeneração intelectual, de toda deformação orgânica. O trabalho alienado representa uma fonte de acidentes e adoecimentos. Distante está o alívio do trabalhador das atividades árduas.

Lara (2011) aponta que o trabalho, no modo de produção capitalista, é determinado pelo processo de produção, no qual acidentar e adoecer são resultantes de relações sociais em que o trabalhador torna-se apêndice da máquina. O trabalho que deveria gerar prazer, felicidade, na ordem do capital, causa fadiga, doenças, acidentes, sofrimentos físicos e mentais. Muitos acidentes de trabalho, quando não matam, podem deixar mutilações e dependências.

Nesse sentido, os cuidados com a Saúde do Trabalhador através da Medicina do Trabalho<sup>8</sup>, surgiu na Inglaterra, com a Revolução Industrial. Nessa época, os trabalhadores estavam submetidos a um regime de produção em massa, que exigia um cuidado específico. Mendes e Dias (1991) afirmou que um proprietário de uma fábrica resolveu contratar um médico para sua fábrica, fundando o primeiro serviço médico de empresa. Essa ideia foi implementada por outros países e a Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919 começou a se preocupar com a temática e em 1953, através da Recomendação sobre a "Proteção da Saúde dos Trabalhadores", a Conferência Internacional do Trabalho instava aos Estados Membros da OIT que fomentassem a formação de médicos do trabalho qualificados e o estudo da organização de Serviços de Medicina do Trabalho.

A sociedade passava por um processo de desenvolvimento conjuntamente com a tecnologia e isso ocasionou a impotência da medicina do trabalho no processo de intervenção sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção. Os trabalhadores questionam suas condições de trabalho e isso ocasiona a ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador, intervindo sobre o ambiente, o que faz surgir a Saúde Ocupacional.

Mendes e Dias (1991) afirmaram que no Brasil, a implementação da Saúde do Trabalhador ocorreu mais tarde. No contexto da saúde até os anos 60, o processo de medicalização era criticado e no campo da saúde surge os métodos alternativos de autocuidado de saúde, de assistência primária, de extensão de cobertura, de revitalização da medicina tradicional, uso de tecnologia simplificada, e ênfase na participação comunitária. Assim, discute-se acerca da determinação social do processo saúde-doença, colocando o

---

<sup>8</sup> Segundo a Recomendação 112 da OIT (1966), "a expressão 'serviço de medicina do trabalho' designa um serviço organizado nos locais de trabalho ou em suas imediações, destinado a:

- assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo o risco que prejudique a sua saúde e que possa resultar de seu trabalho ou das condições em que este se efetue;
- contribuir à adaptação física e mental dos trabalhadores, em particular pela adequação do trabalho e pela sua colocação em lugares de trabalho correspondentes às suas aptidões;
- contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores"

trabalho enquanto algo que organiza a vida humana, o que resulta no questionamento acerca da Saúde do Trabalhador.

O SUS, a partir da regulamentação do artigo 200, inciso II da Constituição pela Lei 8.080/90, delimita o campo de atuação da saúde do trabalhador como de competência do SUS, nas três esferas do governo. Entende-se por saúde do trabalhador “[...] um conjunto de atividades que se destina, através da vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...]”. Ao priorizar a atuação preventiva do SUS no ambiente de trabalho reconhece-se que esse ambiente é um fator determinante e condicionante dos acidentes e doenças do trabalho, compreendendo que estes agravos decorrem da interação trabalhador-ambiente de trabalho.

Buss e Filho (2007) trazem o conceito da OMS que vê a saúde do trabalhador como um estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade. É o preceito constitucional de reconhecer a saúde como um direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações de serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Entende-se a saúde como um direito humano fundamental que deve valer de maneira equitativa para todos os cidadãos.

Com o interesse em compreender a temática Saúde do Trabalhador, surgem programas questionando as práticas em medicina do trabalho nas empresas e fundamentam os trabalhadores para reivindicar melhores condições de saúde. O foco na promoção de saúde e na melhoria da qualidade de vida, o que permite a visualização do abandono da adoção de nexos causais entre a doença e um agente específico, buscando considerar a subjetividade do indivíduo no processo saúde-doença. Diante disso, a nova forma de lidar com a relação saúde-trabalho ocasionou o surgimento no Brasil da assessoria sindical formada por profissionais comprometidos com a luta dos trabalhadores, e do estudo de técnicos que em nível das instituições públicas que auxiliam na luta por melhores condições de saúde e trabalho, através da capacitação profissional, da produção do conhecimento, da prestação de serviços e da fiscalização das exigências legais.

O processo de estudos na área de Saúde do Trabalhador, a elaboração do pensamento e as constantes lutas dos trabalhadores ocasionaram um repensar do processo saúde doença no trabalho. Assim, vê-se o trabalhador como principal agente para constituição da organização e sua participação no mercado. O sistema de saúde, enquanto promotor de melhor qualidade de

vida do indivíduo, está situado no rol de elaboração de melhorias das condições de trabalho e na melhor estadia do mesmo no meio social.

Nesse sentido, existem órgãos que atuam no processo de Saúde do Trabalhador, o Ministério do Trabalho e Emprego tem o papel, entre outros, de realizar a inspeção e a fiscalização das condições e dos ambientes de trabalho em todo o território nacional. Nos estados da Federação, o Ministério do Trabalho e Emprego é representado pelas Delegacias Regionais do Trabalho e Emprego – DRTE, que possuem um setor responsável pela operacionalização da fiscalização dos ambientes de trabalho, no nível regional.

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, RENAST, foi criada em 2002, por meio da Portaria no 1.679/GM, com objetivo de disseminar ações de saúde do trabalhador, articuladas às demais redes do Sistema Único de Saúde, SUS. Com a definição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador em 2005 (BRASIL, 2005b), a RENAST passou a ser a principal estratégia da organização da Saúde do Trabalhador no SUS. A RENAST compreende uma rede nacional de informações e práticas de saúde, com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância, prevenção, e de promoção da saúde, na perspectiva da Saúde do Trabalhador. Prevista na Portaria no 2.728 de 11 de novembro de 2009, a RENAST deve integrar a rede de serviços do SUS por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

O CEREST é um local de atendimento especializado em Saúde do Trabalhador. Serve como uma fonte geradora de conhecimento, ou seja, tem condição de indicar se as doenças ou os sintomas das pessoas atendidas estão relacionados com as atividades que elas exercem, na região onde se encontram.

De acordo com Lacaz (2007), o processo de constituição das classes trabalhadoras fundamentam a estruturação de um novo sujeito político e social que se configura como um ator que pode intervir e transformar a realidade de trabalho, participando do controle da nocividade, da definição consensual de prioridades de intervenção e da elaboração de estratégias transformadoras, ampliando o enfoque, na busca de instrumental que privilegie medidas de prevenção e que, ao incorporar o conhecimento dos trabalhadores, potencialize as lutas pela melhoria das condições de trabalho e defesa da saúde. Essa nova constituição do sujeito trabalhador visa um ampliar da visão acerca das relações de trabalho e um processo de participação do trabalhador no modo como a organização está estruturada. Isso contribui para que o trabalhador se sinta parte de um todo complexo e se reconhece enquanto peça fundamental para o crescimento de seu local de trabalho, independente de qual área exerça sua atividade.

O Ministério da Saúde (2009b) afirma que a proposta da Política Nacional de Humanização busca uma compreensão ampliada de saúde e de sua relação com as situações de trabalho, de modo que promova um ambiente menos desgastante para o trabalhador em saúde. Nesse sentido, saúde pode ser compreendida como a possibilidade de criação de estratégias para lidar com as situações que produzem incômodo, dor, insatisfação, adoecimento. Assim, o processo de promoção de saúde nos locais de trabalho precisa aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos.

O processo de trabalho em saúde envolve a construção de espaços que visam produzir bens e serviços para os usuários, como também espaços de valorização do pessoal que compõe o quadro organizacional. No trabalho em saúde é notável a demanda constante e a necessidade de atender à população e isso implica na busca constante pelo aumento da produtividade. Este fator pode interferir na subjetividade do trabalhador, pois segundo Chanlat (1996) suscita um crescente individualismo, desengajamento subjetivo, e desmotivação para o trabalho. Ainda com relação ao trabalho em saúde, é notável o reduzido espaço pra que haja um compartilhar das experiências e isso somado ao trabalho desgastante, a precarização do trabalho e a desvalorização do trabalho, podem ocasionar situações de adoecimento.

Com base no que foi dito anteriormente, percebe-se a relevância do estudo em Saúde do trabalhador, visando o conhecimento das variáveis que fundamentam a relação saúde-trabalho. Nesse sentido, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 contemplou o direito universal à saúde, como uma conquista dos brasileiros, e expressa em seu Art. 196 que a saúde é “[...] um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas [...]” e, em seu artigo 200, estabeleceu que compete ao Sistema Único de Saúde “[...] executar as ações de saúde do trabalhador [...]”, além de “[...] colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho [...]”. (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, a preocupação com o processo de Saúde do Trabalhador deve-se envolver a estruturação e implementação de políticas pautadas na garantia de um ambiente saudável para a realização do trabalho. Esse fator contribue para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores, sem prejuízo para sua saúde, garantindo sua integridade física e mental.

## **5 METODOLOGIA**

Descrevem-se nesse item os elementos metodológicos que nortearam esta pesquisa. Em primeiro momento será apresentado o objeto de estudo da presente pesquisa, seguido pelo Modelo de Análise e os procedimentos para realização da mesma. Posteriormente serão apontadas as técnicas para coleta e análise de dados e por fim serão expostas fragilidades e limitações da pesquisa.

### **5.1. CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO – SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DE DOM MACEDO COSTA**

A presente pesquisa foi desenvolvida no município de Dom Macedo Costa, situado no Recôncavo da Bahia. Este município caracteriza-se enquanto de pequeno porte, pois conforme IBGE (2010), município com até 20.000 habitantes caracteriza-se enquanto pequeno porte e o referido município conta com o índice populacional de 3.874 habitantes no censo IBGE (2010).

#### **5.1.2 Município de Dom Macedo Costa**

Povoamento surgido em região primitivamente habitada pelos índios Maracás. O município de Dom Macedo Costa tem sua história interligada ao processo comercial de São Bartolomeu de Maragogipe. O município surgiu a partir de um imóvel da família Souza Pithon, que por meio de doações proporcionou as condições necessárias para o povoamento da área por muitos agricultores, dando origem ao Distrito de São Roque do Bate Quente. Em 04 de abril 1962, Dom Macedo Costa passou por um processo de emancipação política.

O município de Dom Macedo Costa está situado na microrregião do Recôncavo Baiano, na zona fisiográfica de Santo Antonio de Jesus, segundo o critério de regionalização adotado pelo governo do estado da Bahia. O município se localiza às margens da BR 101, principal via de acesso à BA 026 numa extensão de 06 Km, fazendo divisa territorial com os seguintes municípios: Santo Antonio de Jesus, Conceição do Almeida, São Felipe e conta com uma extensão territorial de 134Km<sup>2</sup>.

Por determinação legal, Dom Macedo Costa é formado pela sede e 25 localidades rurais. Conforme dados do censo de 2010, a população total do município era de 3874 residentes. O clima da cidade é classificado como do tipo seco a subúmido e de úmido a

subúmido. Pertence à Bacia Hidrográfica do Jaguaripe, o município tem como curso d'água os rios: Pedra Branca, Jaguaripe e Mocambo e apresenta uma topografia é irregular, apresentando morros em diversas partes e o seu desenho do núcleo urbano foi realizado sem planejamento.

A população de Dom Macedo Costa representa 0,03% da população do estado de Bahia. Conforme o Censo 2010 a população de Dom Macedo Costa, BA é composta por 1.897 homens e 1.977 mulheres e sua área territorial em km<sup>2</sup> de Dom Macedo Costa, BA é de 84.761. A área de Dom Macedo Costa representa 0,02% da área total do estado de Bahia. Conforme dados do Censo 2010, haviam 741 matrículas no ensino fundamental e 115 no ensino médio. Ainda o total da população alfabetizada é de 2.899. Com relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que leva em consideração expectativa de vida, educação e PIB per capita, em Dom Macedo Costa, BA o IDH é de 0.632, enquanto no Brasil o IDH é de 0,727.

O dinamismo da economia do município de Dom Macedo Costa sempre esteve atrelado às atividades primárias. O comércio é tido como de subsistência, cabendo à população recorrer ao município de Santo Antonio de Jesus para ter acesso a itens de que o município não dispõe para comércio. O ramo de serviços é incipiente necessitando de mais ações empreendedoras. Ocorre um processo de forte migração dos seus habitantes para outros centros urbanos em decorrência da falta de perspectiva de se gerar emprego e renda para a população economicamente ativa.

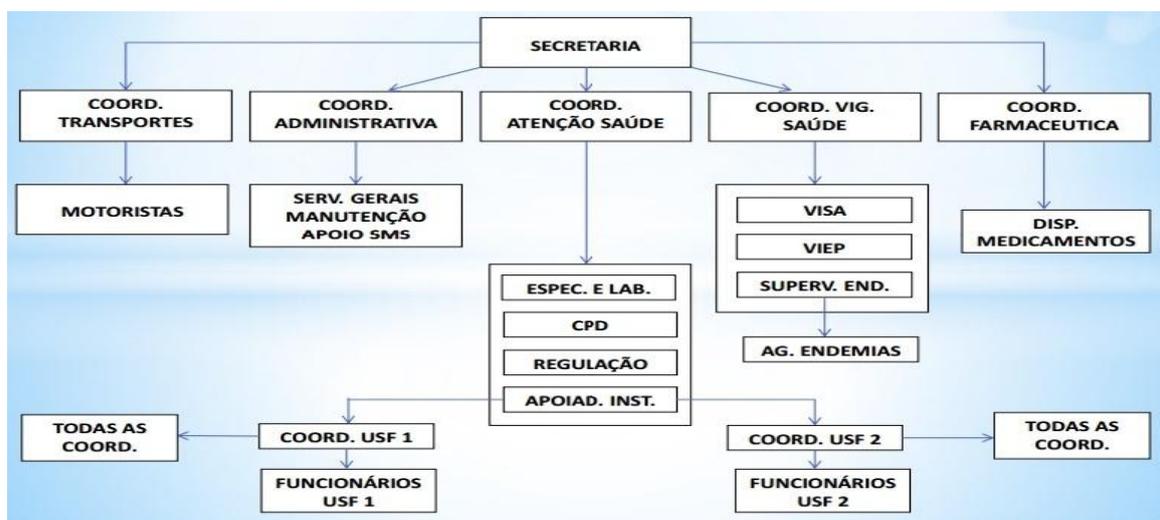
### **5.1.3 Sistema de Saúde do município de Dom Macedo Costa**

No que se refere ao quesito saúde, dados do SEI/CAR (1996) apontavam que a estrutura de saúde do município era bastante simples composta por apenas um centro de saúde localizado na sede municipal. O referido centro atendia a população mais carente, considerando que a população que obtinha mais recursos financeiros se dirigiam à Santo Antonio de Jesus ou a Salvador. O centro de saúde oferecia serviços básicos como: curativos, controle da pressão arterial, pré-natal, prescrição de receitas nos casos de atendimentos mais simples, exames clínicos e vacinas. Eram realizados 150 atendimentos por semana. Os recursos humanos eram compostos por: 7 Agentes Comunitários de Saúde, 1 dentista, 4 médicos, 2 auxiliares de serviços gerais.

Atualmente, a Saúde Municipal conta com duas Unidades de Saúde da Família, com condições estruturais com bom estado de conservação. Há um processo de preocupação em atender as demandas referentes à saúde populacional, para que não haja necessidade de deslocamento para cidades vizinhas. Esse fator é perceptível no quadro nº 3, pois a Secretaria de Saúde conta com um quadro de funcionários de distintas especialidades, visando atender as demandas da população.

Conforme o Plano Municipal de Saúde (2014) para a realização das atividades diárias, a Secretaria Municipal de Saúde apresenta uma força de trabalho composta por servidores efetivos (municipais, estaduais e federais), cargos em comissão, servidores cooperativados e com contrato temporário. A secretaria conta com uma força de trabalho composta por 66 trabalhadores envolvidos com a saúde pública no Município. Estes trabalhadores seguem a padronização na execução dos serviços de acordo com o organograma abaixo:

**Figura 2.** Organograma da Secretaria Municipal de Saúde do município de Dom Macedo Costa



Fonte: Plano Municipal de Saúde 2014-2017 do município de Dom Macedo Costa - Bahia

Referente ao quadro de funcionários existente na Secretaria de Saúde, a mesma conta com o total de 66 trabalhadores como está exposto no Quadro 3, com as funções de cada profissional e a quantidade dos mesmos existentes nas equipes. Esta, conta com a presença de especialistas que estão além da equipe mínima preconizada pela Política de Saúde.

**Quadro 3.** Número de profissionais da equipe de Saúde do município de Dom Macedo Costa-Bahia no ano de 2014

Profissionais	Quantidades
Secretária Municipal de Saúde	01
Coordenador de Atenção à Saúde	01
Coordenador Administrativo	02
Coordenador Vigilância à Saúde	01
Médico do Programa de Saúde da Família	02
Enfermeiro do Programa de Saúde da Família	02
Odontólogo	02
Odontólogo Protesista	01
Técnicas em Higiene Bucal	02
Auxiliar Consultório Dentário - ACD	02
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	05
Agente Comunitário de Saúde - ACS	12
Recepcionista	02
Médico Especialista	05
Auxiliares de Serviços gerais	4
Vigilante Noturno	2
Motorista	07
Técnico de Vigilância à Saúde	02
Agente de Combate às Endemias - ACE	04
Técnica de Laboratório	1
Farmacêutico	1
Dispensador de Medicamento	1
Digitadora	1
Auxiliar Administrativo	3
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2014-2017 do município de Dom Macedo Costa - Bahia

Conforme o Plano Municipal de Saúde (2014), o município possui uma cobertura de 100% do Programa de Saúde da Família com um total de 02 Equipes compostas cada uma com 01 Médico, 01 Enfermeiro, 02 Técnicos de Enfermagem, 06 Agentes Comunitários de Saúde, 01 Dentista, 01 Técnico de Higiene Dental e 01 Auxiliar de Consultório Dentário. Ao longo dos

anos, a Atenção Básica vem gradualmente se fortalecendo e hoje se constitui como a porta de entrada do SUS.

As Equipes de Saúde da Família podem contar com o apoio de profissionais especializados em Ginecologia, Cardiologia, Endocrinologia, Psiquiatria, Psicologia e Cirurgião Geral, além dos serviços de Exames Laboratoriais, Eletrocardiograma (ECG), Ultrassonografia (USG) e Raio X odontológico. Além disso, a unidade de saúde possui um serviço ambulatorial de atendimento psiquiátrico, onde acontecem atendimentos em grupo e oficinas terapêuticas viabilizando uma mudança cultural no que diz respeito à saúde mental da população.

No que tange a estrutura física da saúde, esta está concentrada se localizada em um mesmo prédio, que é dividida entre a parte administrativa e a parte operacional das Unidades de Saúde da Família como pode ser visualizado abaixo:

**Quadro 4.** Estrutura física da Secretaria Municipal de Saúde de Dom Macedo Costa - Bahia

	QUANTIDADE
Recepção	01
Gabinete do Secretário	01
Sala da Coordenação	01
Sala de Regulação	01
Sanitário	01
Centro Municipal de Controle de Endemias	01

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2014-2017 do município de Dom Macedo Costa – Bahia

**Quadro 5.** Composição da estrutura física da Unidade de Saúde do município de Dom Macedo Costa

AMBIENTE	QUANTIDADE
Recepção Principal	01
2ª Recepção	01
Farmácia Básica	01
Almoxarifado Material Penso	01
Almoxarifado Farmacêutico	01
Almoxarifado Material de Limpeza	01
Sala de Vacina	01
Sala de Sutura	01
Sala de Curativo	01
Expurgo	01
Sala de Esterilização de Material	01
Sala de Coleta Laboratorial	01
Consultório Odontológico – Modalidade II	02
Consultório Médico – PSF	02
Consultório de Enfermagem – PSF	02
Consultório de Especialistas	01
Sala de Observação	01 – c/ 03 leitos
Auditório	01
Copa/Cozinha	01
Area de Serviço	01
Sanitários	03 – sendo 01 p/ def. físico

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2014-2017 do município de Dom Macedo Costa – Bahia

Diante do exposto, percebe-se como está estruturado o Sistema de Saúde do município de Dom Macedo Costa. Com relação ao processo de Gestão em Saúde, o município de Dom Macedo Costa segue participando efetivamente da Comissão Intergestora Regional (CIR) da 4ª Diretoria Regional de Saúde, além de fazer parte da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e Comissão Intergestora Tripartite (CIT).

## 5.2 MODELO DE ANÁLISE

Para fundamentar a construção das ferramentas de pesquisa e nortear os aspectos que precisam ser considerados no contexto de trabalho foi construído um modelo de análise, com vistas à visualização dos aspectos a serem abordados na pesquisa. O modelo de análise teve como base a utilização das variáveis que constituem os principais componentes do estudo da administração nas organizações das empresas e a partir daí pode-se analisar a interferência da gestão no processo de saúde do trabalhador.

**Quadro 6.** Modelo de Análise

DIMENSÕES	VARIÁVEIS	INDICADORES
Tarefas	Racionalização	Divisão de trabalho
		Foco na rotina x tarefas
		Normatização
	Planejamento	Existência
		Processo de geração
		Qualidade
		Avaliação
Pessoas	Motivação	Salário e benefícios
		Avaliação de desempenho
		Vínculo empregatício
		Integração dos objetivos organizacionais e individuais
	Liderança	Estilo
		Hierarquia
		Centralização
	Comunicação	Forma
		Qualidade

		Volume
Ambiente	Institucional/técnico	Infra-estrutura física
		Pessoal: clima organizacional
		Material
	Demanda	Volume
		Qualidade
Tecnologia	Amplitude	Quantidade
		Operação
		Atualização profissional
	Qualidade	Tempo de vida
		Atualização
		Aplicabilidade da tecnologia.

Fonte: Elaboração da autora com base na pesquisa realizada

### 5.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo apresentou como objetivo principal analisar o processo de Gestão em Saúde e sua influência na Saúde dos Trabalhadores em Saúde do município de Dom Macedo Costa - Bahia. A questão apontada pelo presente trabalho proporcionou a visualização do modo como ocorre a Gestão em Saúde e seus impactos sobre a visão dos trabalhadores e do próprio gestor.

A presente pesquisa é de natureza aplicada, pois objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática dirigidos à solução de problemas específicos e envolvendo interesses locais. Quanto à abordagem do problema, a presente pesquisa teve como base a metodologia qualitativa e quantitativa. A primeira se configura como uma maneira de compreender e descrever sentidos dos fenômenos que ocorrem no cotidiano. O método qualitativo, conforme Bartunek e Seo (2002) é útil e necessário para identificar e explorar os significados dos fenômenos estudados e as interações que estabelecem, assim possibilitando estimular o desenvolvimento de novas compreensões sobre a variedade e a profundidade dos fenômenos sociais. Diante disso, a abordagem qualitativa se preocupa em fazer uma análise mais subjetiva da realidade em estudo.

A abordagem quantitativa tem como foco a dimensão mensurável dos fenômenos, buscando traduzir em números opiniões e informações. É utilizada quando se sabe precisamente o que deve ser perguntado para atingir os objetivos da pesquisa. A pesquisa

quantitativa caracteriza-se “pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas” (RICHARDSON, 2012, p. 70). Nos estudos organizacionais, a pesquisa quantitativa permite a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes em um universo, por meio de uma amostra que o represente estatisticamente.

O tipo de pesquisa é caracterizado como Estudo de Caso. Segundo Gil (2002), esse delineamento metodológico consiste em um estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento. O Estudo de caso permite retratar a multiplicidade de dimensões de uma situação, enfocando-a sob o prisma da totalidade, possibilitando a observação da inter-relação entre seus elementos (LUDKE; ANDRÉ, 1986, p.19).

O campo de estudo escolhido consistiu na Secretaria de Saúde do município de Dom Macedo Costa Bahia. As unidades de estudo referem-se às duas unidades de saúde existentes no referido município. Os sujeitos da pesquisa foram 5 dos 7 gestores de saúde existentes na Secretaria de Saúde o que representa 71,42% da população total da equipe de Saúde. No que se refere, quantidade de operacionalizadores da Política de Saúde pesquisada, foi realizada a aplicação do questionário com 40 dos 66 funcionários, atingindo 60% do quadro total de funcionários. Essa quantidade advém da dificuldade de acesso do pesquisador aos Trabalhadores em Saúde, por se apresentarem com tempo reduzido no que se refere ao contato com situações que não envolvam a relação com seus pacientes.

Para a coleta de dados, foram utilizados diferentes procedimentos que incluem: entrevistas semiestruturadas, questionários e observação participante. Conforme Yin (2001), a utilização de múltiplas fontes de evidências constitui o principal recurso de que se vale o estudo de caso para conferir significância aos seus resultados.

A entrevista semiestruturadas tiveram o objetivo de possibilitar o entendimento e a compreensão do significado que os entrevistados atribuem a situações, em contextos que não foram estruturados anteriormente. (MARTINS; THEÓPHILO, 2007). Esse tipo de entrevista foi adotada visando a coleta de informações primárias acerca da percepção dos entrevistados sobre a gestão em saúde. O roteiro de entrevista se estruturou em duas partes: a primeira consistiu nos dados sócio demográficos do indivíduo, visando traçar um perfil da equipe estudada e a segunda parte da entrevista foi composta por 10 questões abertas que se relacionam com cada categoria do modelo de análise e com o processo de saúde do trabalhador.

O questionário, segundo Gil (1999, p.128) pode ser definido “como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.”. O questionário adotado na pesquisa conta com a primeira parte composta pelo perfil sociodemográfico da população pesquisada e posteriormente por 27 itens que se relacionam com as categorias existentes no modelo de análise que foram avaliadas e julgadas por cada participante da pesquisa.

No que tange a observação participante, esta consiste no pesquisador assumir um papel de possível aceitação no ambiente do sujeito observado, convivendo com ele no seu próprio contexto, com o objetivo de compreender o seu “idioma cultural”, “ver as coisas do ponto de vista do nativo” (GEERTZ, 1989) e revelar sua normalidade sem reduzir sua peculiaridade. A observação participante ocorreu com base na inserção do pesquisador no contexto laboral dos indivíduos, visando vivenciar cada situação de modo particular.

O primeiro passo adotado nessa pesquisa consistiu em um diálogo do pesquisador com o gestor de Saúde, visando explicar a proposta da pesquisa e solicitar autorização para realização da mesma. Após esse primeiro contato, foram realizados encontros individuais com componentes da equipe de saúde, explicitando a proposta da pesquisa e objetivando uma familiarização destes com o pesquisador. Considerando que a presente pesquisa envolve seres humanos, foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual apresenta aspectos relevantes da pesquisa para o esclarecimento dos participantes desta e assegurar os princípios éticos de realização da pesquisa.

Logo após, foram marcados momentos para execução das entrevistas em profundidade, guiadas por um roteiro semi-estruturado e para aplicação do questionário. Após as entrevistas, o pesquisador passou por um processo de acompanhamento da dinâmica de funcionamento da instituição com a finalidade de obter informações relevantes para compreender o processo de gestão e suas implicações para os trabalhadores.

As entrevistas foram gravadas mediante o uso de gravador digital, e, posteriormente foram transcritas. As falas dos trabalhadores foram categorizadas. Os discursos foram analisados, identificando suas peculiaridades, características intrínsecas e os aspectos de aparente consistência ou contradição. Na apresentação dos resultados, foram utilizados pseudônimos para garantir a privacidade quanto às identidades dos trabalhadores.

Os dados obtidos com a aplicação do questionário foram tabulados com o auxílio do programa intitulado Microsoft Office Excel, visando a melhor estruturação e visualização dos resultados.

A partir do processo de entrevistas, aplicação dos questionários e tabulação dos dados, foi possível traçar o perfil acerca da população estudada e assim poder considerá-lo na análise dos resultados.

## 6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

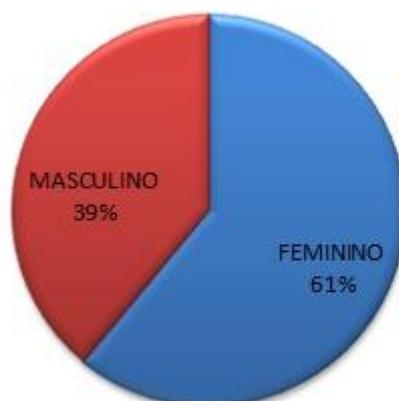
A pesquisa de campo foi realizada com funcionários e gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Dom Macedo Costa, constituindo a população do presente estudo. Os dados obtidos foram discutidos e analisados a partir das dimensões que compõem o Modelo de Análise, seguindo a ordem presente no mesmo. Essas dimensões foram estruturadas com base nas variáveis organizacionais. Os dados supracitados foram analisados e discutidos à luz do referencial adotado para composição do presente trabalho.

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra obtida na realização pesquisa foi composta por 46 dos 66 trabalhadores em saúde do município de Dom Macedo Costa. Isso indica que um total de 70% da população total participou do estudo, expondo suas concepções e percepções acerca da temática abordada.

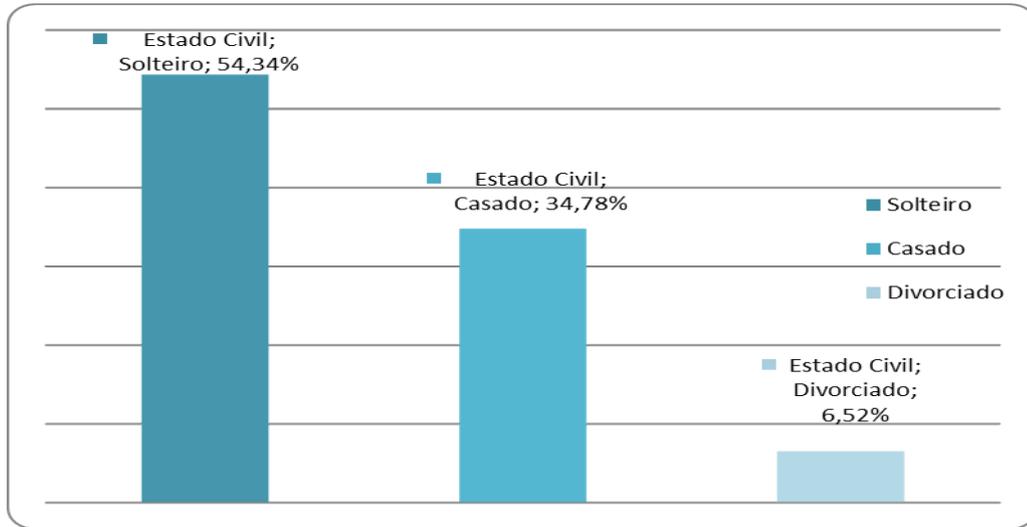
No contexto da Secretaria de Saúde, percebeu-se que a maioria dos trabalhadores, cerca de 61%, compõe a população de indivíduos do sexo feminino, como vê-se no gráfico abaixo:

**Gráfico 1.** População pesquisada por sexo



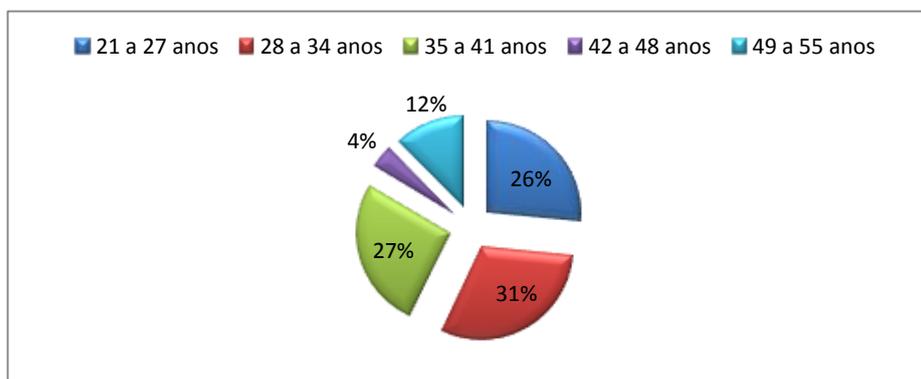
Fonte: Elaboração da autora com base na pesquisa

Considerando o item estado civil, a população pesquisada apresenta é representada por 54,34% da população são indivíduos solteiros, 34,78% de trabalhadores que apresentam o compromisso do casamento e 6,52 % conforme exposto no Gráfico 2 abaixo.

**Gráfico 2.** Estado Civil da população pesquisada.

Fonte: Elaboração da autora com base na pesquisa

Analisando o fator idade, visualizou-se que 31% da população apresenta um fator de idade compreendido na faixa etária de 28 a 34 anos (Gráfico 3). Isso representa que a equipe da Unidade de saúde é composta por sua maioria de jovens-adultos, o que implica no trabalho com pessoas que passaram por um processo de formação profissional recentemente e se encontram no estágio em que a função profissional representa algo novo, permeado de surpresas. Assim, a maioria dos profissionais se encontra numa fase de transição e isso pode gerar angústia e ansiedade frente ao desconhecido, ao mesmo tempo o profissional se encontra num período de desejo constante para utilizar sua práxis e contribuir para o avanço da organização em que está inserido.

**Gráfico 3.** Faixa Etária da população pesquisada

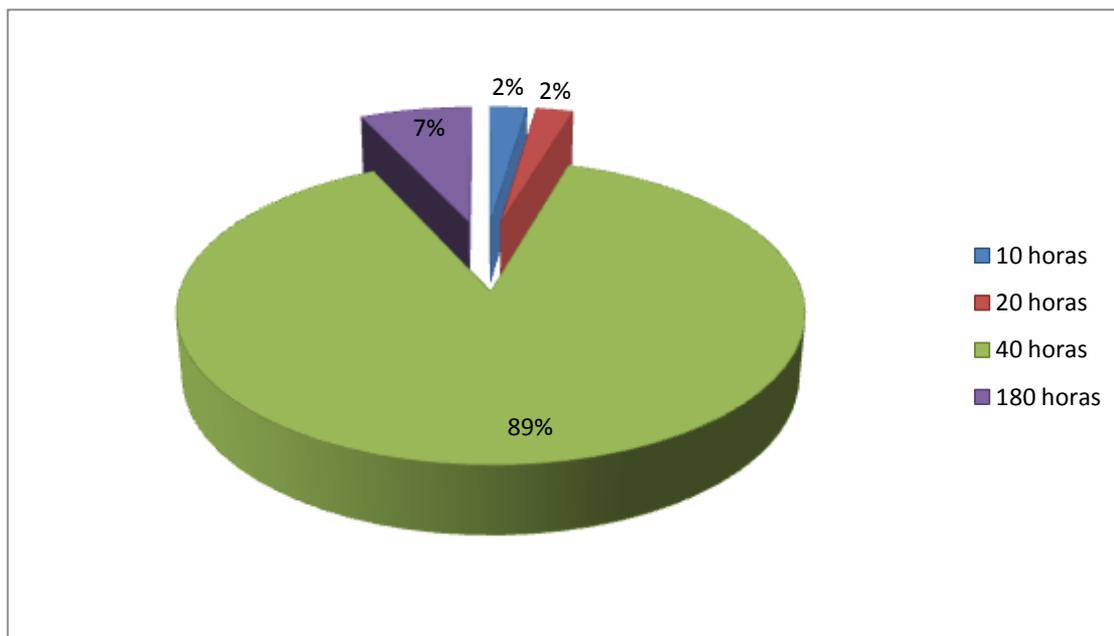
Fonte: Elaboração da autora com base na pesquisa

Durante o processo de pesquisa, pôde-se perceber que grande quantidade dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde está vivenciando o momento do primeiro emprego. A saída do meio acadêmico e a inserção no ambiente de trabalho se configuram enquanto algo novo e marcado pelas expectativas, pelo anseio por novas descobertas. Além disso, nesse momento ocorre um processo de construção de formas de atuação diante das distintas demandas que emergem do fazer cotidiano e exigem do profissional um posicionamento eficaz para sua resolução.

Os dados da pesquisa acerca da escolaridade dos trabalhadores em saúde aponta que 47,82% apresentam Ensino Médio completo, seguido de 23,92% de pessoas que apresentam formação no Ensino Superior, 10% da população pesquisa apresenta nível técnico e 18% apresentam o nível de especialização. Sobre o tempo de formação, o estudo apontou que em sua maioria têm entre 1 e 4 anos de formação e em segundo lugar vem os trabalhadores que apresentam entre 5 e 8 anos de formação profissional. Esse processo aponta que o quadro é composto em sua maioria por profissionais recém-formados, com pouca experiência de trabalho e o objetivo voltado para o crescimento e desenvolvimento no contexto laboral.

Com relação ao vínculo empregatício, a maioria da população entrevistada, cerca de 41%, são contratados via cooperativa de saúde e em segundo lugar 34% da população é representada por indivíduos que entraram na organização por meio do concurso público e 25% da população é composta por cargos em comissão nomeados pela Administração Municipal. Esses dados representam um contexto marcado pela fragilidade dos vínculos trabalhistas e isso pode gerar insegurança nos profissionais quanto ao seu futuro profissional na organização em que está inserido. Sobre a renda mensal, percebe-se que a metade da população estudada recebe um salário mínimo e isso é visto com insatisfação pela classe trabalhadora, que vê sua força laboral sendo desvalorizada. Em seguida, visualiza-se que 30% dos trabalhadores obtém a renda entre um e dois salários mínimos e 20% recebem mais que 3 salários.

Referindo-se a carga-horária de trabalho (Gráfico 4) da população pesquisada, pôde-se concluir que aproximadamente 90% dos trabalhadores exercem suas atividades laborais 40 horas semanalmente, o que presume que os mesmos apresentam apenas um vínculo empregatício. Sobre a referida carga – horária, a observação participante e o diálogo com os profissionais em momentos distintos do contexto de entrevista permitiu a visualização de que o trabalho tem ocupado a maior parte da vida dos profissionais e os mesmos não sentem-se reconhecidos e valorizados no seu processo de atuação, o que traz frustração e desesperança quanto à possibilidade de mudança da realidade em que se encontram atualmente.

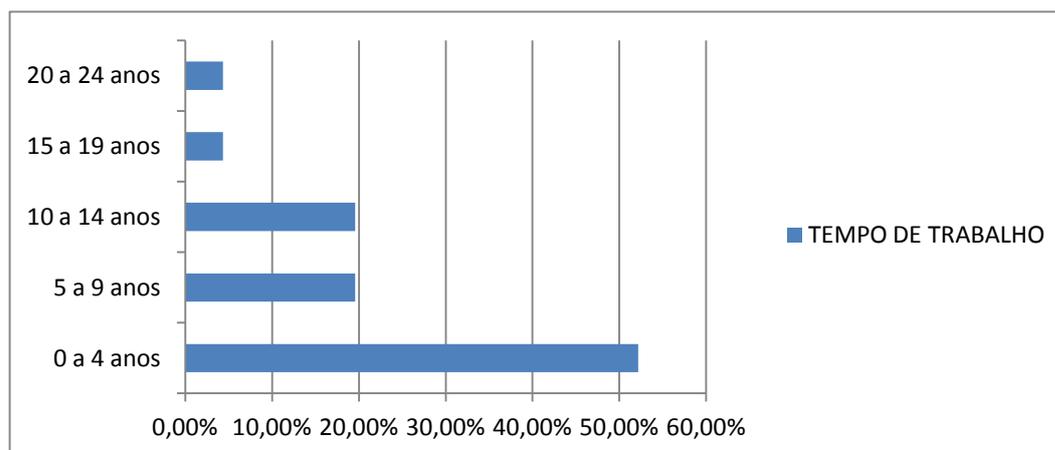
**Gráfico 4.** Carga Horária de trabalho da população pesquisada

Fonte: Elaboração da autora com base na pesquisa

Considerando as categorias profissionais pesquisadas, pôde-se perceber que o estudo contemplou a maioria dos profissionais, sendo que não foi realizada aplicação de questionários com nenhum dos médicos especialistas em decorrência do tempo reduzido desses profissionais na Unidade de Saúde e esse referido tempo é utilizado estritamente para os atendimentos individuais. Além desses profissionais, não participaram da pesquisa os vigilantes noturnos, pela dificuldade de acesso a esse determinado público.

No que tange ao tempo de trabalho no ambiente organizacional em estudo, os dados expostos no Gráfico 5, apontam que mais da metade da população (cerca de 52% dos trabalhadores) apresentam o tempo compreendido entre 0 e 4 anos de vivência no meio laboral, seguido de 20% com o tempo compreendido entre 5 e 9 anos e 20% representando o tempo de 10 a 14 anos de trabalho na instituição.

Esse dado apresenta relevância no que tange ao fato dos profissionais já estarem ambientados e com sentimento de pertencimento ao meio em que estão inseridos. Quando o profissional está afiliado ao local de trabalho, seu processo de relacionamento interpessoal e o conhecimento da dinâmica propiciam maior segurança e habilidade ao lidar com as demandas que emergem constantemente. Isso implica também no fato de que os trabalhadores conhecem e fundamentam o processo de construção da cultura organizacional e as formas para lidar com as situações instituídas ao longo do tempo.

**Gráfico 5.** Tempo de Trabalho na Saúde Municipal

Fonte: Elaboração da autora com base na pesquisa

## 6.2 DIMENSÃO TAREFAS

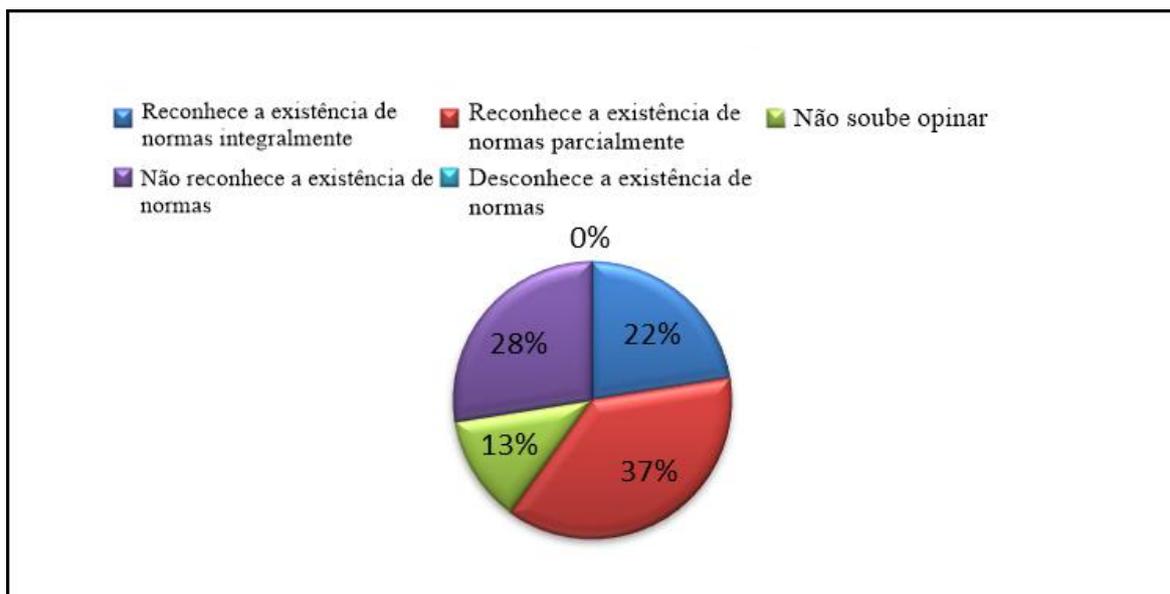
A dimensão Tarefas está relacionada ao foco que é dado pela administração às teorias aplicadas na racionalização e no planejamento das atividades operacionais. Nesse sentido, os dados obtidos através das pesquisas mostram que a gestão em saúde municipal tinha como principal meta o processo de execução das atividades e a busca pela excelência no desenvolvimento das referidas atividades através da elaboração do planejamento.

### 6.2.1 Racionalização

O processo de padronização da execução das atividades laborais está presente no contexto da saúde municipal. Esse aspecto é visível quando a maioria da população pesquisada afirma existirem normas que regem o cotidiano de cada profissional de saúde, conforme exposto no Gráfico 6. No entanto, durante o processo de observação participante em diálogos informais foi exposto que alguns profissionais da Unidade de Saúde precisam estar dispostos a executar outras funções mediante a necessidade do momento e isso foi citado como algo que dificulta o entendimento da função dos profissionais da gestão, por exemplo. Esse fator traz implicações para o funcionamento da organização, pois as pessoas precisam aprender todas as funções e atuar mesmo que não tenha afinidade com a área em questão. Assim, foca-se na flexibilidade dos profissionais em detrimento das afinidades particulares.

A normatização de tarefas consiste em algo relevante para o processo de trabalho, no tocante a proporcionar o conhecimento acerca de sua atividade laboral e as formas de agir diante das situações cotidianas. No entanto, esse processo precisa ser revisto e atualizado sempre pelo fato do mundo atual se encontrar em constantes mudanças e isso implicar diretamente na dinâmica laboral.

**Gráfico 6.** Normatização das atividades



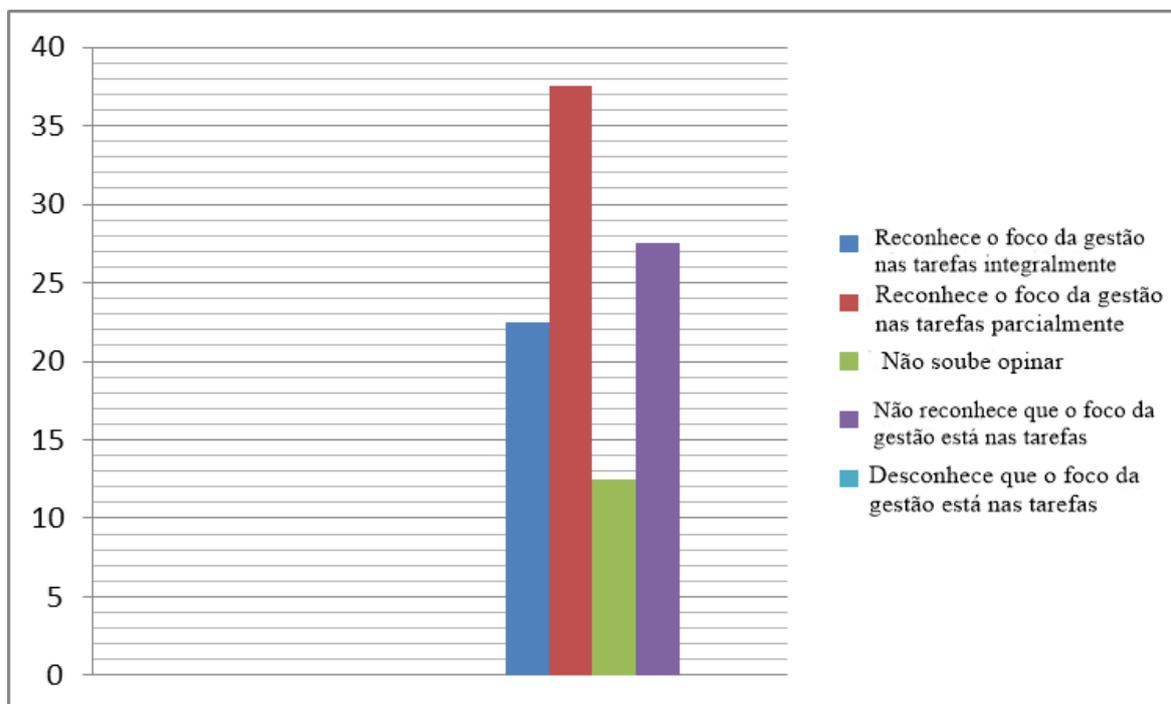
Fonte: Elaboração da autora com base na pesquisa

O referido processo de padronização, conforme Taylor (1960) aponta para o fato de que há uma determinada maneira de executar as tarefas, que se descoberta e adotada, poderá ocasionar a maximização da eficiência do trabalho. Para que isso ocorra, necessita-se de uma análise detalhada do trabalho, de modo a simplificar os movimentos inerentes ao seu processo de execução. Assim, a execução do processo de trabalho será simplificada e adotará um meio mais eficiente de realização, gerando bons resultados e o consequente sucesso organizacional.

Sobre a percepção dos profissionais acerca do foco da gestão, pode-se visualizar no Gráfico 7 que a maioria da população pesquisada afirmou que o foco da gestão está nas tarefas e não no executor das mesmas. Sobre os referidos dados, percebe-se que esse processo assemelha-se ao taylorismo. Este, conforme Moraes Neto (1991) busca um processo de transformação do homem em máquina visando à libertação do capital das habilidades dos trabalhadores, já que a esses só caberia a parte de execução da atividade. Nesse processo visualiza-se a intencionalidade de diminuir a relevância da atuação humana e reduzi-los a seres executores de atividades, e não seres pensantes e promotores de avanços no processo de

produção. Assim, há um impacto direto no bem estar do trabalhador, pelo fato de haver um processo de despersonalização e foco no resultado do trabalho ao invés de considerar o trabalhador como essencial para o sucesso organizacional.

**Gráfico 7.** Foco da gestão nas tarefas e não nos trabalhadores



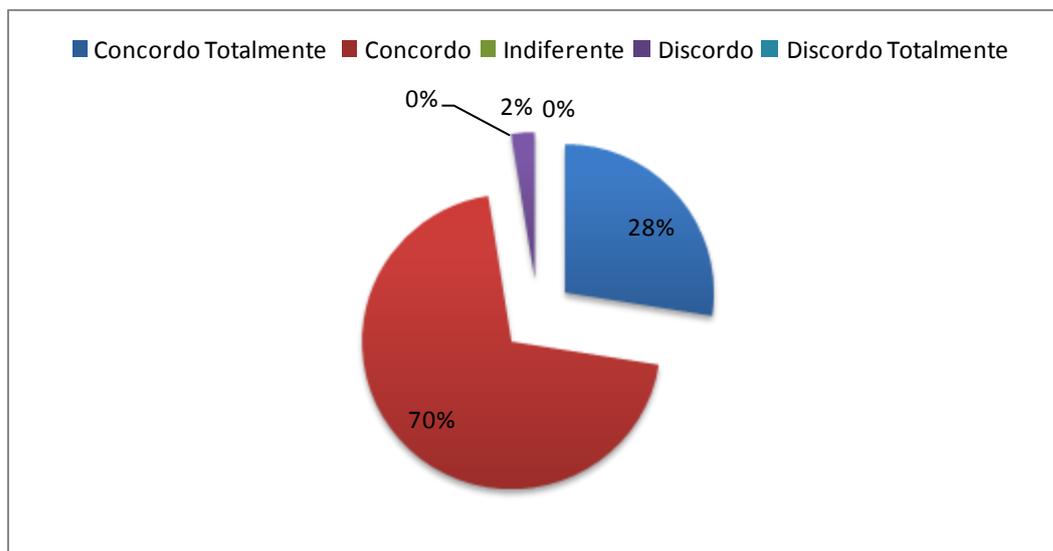
Fonte: Elaboração da autora com base na pesquisa

Analisando o processo vivenciado pela Secretaria de Saúde, a aproximação com o contexto de pesquisa e o diálogo com os trabalhadores permitiu a visualização de que setor Saúde foca o desenvolvimento das atividades e o alcance de metas impostas pelo sistema. Esse aspecto tem sido revisto nos ambientes organizacionais pelo fato dos trabalhadores representarem o principal vetor para execução do trabalho proposto. O foco nas tarefas se constitui enquanto um processo complexo e equivocado, pois para além do trabalho está o indivíduo. Este, que precisa ser considerado no seu processo subjetivo, de modo a promover o bem estar, qualidade de vida e consequentemente a eficiência e eficácia no trabalho.

### 6.2.2 Planejamento

Com relação à percepção dos profissionais acerca do planejamento na gestão, visualizou-se que 70% da população pesquisada afirmou que o mesmo se faz presente no cotidiano de trabalho em saúde conforme o exposto no gráfico abaixo.

**Gráfico 8.** Presença do planejamento na gestão em saúde municipal



Fonte: Elaboração da autora com base na pesquisa

Com base na análise do gráfico acima, percebe-se que a função planejamento é executado no processo de Gestão em Saúde Municipal. Conforme Meyer (1988) o planejamento procura cumprir as seguintes funções: apoiar o processo decisório, trazer maior racionalidade às decisões na organização e orientar as ações na organização. Nesse âmbito, percebe-se que o planejamento envolve algo preponderante para o sucesso organizacional por permitir o estabelecimento de metas e de estratégias para cumpri-las. O planejamento permite a elaboração de uma visão ampla da organização e a elaboração de um plano de intervenção para atuar perante as dificuldades.

Conforme Taylor (1990), o planejamento se configura enquanto o princípio mais relevante da organização, pois para ele o “carro-chefe” da produção é o planejamento. Este é muito relevante para que possam ser definidos objetivos e metas a serem alcançados. Sobre o planejamento, Braverman (1987) aponta que através do planejamento, o trabalho passa a ser independente da tradição dos trabalhadores, ou seja, exige um maior esforço das políticas de gerência para execução das tarefas.

No que tange às entrevistas com os gestores, percebeu-se que o planejamento não ocorre por completo, o que acaba interferindo na dinâmica de trabalho e isso está exposto na fala abaixo.

Quer dizer em algumas partes existem mais em outra deixa a desejar. Porque é assim a questão do atendimento mesmo assim como atender o paciente é tudo planejado dia de consulta horário é tudo planejado agora eu acho que falta um planejamento com a comunidade (Gestor 1).

A fala do gestor exposta acima expõe a carência do processo de planejamento da Unidade de Saúde, com foco no processo de participação social da comunidade envolvida. A ausência de um planejamento compromete o processo de estruturação e funcionamento da organização, pelo fato de não haver um momento de integração entre os componentes da organização para verificar suas falhas e necessidades e propor intervenções às problemáticas diárias. Além disso, vê-se que o planejamento na saúde municipal, tem como foco o tratamento das doenças, processo que ocorre no atendimento ao paciente. No entanto, percebe-se a carência de um planejamento focado nas necessidades apontadas pelo contexto em que está inserida a Unidade de Saúde.

Com relação à avaliação do planejamento, visualiza-se que os trabalhadores apresentam uma visão distinta dos gestores. As repostas dos questionários apontam que 72,5% dos profissionais entrevistados apresentaram respostas compreendidas entre concordo e concordo totalmente com o fato de haver um momento de avaliação do planejamento. Apesar dos dados obtidos, a pesquisadora não considera que esse processo seja condizente com a realidade, pois durante o preenchimento dos questionários haviam falas de que iriam ser marcadas opções distintas da realidade laboral e isso pode apresentar relação com o contexto que as pessoas estão inseridas, por ser um local pequeno e assim o receio de represálias. No que tange às entrevistas dos gestores, as falas apontaram o seguinte:

Não é avaliado não. Falta a isso a gente vê até pelas metas, pela pactuação. Todo mês a gente faz o consolidado mensal conta quantos atendimentos fez, quantos preventivos e aí vê fez poucos preventivos, O pré-natal também, fez poucas consultas tem muita criança com baixo peso na área. E aí vamos avaliar? Não existe avaliação, ninguém avalia (Gestor 1).

Bem, aí a gente deixa a desejar nesse ponto. O que a gente tem como resultado é que se o que a gente planejou deu certo. Se deu certo ótimo, se não deu, na próxima oportunidade a gente tenta corrigir. Mas uma avaliação propriamente dita, não (Gestor 2).

Percebe-se que a Gestão em Saúde executa o planejamento e não se debruça no que tange ao processo avaliativo que se configura de extrema importância para o processo de evolução, eficiência e eficácia do serviço. Assim, não existe um momento de diálogo e discussão acerca dos resultados obtidos após a realização de ações e campanhas no âmbito da saúde municipal. Sobre o princípio do controle, Taylor (1990), afirma que o mesmo se efetiva pelo processo de análise e vigilância por parte da direção da empresa para que o trabalho seja realizado de acordo com o plano previsto.

Assim, conclui-se que o planejamento representa algo vital para o funcionamento das organizações e seu desenvolvimento. No entanto, a referida ferramenta, se utilizada de forma

errônea, pode resultar no fracasso e declínio da organização, pelo fato desta buscar constantemente o alcance de metas e objetivos necessários ao sucesso organizacional.

### 6.3 DIMENSÃO PESSOAS

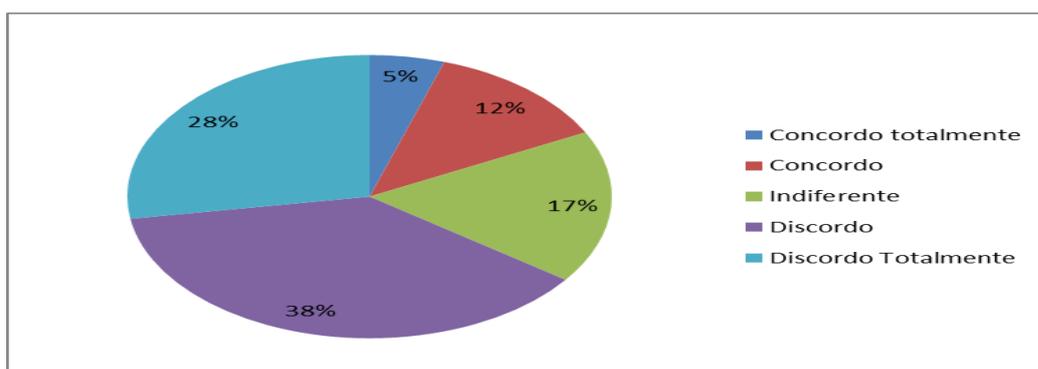
No meio organizacional, o componente pessoas representa um aspecto relevante para o avanço das empresas. Este aspecto advém do fato das mesmas representarem as “engrenagens” necessárias para que a máquina funcione. Fala-se que as organizações consistem em organismos vivos em decorrência do seu processo de dependência das pessoas. No sistema de saúde, o referido processo de dependência também de faz presente, pois se trabalho com a prestação de serviços centrado no processo interacional e empático. Nesse sentido, a atenção aos fatores humanos da organização e ao seu capital intelectual é algo essencial, pois a valorização do indivíduo como parte integrante e atuante do processo pode implicar no desenvolvimento e sucesso empresarial.

#### 6.3.1. Motivação

A motivação consiste em algo que impulsiona o indivíduo à ação. Ou seja, o comportamental pode ser provocado por um estímulo externo (provindo do ambiente) ou algo interno provenientes dos processos mentais do indivíduo. Assim, a motivação se constitui enquanto algo que interfere na dinâmica de vida do ser humano, atuando como algo de extrema relevância para sua ação no meio social.

Sobre a motivação, no contexto da Gestão em Saúde Municipal ao questionar-se acerca da correspondência do salário à força de trabalho, 66% dos trabalhadores afirmaram que o salário está abaixo do valor de suas forças de trabalho, como se vê no gráfico a seguir:

**Gráfico 9.** A remuneração dos trabalhadores corresponde ao valor da força de trabalho



Fonte: Elaboração da autora com base na pesquisa

Ao executar a pesquisa e a partir do processo de observação participante percebeu-se a insatisfação da maioria dos trabalhadores com o seu salário e isso pode exercer influência no desempenho do trabalho, pois um profissional insatisfeito pode desempenhar sua função de forma descomprometida. Essa temática é muito discutida no contexto de saúde municipal, no entanto, a Gestão relata dificuldades financeiras que impedem o aumento da remuneração. Existem relatos da Gestão de que foi realizada uma pesquisa informal nas cidades circunvizinhas e obtiveram dados que colocam a cidade de Dom Macedo Costa com a melhor faixa de remuneração da região. Assim, a situação permanece marcada pela insatisfação e diálogo constante, visando melhorias nas condições de trabalho dos profissionais de saúde.

Sobre a questão da remuneração, a Administração Científica já discutia esse processo, considerando o conceito de *homo economicus*, ou seja, um processo que afirma a influência das pessoas para executarem seus trabalhos advém das recompensas econômicas e materiais. Assim, os esforços individuais seriam recompensados por prêmios e incentivos salariais. No entanto, a teoria das Relações Humanas vem contrapor essa afirmação através do homem enquanto um ser motivado por recompensas sociais, isto é, o ser se constitui enquanto seres sociais dotados de sentimentos e que seus comportamentos em qual quer instituição depende dos mais variados fatores motivacionais.

Assim, compreende-se que o processo motivacional é algo mutável e subjetivo, o que indica que cada indivíduo sente-se satisfeito de formas distintas e por isso precisa haver um olhar particularizado e voltado para a promoção de bem estar e qualidade de vida do ser humano.

### **6.3.2 Liderança**

A liderança se configura enquanto um aspecto significativo do processo de gestão. Um líder precisa assumir um papel de gerenciar pessoas e equipes, com distintas personalidades, e gerencia-las, mobilizando-as para objetivos comuns. Esse fato advém da influência que um líder pode exercer sobre sua equipe de trabalho e quanto isso contribui para o sucesso ou insucesso organizacional.

Nesse contexto, para haver o processo de gestão, é necessário o processo de interação entre os componentes organizacionais, de modo a promover a troca de informações e vivências cotidianas, com o objetivo de promover mudanças significativas à realidade local. O relacionamento entre gestão e trabalhador influencia diretamente no processo de execução do trabalho e no produto final obtido após a ação do trabalhador em relação com o ambiente que

o circunda. Com relação, à Secretaria Municipal de Saúde percebe-se que a relação dos colaboradores com a gestão está pautada na sensação de satisfação, sentimento de pertença e de utilidade frente aos rumos que a organização siga no contexto em que está inserida e isso pode ser notado na seguinte fala:

Eu já trabalhei com alguns secretários de saúde aqui e eu gosto muito de trabalhar com a atual gestão porque eu tenho sempre abertura para estar no gabinete dela, discutindo, colocando meu ponto de vista, colocando minhas dificuldades. E isso não é só comigo, eu observo que a secretaria tem um dialogo aberto com todos os funcionários e agente consegue fazer um bate papo legal. E a gente consegue chegar a um denominador comum e resolver os problemas, e eu acho que a gestão ela tem um que um diferencial de outras gestões que já tiveram. Então diferencial de acesso ao gestor, dificuldade de opinar, de colocar ponto de vista pode ter, mas eu não vejo (Gestor 3).

Referente aos questionários aplicados com os colaboradores pode-se visualizar no gráfico abaixo os dados referentes ao processo de interação com a gestão na Secretaria de Saúde de Dom Macedo Costa. Percebe-se que em sua maioria, a população reconhece satisfação parcial na interação com a gestão e esse fator interfere na dinâmica de trabalho pelo fato de que os profissionais necessitam sentir-se aceitos, amparados e manter uma relação aberta com a gestão de modo a facilitar a resolução de problemáticas inerentes ao cotidiano de trabalho e proporcionar a elaboração de um espaço dedicado para expor anseios, dúvidas e necessidades inerentes ao processo de trabalho em saúde.

**Gráfico 10.** Satisfação da interação com a gestão



Fonte: Elaboração da autora com base na pesquisa

Considerando o processo de divisão de tarefas enquanto algo essencial para o funcionamento das organizações, percebeu-se certa coerência quanto à percepção dos colaboradores e dos gestores acerca da delimitação das funções de cada trabalhador. Do total pesquisado, 50% da população pesquisada concordam que a divisão de tarefas é bem definida no contexto laboral e com relação às entrevistas, em sua maioria os gestores concordaram com o que foi dito acima, no entanto, é relevante expor essas falas abaixo:

Cada um sabe sua função, nas portarias tem específico a função da coordenação assim como os Agentes de Saúde e de Endemias. Mas mesmo assim, eu sou coordenadora e faço outras funções (Gestor 4).

Eu acho que tá meio solto [a divisão de tarefas]. Porque a Coordenadora de Vigilância Sanitária faz tudo, a Secretária de Saúde faz tudo, todo mundo faz tudo e no final das contas existem coisas que não foram feitas. Não é aquela coisa dividida, a coordenadora de Vigilância faz tudo é “tapa buraco”. O povo daqui tá tão mal acostumado que não sabe dividir qual a função e cada um pra saber a quem procurar. Coisas bestas que tinha que levar pra coordenação, levam pra Secretária. Então não existe essa divisão de tarefa não. Eu acho que é muito solto o trabalho na secretaria.

Conforme Mintzberg (1995), a estrutura de uma organização é definida pela soma de como é feita a divisão do trabalho e de como a coordenação entre as tarefas é realizada. Esse processo reflete que a forma como a organização está organizada está diretamente relacionada ao modo que as relações de trabalho estão instituídas. Esse processo apresenta relevância no que tange ao direcionamento que a organização segue está relacionado à interdependência a divisão de tarefas e ao processo de gestão por parte do Administrador.

A estrutura organizacional pode ser definida também pela soma total das formas em que é dividido o trabalho em tarefas distintas e o alcance da coordenação entre elas. Mintzberg (1979) aponta cinco elementos básicos da estrutura para explicar como as organizações coordenam seu trabalho:

1. Ajustamento mútuo: permite a coordenação do trabalho pelo processo simples de comunicação informal;
2. Supervisão direta: permite a coordenação ter um indivíduo com responsabilidade pelo trabalho de outros;
3. Padronização do processo de trabalho: o processo é padronizado quando o conteúdo do mesmo é especificado, ou programado;
4. Padronização das saídas: as saídas são padronizadas quando os resultados do trabalho, por exemplo, as dimensões do produto ou desempenho, são especificadas;
5. Padronização das habilidades: habilidades (e conhecimento) são padronizadas quando um tipo de treinamento requerido para executar um trabalho é especificado (MINTZBERG ,1979 p.10).

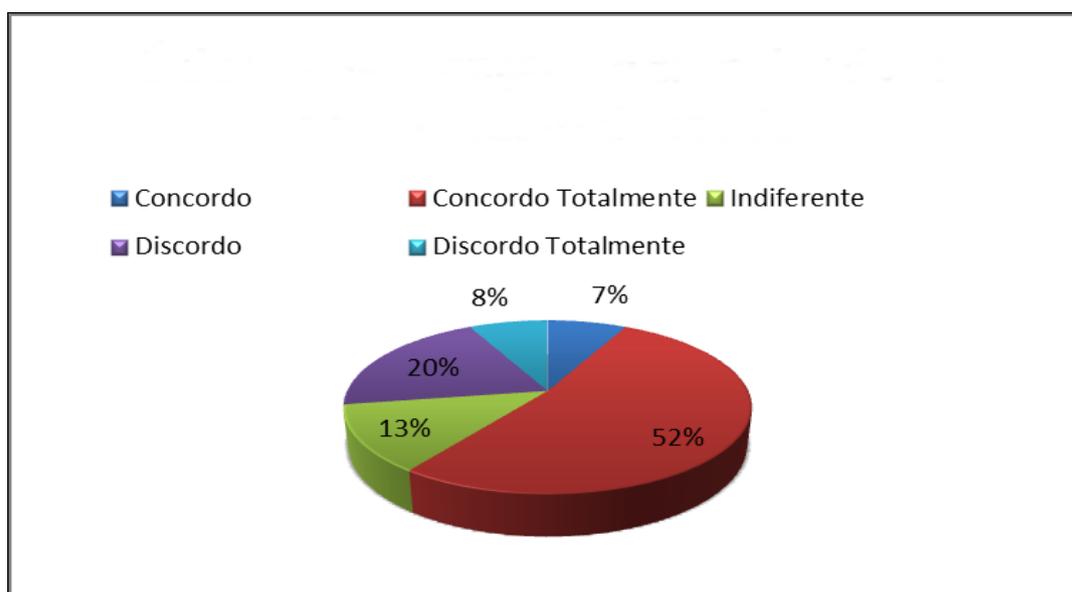
Para Mintzberg (1979), à medida que o trabalho organizacional fica mais complicado, a coordenação passa a utilizar a padronização de trabalho, por meio da busca de saídas ou habilidades, visando o retorno ao ajustamento mútuo.

Outro fator relacionado ao processo de gestão refere-se a sua relação com o processo de Saúde do Trabalhador. No que tange a esse item, as entrevistas com os gestores, apontaram uma deficiência relacionada a essa temática como o exposto na fala abaixo.

Mais ou menos. Eu acho que deixa e desejar. Um exemplo os arquivos lá fora estão quebrados, um peso horrível, aperta dedo Tem cadeira lá fora quebrada e aí fica atrás da secretária, aí vai informatizar. Sim e até não informatizar? Vai esperar alguém se machucar? Então nesse lado a secretaria deixa a desejar. Os funcionários também não tem o olhar para a saúde do trabalhador. Um paciente chega com a mesma queixa e não se investiga se é algo relacionado ao trabalho. Começamos um trabalho com a saúde do trabalhador, uns treinamentos, umas capacitações, mas entra por um ouvido e sai pelo outro, acidentes de trabalho mesmo, a gente pega no pé para estar notificando e precisa estar lembrando para notificar. A secretaria não dá à importância devida a saúde do trabalhador. A gente vai fazer um mapeamento para ver a questão da saúde do trabalhador (GESTOR 3).

Os dados obtidos por meio da aplicação dos questionários contrariam o exposto nas entrevistas através da exposição de outra visão acerca da Saúde do Trabalhador, como pode-se visualizar no gráfico abaixo.

**Gráfico 11.** Atenção à Saúde do Trabalhador na Gestão em Saúde Municipal



Fonte: Elaboração da autora com base na pesquisa

Considerando a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, visualiza-se a necessidade de garantia de assistência ao processo de Saúde de todos indistintamente. O trabalhador se constitui enquanto peça preponderante para o funcionamento das ações em saúde, pois se encontra em constante interação com os usuários do serviço com a meta de promover acesso aos mesmos e de sanar suas necessidades básicas de saúde. Nesse sentido, o cuidado com o operacionalizador das políticas de saúde está inserido na Vigilância em Saúde

do Trabalhador e esta, conforme Mendes (1996) deve ocupar papel central na intervenção sobre os determinantes dos agravos à Saúde dos Trabalhadores sob a égide do referido campo. Este se configura como uma estratégia no interior do Sistema Único de Saúde (SUS) para enfrentamento das situações que colocam em risco a saúde da população trabalhadora, sendo composta pela intervenção articulada em três dimensões: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção. Assim, o processo de Saúde do Trabalhador é um processo central para a elaboração de formas laborais centradas no processo de considerar o outro na sua particularidade e individualidade, com seus limites e crenças.

Como o processo de Saúde do trabalhador, o SUS também emerge com a proposta da inserção de todos na gestão do sistema. Em sua concepção, a Política de Gestão Participativa prevê a ampliação dos espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e a pactuação das diferenças como forma de efetivar a participação popular nos termos do controle social. Esse aspecto pode ser visualizado na citação a seguir.

para a consolidação do SUS, a formulação da política de saúde deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a).

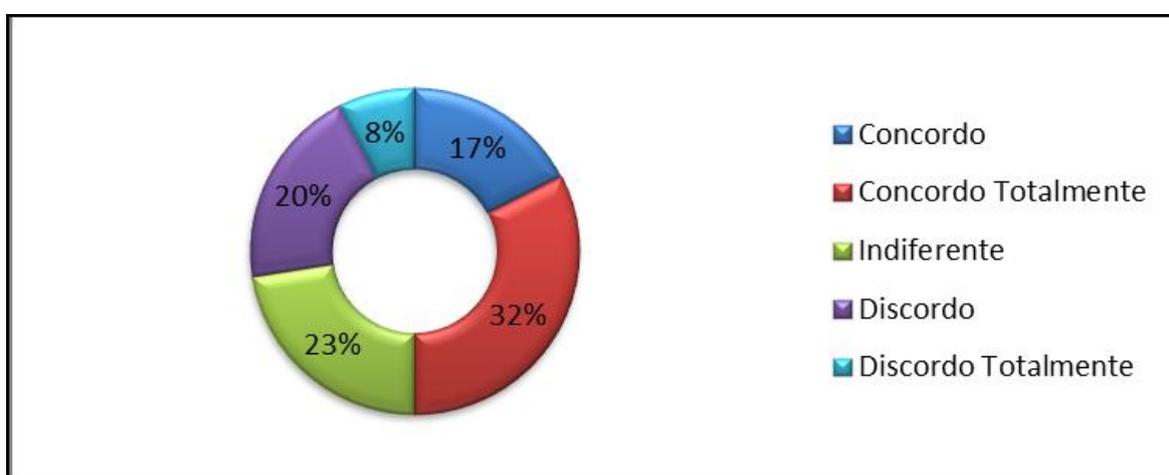
Nesse sentido, com base na pesquisa realizada, vê-se que o processo de gestão é pautado na participação, pois conforme os dados obtidos 52, 5% da população pesquisada pontuou que concorda que a Gestão Municipal se preocupa em incorporar os colaboradores no processo decisório, de modo a proporcionar uma maior interação dos trabalhadores no seu cotidiano de trabalho e implicá-los nas distintas situações que ocorrem cotidianamente. Esse aspecto representa algo contextualizado e voltado para o compartilhamento de saberes e práticas de cada profissional, visando através dessa participação, o comprometimento com os resultados (eficiência, eficácia e qualidade) e o sentimento de pertença ao meio em que exerce a atividade laboral. Além disso, através da participação pode-se contar com diferentes olhares acerca de determinados fatos, o que propicia existência de distintas propostas de intervenções com o objetivo de alcance das metas, objetivos e conseqüentemente o sucesso organizacional.

### **6.3.3 Comunicação**

A Comunicação para Bateman e Snell (1993, p. 402) “é a transmissão de informação e significado de uma parte para outra através da utilização de símbolos partilhados”. No que tange ao processo de compartilhamento de informações no contexto da Secretaria de Municipal de Saúde, os questionários e entrevistas realizados apontaram que existe o

compartilhamento de informações na referida instituição. No entanto, visualiza-se que a frequência das pessoas que se abstiveram da resposta foi alto, chegando a 23% (Gráfico 12), o que faz refletir sobre a forma com que está ocorrendo o processo comunicativo e seus efeitos nos resultados futuros. Assim, a partir da observação participante, pôde-se perceber a insatisfação dos profissionais quanto à ausência de informações básicas para o funcionamento do trabalho em saúde e isso acaba provocando revolta e insatisfação pelo fato do profissional sentir-se alheio ao seu processo de trabalho.

**Gráfico 12.** Compartilhamento de informações na Gestão em Saúde



Fonte: Elaboração da autora com base na pesquisa realizada

Referente à entrevista com os gestores, foi exposto à utilização do método “boca a boca” para o compartilhamento de informações, como o exposto abaixo.

A gente passa as informações no boca a boca. Liga, faz isso e aquilo. Aí a gente vai comunicando principalmente quando é uma coisa de urgência. Digamos, por exemplo, aparece um evento pra amanhã e aí a gente já vai comunicando e tudo a gente vai fazendo dessa forma (Gestor 4).

Na fala do gestor exposta acima, percebe-se a utilização do processo comunicativo mais comum diante de situações urgentes, o que implica na ausência ou escassez de comunicação de rotina. Esse aspecto dificulta o conhecimento dos aspectos que ocorrem diariamente na dinâmica organizacional. O processo continuado do compartilhamento de informações decorre da necessidade dos colaboradores estarem conscientes dos processos ocorridos e a partir daí puderem sugerir e intervir em problemáticas futuras.

A comunicação é a troca de informações entre as pessoas. Significa tornar comum uma mensagem ou informação. Constitui um dos processos fundamentais da experiência humana e da organização social. A Teoria das Relações Humanas considera que

compartilhamento de informações representa um relevante elo no processo relacional das pessoas. Há a necessidade de haver o recebimento contínuo de um fluxo de comunicações entre trabalhadores e gestores a fim de fornecer informações acerca do que está acontecendo e a partir daí fundamentar mecanismos de enfrentamento para as problemáticas cotidianas.

#### 6.4 DIMENSÃO AMBIENTE

O contexto influencia diretamente no processo de elaboração de uma teoria e suas formas de pensar diante de cada situação. Como, na época referente à Segunda Guerra Mundial, em que houve a percepção de que os países eram dependentes entre si e se constituíam enquanto partes diferenciadas de um grande sistema. Nesse sentido, autores como Von Bertalanffy voltaram seus estudos para o desenvolvimento da Teoria Geral dos Sistemas.

Um sistema é um todo que funciona como todo, devido à interdependência de suas partes, como afirma Maximiano (2000). O enfoque sistêmico é um sistema de ideias, que pode ser entendido como filosofia ou forma de produzir, interpretar e utilizar conhecimentos, podendo ser aplicado em todas as áreas da atividade e do raciocínio humanos além de ser um método de resolver problemas e organizar conjuntos complexos de componentes. Assim, um modelo de sistema aberto formado por elementos em interação e intercâmbio contínuo com o ambiente.

##### 6.4.1. Institucional/técnico

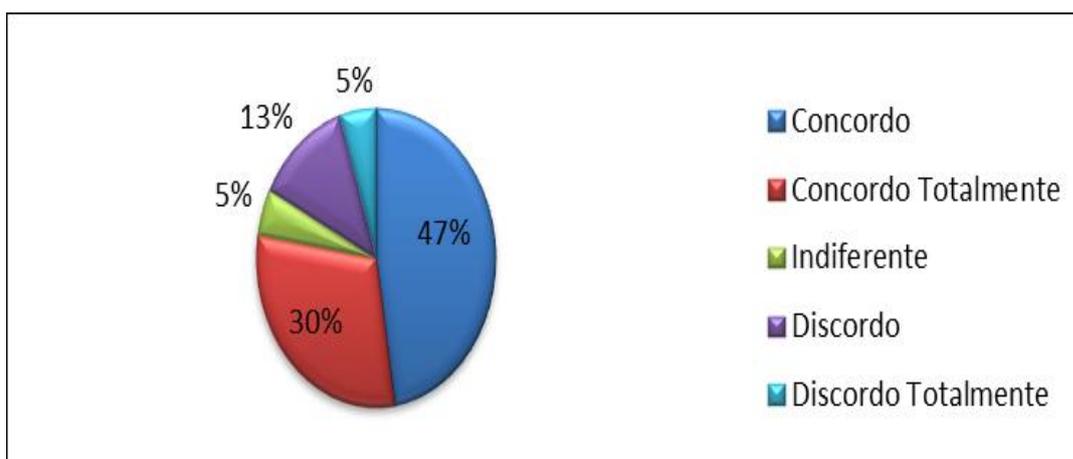
A interação do indivíduo com o contexto laboral é de extrema relevância pra ambas as partes no sentido de que promove a qualidade de vida desse trabalhador e o consequente avanço da organização a qual ele pertence. Conforme Gillin e Gillin (1942) apud Mota e Vanconcelos (2008), os organismos vivos reagem aos estímulos ambientais a que são sensíveis e com isso acabam por adaptar-se e prosseguir com a sobrevivência do indivíduo. Esse aspecto explicita o processo de influência direta do meio no processo de atuação do indivíduo nos mais distintos contextos.

Atualmente, as organizações apresentam determinada preocupação com as condições de trabalho e sua influência no comportamento do seu colaborador e isso vem contribuindo para a fundamentação de uma nova maneira de pensar acerca do trabalho. Nesse contexto, emerge o processo de trabalho em saúde que apresenta particularidades no que se refere ao trabalho com pessoas que estão na condição de adoecimento e fragilidade e isso interfere

diretamente no processo de trabalho. Assim, o trabalhador em saúde precisa contar com todo apoio necessário para executar sua função de modo a não comprometer-se e não comprometer ao outro.

No que se refere às condições de trabalho na Unidade da Saúde de Dom Macedo Costa, a observação participante apontou a satisfação dos profissionais diante do seu contexto de trabalho, pois as conversas informais apontaram para o fato de que há uma preocupação da gestão em fornecer meios para que o trabalho seja realizado de forma a atender as demandas e isso tem sido reconhecido pelo público atendido e outras pessoas que conhecem o serviço de saúde de Dom Macedo Costa. No gráfico 13, visualiza-se que a maioria da população pesquisada aponta que tem acesso a fatores que permitem o desenvolvimento de sua função sem danos ao resultado desse trabalho.

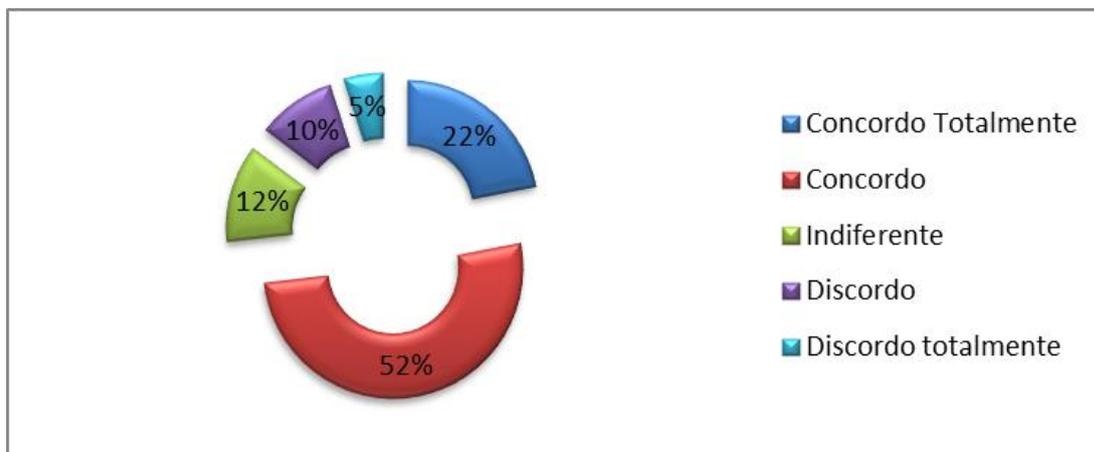
**Gráfico 13.** Condições de trabalho dos profissionais



Fonte: Elaboração da autora com base na pesquisa realizada

Sobre a situação de trabalho, Davis (199) afirma que as condições favoráveis de um ambiente de trabalho influenciam no processo de qualidade de vida para o trabalhador. Esta representa algo essencial para a promoção da saúde do mesmo e sua situação de bem estar. Nesse sentido, o trabalhador estaria satisfeito com sua dinâmica de trabalho e conseqüentemente haveria uma integração entre objetivos pessoais e organizacionais. Esse processo traria maior qualidade de vida para o trabalhador e conseqüentes avanços para o meio organizacional.

Um fator que compõe a arcabouço das boas condições de trabalho e que pode contribuir com a qualidade de vida do trabalhador é a estrutura física do local em que o colaborador está inserido. Sobre esse aspecto, os dados apontaram que:

**Gráfico 14.** Estrutura física da unidade de saúde e o atendimento às demandas

Fonte: Elaboração da autora com base na pesquisa realizada

Conforme os dados apontados acima, percebe-se que a maioria dos pesquisados concordam que a estrutura física da unidade atende à demanda populacional e nas entrevistas com os gestores foi unânime a percepção de a unidade apresenta uma estrutura acima do esperado para o sistema público com o exposto abaixo:

Ah, é perfeita. Dom Macedo Costa é referencia. Todo mundo que chega aqui fica apaixonado. É como se fosse uma clínica aqui. (Gestor 1)

A unidade de saúde de Dom Macedo Costa é uma das estruturas *top* aqui da região. Eu acho que a unidade aqui tem por excelência prezar pela questão da qualidade (Gestor 2).

Conforme dados obtidos na pesquisa e o processo de observação participante, pôde-se perceber a atuação da Gestão Municipal voltada à proporcionar aos usuários do serviço um ambiente que atenda as necessidades e promova bem estar. Na fala apontada acima, percebe-se outra questão referente ao processo de gestão, o conceito de excelência e qualidade. Conceitos estes, que contribuem muito para a eficiência e eficácia do trabalho desenvolvido pela instituição e o sucesso organizacional.

#### 6.4.2. Demanda

Conforme Iunes (1995), a demanda consiste na quantidade do bem ou serviço que desejados pelos indivíduos em um determinado período de tempo. Para determinar a demanda, considera-se as preferências dos consumidores, a qualidade do produto, o preço do produto e de outros bens ou serviços e a renda disponível para compra.

A demanda em saúde, por sua vez, tem aspectos de diferenciação em relação à demanda por outros serviços: ela é irregular e imprevisível; ela ocorre um uma

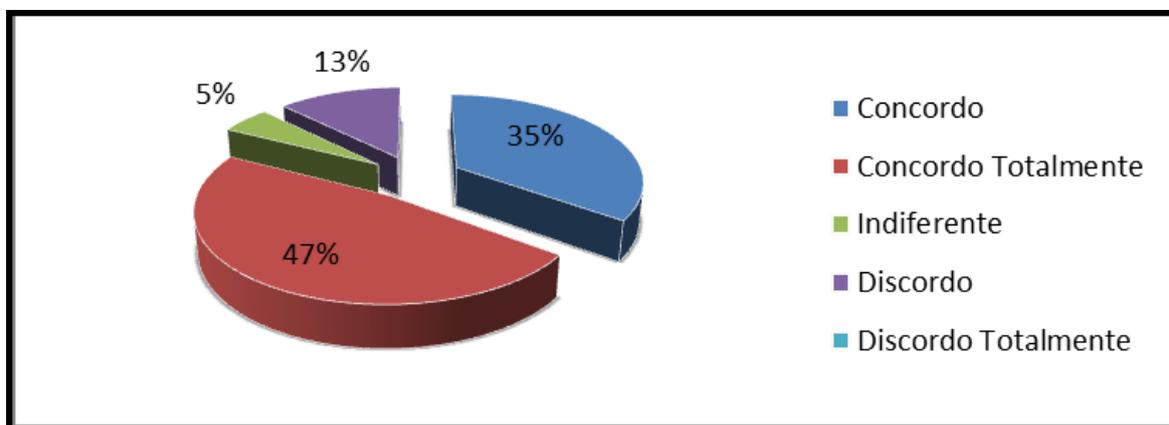
circunstância anormal – a doença –, o que não permite a decisão “normal” do consumidor; o consumo dos serviços envolve riscos, e experiências anteriores não ensinam como agir nas futuras; a confiança no prestador depende de uma série de fatores; a entrada de profissionais no mercado é controlada por restrições do aparelho formador e dos regulamentadores; a cobrança é diferenciada para o mesmo tipo de cuidado/procedimento, entre outros (IUNES, 1995).

Assim, percebe-se que o processo de demanda em saúde é complexo e está relacionado com fatores inerentes ao processo de adoecimento. Como toda demanda social, precisa ser atendida com vistas a promover o bem estar e qualidade de vida da população.

Sobre o contexto do ambiente municipal, os dados apontam que 82% da população pesquisada afirma que a demanda presente é atendida pela Unidade de Saúde. Esse aspecto é notório nas conversas informais com os trabalhadores, em que eles apontam como um diferencial os serviços prestados à população quanto às especialidades médicas de maiores necessidades para população, custeadas com os recursos próprios do município.

Referente ao processo relacional entre a demanda e o atendimento, os dados obtidos apontam que 47% concordam totalmente e 35% concordam com a afirmativa como pode ser visualizado no gráfico abaixo.

**Gráfico 15.** Relação demanda x atendimento



Fonte: Elaboração da autora com base na pesquisa realizada

O aspecto exposto acima compreende algo essencial para o funcionamento do setor, pelo fato de atender as demandas locais e executar uma prática contextualizada, considerando as particularidades da população atendida. O atendimento das demandas indica que a organização em saúde está cumprindo com os princípios gerenciais do SUS, em que apregoa atendimento igualitário a população e determina que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Nesse sentido, a Saúde Pública precisa atuar no sentido de sanar a necessidade de

saúde dos indivíduos, que consiste no indivíduo precisar ter acesso a cuidados especiais para melhorar o seu estado de adoecimento e executar ações de promoção e prevenção de saúde.

## 6.5 DIMENSÃO TECNOLOGIA

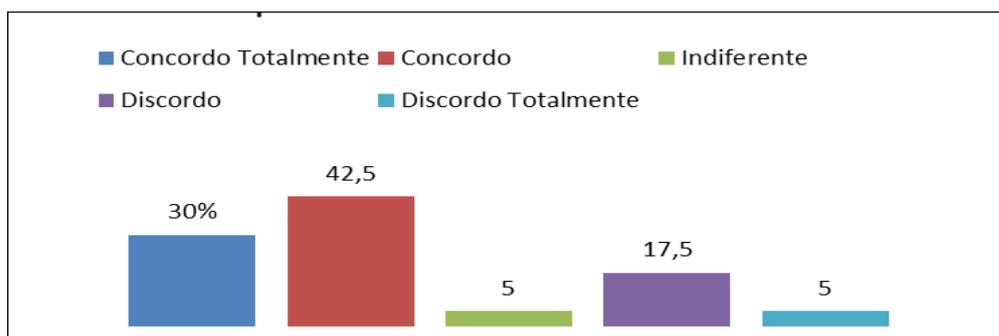
Nos dias atuais, percebe-se que o processo de globalização implicou na modificação dos processos de trabalho e nos avanços tecnológicos. Conforme Schraiber, Mota e Novaes (2009), a tecnologia consiste em um conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, que põem em movimento uma ação transformadora da natureza. Sendo assim, além dos equipamentos, precisam ser considerados os conhecimentos e ações necessárias para operá-los: o saber e seus procedimentos.

A tecnologia tem a propriedade de determinar a natureza da estrutura e do comportamento organizacional. Existe um forte impacto da tecnologia sobre a vida, natureza e funcionamento das organizações. Nesse sentido, o uso de tecnologia no âmbito da saúde é de fundamental relevância para que possa atender as necessidades dos usuários do serviço e tornar o trabalho desenvolvido eficiente e eficaz. Esse fator decorre de que a tecnologia contribui para melhoria do desenvolvimento do trabalho e a elaboração de novas formas de atuar mediante as mais variadas situações cotidianas.

### 6.5.1. Amplitude

Sobre o processo de utilização de tecnologia no cotidiano da Secretaria de Saúde de Dom Macedo Costa, a análise dos dados permitiu a visualização de que os profissionais consideram a quantidade de tecnologia disponibilizada é condizente com a demanda de trabalho presente na instituição como o exposto no gráfico e na fala abaixo:

**Gráfico 16.** Tecnologia necessária para desenvolver o trabalho



Fonte: Elaboração da autora com base na pesquisa realizada

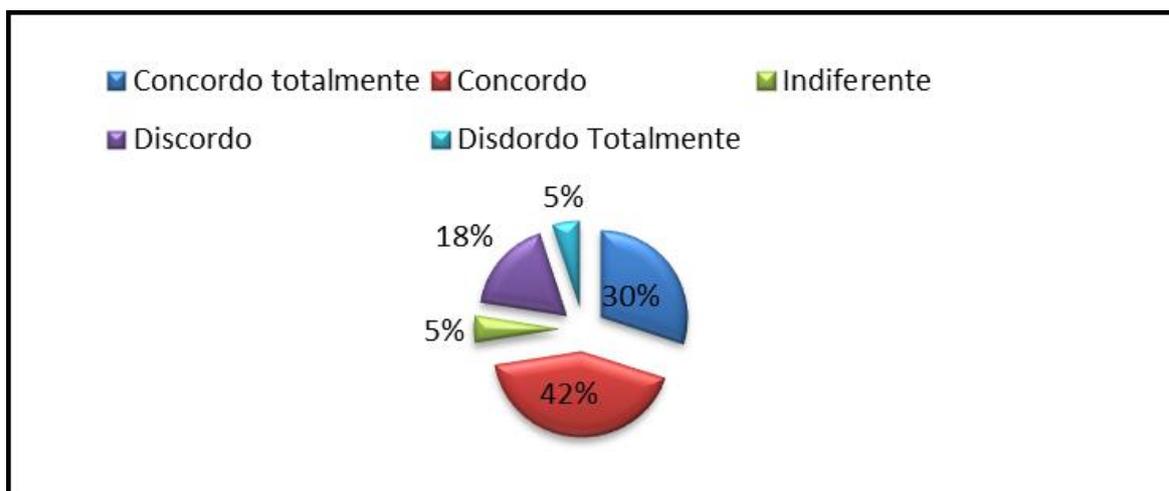
Aqui na unidade utiliza a tecnologia necessária para desenvolver o trabalho (Gestor 3).

Conforme os dados dispostos acima, a tecnologia não representa um entrave para o desenvolvimento das atividades laborais, pois existe em quantidade satisfatória e necessária para o desenvolvimento das ações em saúde. Sobre o uso da tecnologia, Zuboff (1994) afirmou que a mesma depende da resposta dos gestores e funcionários para que possa desempenhar seu papel adequadamente. Isso indica a necessidade de realização do trabalho em conjunto prezando pelo sucesso da organização.

No que concerne à utilização de tecnologias, a atualização profissional representa um importante fator de crescimento e desenvolvimento organizacional. Esse fato advém da necessidade do profissional estar preparado para lidar com as inovações tecnológicas que emergem no contexto laboral e que contribuem para o sucesso organizacional. Considerando o trabalhador enquanto operacionalizador da política, vê-se que o mesmo precisa estar munido do conhecimento inerente à sua prática e de formas de lidar com a dinâmica do mundo laboral. Sobre o processo de atualização profissional, foi relatado que os profissionais são treinados para a utilização das novas tecnologias que são incorporadas na unidade de saúde como está exposto nos dados abaixo:

Eles [trabalhadores da Unidade de Saúde] estão preparados, sempre quando a gente troca algo por uma coisa mais evoluída ,eles passam por um treinamento. Tem um técnico que está sempre ajudando (Gestor 5 ).

**Gráfico 17.** Profissionais capacitados para utilizar tecnologia disponível



Fonte: Elaboração da autora com base na pesquisa realizada

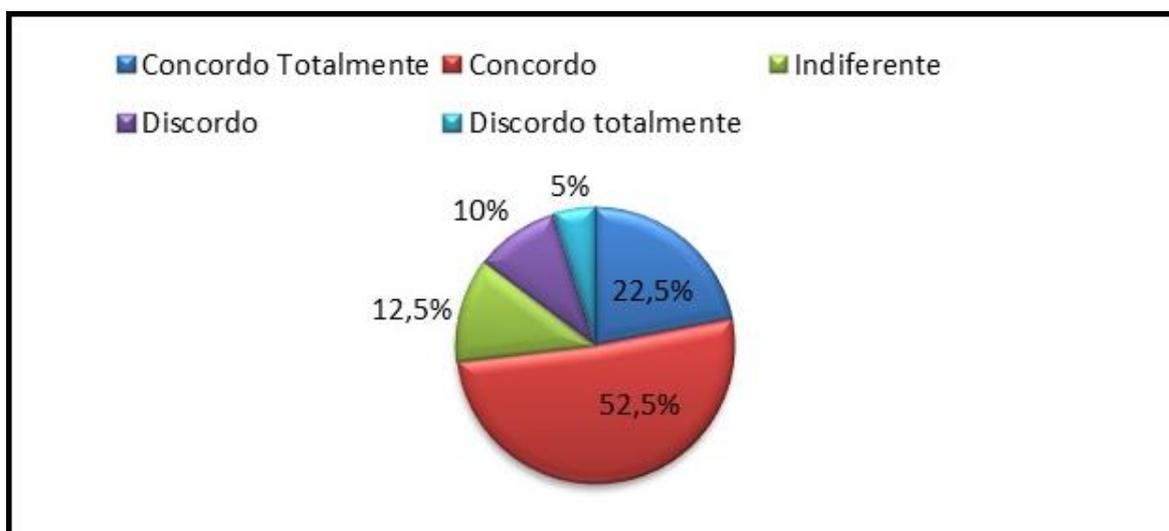
Nesse sentido, além do processo de capacitação dos profissionais, a Unidade conta com o auxílio de um profissional especializado que realiza o processo de manutenção dos equipamentos e auxílio no processo de operacionalização dos mesmos. Nesse sentido, Weick (2001) afirma que as consequências do uso da tecnologia depende da forma como são inseridas no meio organizacional, ou seja, pode ser motivo de sucesso ou fracasso a depender da forma de utilização.

### 6.5.2. Qualidade

A tecnologia, visando o progresso da organização em que está inserida, fundamenta a elaboração de ações para que os gestores de tais organizações obtenham cada dia mais o sucesso e melhorem cada vez mais a eficácia, mas sempre inserido no processo de produção da eficiência.

A tecnologia conforme Maximiano (2000) consiste em um processo de transformação de materiais, visando à elaboração de um produto. A tecnologia envolve a utilização de equipamentos que precisam ser alinhados e pertinentes ao processo produtivo. No entanto, pode ocorrer o uso de tecnologia que não corresponde ao contexto laboral a que está inserida e esse processo gera um dispêndio de recursos e um atraso no desenvolvimento do trabalho em questão. Sobre esse aspecto questão, o gráfico abaixo demonstra a situação da secretaria de saúde quanto à aplicabilidade de tecnologias no cotidiano.

**Gráfico 18.** Aplicabilidade da tecnologia no contexto



Fonte: Elaboração da autora com base na pesquisa realizada

Sobre o exposto acima, Maximiano (2000) expõe que o uso da tecnologia para atender as demandas locais contribui para a eficácia organizacional e para sanar as necessidades de seus clientes e usuários. Nesse sentido, o gestor precisa compreender e valorizar e perceber o papel da tecnologia para o bom desempenho da organização. Além disso, precisa haver o processo de atualização da tecnologia, pois a todo momento emergem novas formas de gerenciamento e percepção acerca dos fenômenos organizacionais e isso exige dos gestores o acompanhamento do mercado e a necessidade de uma visão a frente de seu tempo.

Os dados obtidos apontam que a Unidade de Saúde tem atualizado os componentes psicológicos utilizados nas práticas cotidianas como pode ser visualizado abaixo:

É muito difícil faltar alguma coisa, porque a gente não deixa faltar nada. Quando a Política de Saúde exige a utilização de algum equipamento, por exemplo, a máquina de eletrocardiograma. A gente tem duas, uma mais moderna e outra que ta precisando atualizar. Sempre tem alguma coisa que a gente precisa melhorar nunca ta 100%, mas eu acho nosso trabalho muito bom (Gestor 1).

Diante da fala do gestor acima, pode-se perceber o processo de preocupação da gestão da unidade em estar acompanhando os avanços tecnológicos por meio da substituição das máquinas antigas. No entanto, afirmou-se que esse processo é impulsionado por regras externas da Política e não por interesse local. Maximiano (2000) aponta que quanto mais utilizar tecnologia no cotidiano de trabalho, maior será sua eficácia e seu nível de atualização no mercado. Isso é decorrente de um movimento constante para acompanhamento das tendências do mercado, por meio do investimento em tecnologias e assim, a organização tem acesso à meios novas tecnologias e sua relação com o sucesso organizacional

## 7 CONCLUSÃO

O presente capítulo apresenta o intuito de retomar os principais resultados obtidos ao longo deste trabalho, analisando-os e tecendo comentários acerca dos mesmos de modo a propiciar um olhar diferenciado sobre o processo de gestão e a fundamentação de novas práticas de trabalho em saúde. Além disso, será buscada resposta ao questionamento inicial da presente pesquisa, retomando os objetivos e visualizando se os mesmos foram alcançados ou não, pontuando novos desdobramentos que o produto final deste trabalho pode propiciar à instituição pesquisada.

Inicialmente, será trazida como guia para o presente capítulo o questionamento norteador do processo de fundamentação e estruturação desse trabalho, a saber: A gestão em saúde exerce seus impactos sob o processo de saúde do trabalhador? Diante desse questionamento, os dados apontam que os operacionalizadores da Política de Saúde no referido município, em sua maioria, percebem a gestão enquanto uma prática eficaz e que atende as demandas internas e externas do meio em que está inserida. Esse processo advém do processo de gestão focado na inter-relação entre as variáveis organizacionais que fundamentaram a elaboração no modelo de análise.

O presente estudo teve como objetivo geral analisar o processo de Gestão em Saúde no município de Dom Macedo Costa – BA. O referido objetivo foi alcançado, no que se refere a uma ampla compreensão do processo de gestão em saúde e a percepção da forma como a instituição é direcionada impacta diretamente no processo de saúde do colaborador, devido ao fato do mesmo ser componente da organização e participar ativamente das ações desenvolvidas pela mesma.

No que se refere aos objetivos específicos, os mesmos foram alcançados. Esse aspecto é visível devido ao fato de ter sido realizada uma análise da Administração em Saúde do município de Dom Macedo Costa e por meio dessa análise pôde-se identificar discrepâncias no processo de percepção dos gestores e dos trabalhadores. Esse fato tornou-se verificável nos tópicos referentes ao cuidado da instituição com a Saúde do Trabalhador e quanto ao processo de planejamento do trabalho. As incompatibilidades nos resultados podem advir de um processo avaliativo da gestão enquanto insatisfeita com a forma que os dois temas estão sendo abordados na Saúde Municipal e por ainda se perceber enquanto insuficiente ao atendimento das demandas.

Outro objetivo refere-se à construção de um perfil dos trabalhadores em saúde do município e isso tornou-se possível através da aplicação de um questionário sociodemográfico

que revelou uma população composta em sua maioria de profissionais do sexo feminino; de estado civil solteiro; com idade compreendida entre 28 a 34 anos; com carga horária de 40 horas semanais; e tempo de trabalho referente a 4 anos.

O objetivo de estimular o processo reflexivo dos trabalhadores em saúde foi alcançado no tocante ao processo de resposta do questionário ou entrevista. A partir do momento que se fazia o contato inicial com o trabalhador, já ocorria o início de um processo de reflexivo acerca da temática abordada e a conseqüente formação de opinião sobre a mesma. Outro objetivo consistiu na verificação do funcionamento das variáveis que compõem a Gestão em Saúde e esse aspecto foi alcançado com base na análise das variáveis organizacionais e suas relações com o trabalho em saúde. Essa análise permitiu a fundamentação de uma visão ampliada dos mecanismos de gestão e sua eficiência e eficácia mediante o cumprimento das exigências ao setor de Saúde Municipal.

Referindo-se ao último objetivo, foi possível a visualização da estrutura do sistema de Saúde Municipal e a fundamentação de novas práticas na Gestão em Saúde. Com base nos dados obtidos, é perceptível que o processo de gestão precisa dedicar maior tempo à avaliação do planejamento e implicar os trabalhadores no referido processo. Uma organização que não tem como prioridade em seu processo de gestão, o planejamento e sua avaliação do mesmo está fadada ao fracasso, isso em decorrência do fato de que qualquer atividade que seja realizada precisa ser analisada e verificada quanto a seu processo de eficácia ou a necessidade de implantação ações e estratégias que promovam o sucesso de tal prática.

Outra situação de fragilidade da gestão centra-se no cuidado com o processo de Saúde do Trabalhador. Sabe-se que o aspecto motivação é de extrema relevância para o funcionamento da organização e durante o processo de pesquisa percebe-se que há fragilidade nas ações em Saúde do trabalhador pelo fato de não atender ainda a demanda emergente. Durante a interação com a equipe, visualizou-se que os mesmos estão com a necessidade de reconhecimento latente e que sentem a ausência de um olhar particularizado e voltado à promoção de bem estar e qualidade de vida no ambiente laboral.

No presente estudo, o processo de observação participante permitiu a visualização de algumas situações em que existem distanciamentos entre a percepção dos trabalhadores e dos gestores e o referido distanciamento é perceptível quando é trazido a reflexão acerca do planejamento organizacional. Nesse âmbito, a maioria dos gestores explicitam que o planejamento não está sendo realizado conforme deveria estar sendo estruturado e não há uma avaliação desse planejamento. Nesse sentido, a gestão não está aplicando uma das principais ferramentas para estruturação do trabalho para sua prática cotidiana. Além disso, sobre o

processo de Saúde do Trabalhador, alguns gestores explanaram que são realizados alguns eventos e capacitações acerca da temática, no entanto apontam que não existem ações efetivas para minimizar os riscos ocupacionais.

A administração, conforme Stoner e Freeman (1999) envolve um processo de planejar, organizar, liderar e controlar o trabalho dos membros que compõem a organização, e de utilizar os recursos disponíveis para alcançar objetivos e metas estabelecidos pelo planejamento realizado.

Ao longo do tempo emergiram correntes teóricas que fundamentavam as práticas administrativas e com isso deixaram distintas formas de gerir as organizações. Esse fator tornou a execução da Administração no contexto organizacional um desafio significativo para o gestor, pois atualmente os mecanismos utilizados na gestão organizacional precisam compreender as distintas variáveis organizacionais e perceber a interação que ocorre entre elas. .

O estudo das organizações é realizado por meio da análise da interação e interdependência entre as cinco variáveis: tarefas, estruturas, pessoas, ambiente e tecnologia. O comportamento dessas variáveis é sistêmico e complexo, devido a influência que uma variável exerce na outra.

Os resultados obtidos por meio da pesquisa realizada na Secretaria de Saúde de Dom Macedo Costa, permite a visualização do processo interacional das variáveis organizacionais e a aproximação entre elas. Para a pesquisa, foram utilizadas apenas quatro das cinco variáveis existentes, por entender que a variável estrutura está contida na variável ambiente. Diante da análise dos dados, foi perceptível um processo de satisfação dos trabalhadores com o mecanismo de gestão utilizado para interligar as variáveis e promover o sucesso organizacional.

Percebeu-se que a visão dos trabalhadores acerca das dimensões tarefas, pessoas, ambiente e tecnologia estão coerentes entre si. Dos resultados obtidos, ocorreu uma discrepância no item acerca do fator remuneração e sua correspondência com o valor da força de trabalho. No referido item, a maioria dos trabalhadores discordou da afirmação de tal forma que expressavam verbalmente sua insatisfação. Essa situação gera desconforto e a insatisfação do trabalhador pelo fato de não sentir-se valorizado e reconhecido financeiramente pela execução de seu trabalho.

No mais, a população pesquisada, em sua maioria, compreende que há uma interação entre a dimensão pessoas e tarefas no que concerne ao envolvimento dos colaboradores com o processo decisório acerca da estrutura da organizacional. Além disso, o ambiente e a

tecnologia foram apontados como condizentes com as necessidades dos trabalhadores e da população atendida.

No tocante a execução do trabalho, os dados obtidos por meio da pesquisa de campo trazem para a Secretaria de Saúde do Município um novo olhar acerca do seu processo de trabalho, permitindo à visualização dos processos inerentes à gestão e suas variáveis organizacionais. Nesse sentido, o trabalho apresenta uma análise da percepção sob a égide da gestão e dos operacionalizadores propiciando o conhecimento das práticas laborais sob os mais diversos ângulos e formas de manifestação cotidianas.

Em conclusão, o presente estudo fornece uma base para execução de novos processos investigativos e intervencionistas, de modo a proporcionar melhorias no sistema de Gestão Municipal de Saúde no Município de Dom Macedo Costa e a satisfação dos colaboradores e usuários do SUS. Dentre esses processos de intervenção, pode-se citar o projeto (apêndice) que será desenvolvido na Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de proporcionar a criação de um espaço em que os profissionais possam discutir sobre a dinâmica cotidiana, sentir-se parte do seu processo de trabalho, expor anseios, necessidades inerentes ao trabalho no SUS, de modo a propor intervenções para as problemáticas apontadas. Este que se constitui enquanto um modelo que deve atender a todos, satisfazendo suas necessidades e atuando frente ao processo de promoção de saúde da população geral.

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, L. F. Reforma do Estado no federalismo brasileiro: a situação das administrações públicas estaduais. **Revista de Administração Pública**, v. 39, n. 2, p. 401-420, 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=241021496013>. Acesso em 20 de Out. 2013.
- ALBORNOZ, Suzana. **O que é trabalho**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1994.
- ANDRADE, R. O. B. de; AMBONI, N. **Teoria geral da administração**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- ANTUNES, R. Trabalho, reestruturação produtiva e algumas repercussões no sindicalismo brasileiro. In ANTUNES, R. (Ed.), **Neoliberalismo, trabalho e sindicato: Reestruturação produtiva na Inglaterra e no Brasil** (pp.71-84). São Paulo, SP: Boitempo, 1997.
- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 5 edição. São Paulo, Boitempo, 2001.
- ARRETCHE, M. **Estado Federativo e políticas sociais**. São Paulo: REVAM/FAPESP, 2000.
- BARCELLOS, C.; SABROZA, P.C.; PEITER, P.; ROJAS, L.I. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. Informe Epidemiológico do SUS, 11(3): 129-138, 2002.
- BARTUNEK, J. M. & SEO, M. Qualitative research can add new meanings to quantitative research. **Journal of Organizational Behavior**, v. 23, n.2, mar., 2002. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.132/abstract>. Acesso em 10 de Out. 2013.
- BERTALANFFY, L. von. **General System Theory. Foundations, development and applications**. New York: George Braziler, 1968.
- BIO, S. R. **Sistemas de Informação: um enfoque gerencial**. São Paulo: Atlas, 1996. p. 20-23.
- BOM SUCESSO, E. P. **Trabalho e qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Dunya, 1997.
- BONACIM, C. A. G. **O cálculo do valor econômico agregado à sociedade por hospitais universitários públicos: um estudo de caso no Hospital das Clínicas da FMRP-USP**. 2006. 157f. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: FEA-RP/USP.
- BORBA, J. Políticas de Saúde e Democracia: estratégias, impasses e contradições do movimento sanitário brasileiro. In: **Revista Katálysis**. No. 3. Florianópolis, Editora da UFSC, 1998. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/5644> Acesso em 28 de Set. 2013.

BORGES, L. O.; TAMAYO, Á. A estrutura cognitiva do significado do trabalho. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 1, n. 2, dez. 2001. Disponível em <<http://pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?>>. Acesso em 07 Out. 2010.

BORJA, J. Dimensiones teoricas, problemas y perspectivas de la descentralizacion del Estado. In: Borja, J. *et al.* **Descentralizacion del Estado: movimiento social y gestión local**. Barcelona, Instituto de CooperacionIberoamericana/FLACSO/CLACSO, 1987.

BOURDIEU, P. Razões práticas – sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus, 1996.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 8080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília - DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional n. 19, de 4 de junho de 1998. Dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades. In: Lex – **Coletânea de legislação e jurisprudência**: legislação federal e marginaia. São Paulo: Lex Magister, 2000.

BRASIL, NOAS-SUS 01/2001. **Municipalização com qualidade: Projeto Mais Saúde**. Brasília, DF: MS, 2001. 79,p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão**. Brasília, DF, 2002. 41p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para a melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a. 6 v.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. MS, Brasília, 2005b. Disponível em <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em 10 de Abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Conselho nacional das Secretarias Municipais de Saúde – 3. Ed. – Brasília: 2009a. 80p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Trabalho e redes de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. **Manual de Gestão da Vigilância em Saúde**. 2009c.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e Capital monopolista** - a degradação do trabalho no século XX. 3ª edição. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora S. A, 1987.

BUENO H. A **Utilização da Sala de Situação de Saúde no Distrito Federal**. Brasília: Universidade de Brasília; 2003. 109 p.

BUSS, P. M. Saúde e qualidade de vida. *In*: COSTA, N.R. & RIBEIRO, J.M. org. **Política de saúde e inovação institucional**. Rio de Janeiro, SDE/ENSR 1997. p. 173-188.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. Rio de Janeiro: **PAYSIS: Rev.saúde coletiva**, 2007. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 30 de Mar. 2013.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2010/Caracteristicas\\_Gerais\\_Religiao\\_De\\_ficiencia/caracteristicas\\_religiao\\_deficiencia.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_De_ficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf)> . Acesso em: mar. 2014

CHANLAT, J. F. Modos de gestão, saúde e educação no trabalho. *In*: BARRETO, E. P., VASCONCELLOS, J. G. M. (Orgs.). **Humanos e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 1995.

CHANLAT, J. F. (Org.) **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. 3ª Ed. São Paulo: Atlas, 1996.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 7. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2007.

COSTA, M.B.S.; SALAZAR, P.E.L. Gestão das mudanças no sistema de saúde pública. **Revista Enfermagem UERJ**; v.15, p.487-94, 2007. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a02.pdf>. Acesso em 14 de Mar 2014.

DAVIS, K. J. W. **Comportamento humano no trabalho**: uma abordagem organizacional. São Paulo: Pioneira TL, 1992.

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

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.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DUBOIS, M; PETIT, F. **Introdução à Psicossociologia das organizações**. Lisboa: Instituto Piaget, 2000.

FERREIRA, M. C., & MENDES, A. **Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores fiscais da previdência social brasileira**. Brasília: FENAFISP, 2003.

FISCHER, T. Administração pública como área de conhecimento e ensino: a trajetória brasileira. **Revista de Administração Pública**, v. 14, n. 4, p. 278, out./dez.1984. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v24n4/v24n4a38.pdf>. Acesso em 05 de Out. 2013.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. p. 13-41.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GERSCHMAN S. A descentralização da política de saúde no final dos anos 90. **Revista de Administração Pública** 34(4), jul./ago., FGV, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HELOANI, J. R.; CAPITAO, C. G. Saúde mental e psicologia do trabalho. **São Paulo Perspec.** [online]. 2003, vol.17, n.2, pp. 102-108. ISSN 0102-8839. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 20 Set. 2014.

INDRIUNAS, L. **História da saúde pública no Brasil**. Disponível em: <<http://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm>> Acesso em: 20 Ago. 2014.

IUNES R.F. Demanda e demanda em saúde. In: Piola SF, Viana SM, organizadores. **Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA; 1995.

KAST, F. E.; ROSEMBERG, J. E. **Organização e Administração**: Um enfoque sistêmico. Nova York, 1970.

LACAZ, F. A. de C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23 v. 4, p. 757-766, Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/02.pdf>\_ Acesso 15 de Set. 2013.

LACOMBE, F. J. M. **Administração**: princípios e tendências. São Paulo: Saraiva, 2003.

LARA, R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, June 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 22 Nov. 2014.

LIMA, N. T. *et al* (Orgs). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

LOTUFO, M.; MIRANDA, R.Z; ALCIDES S. de O.. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde. **Rev. Adm. Pública [online]**. 2007, vol.41, n.6, pp. 1143-1163. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122007000600007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122007000600007). Acesso em 10 Out. 2013.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. DALMAZO AFONSO, E.. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MARTINS, G. A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2 ed. São Paulo: Atlas. 2009. 264p.

MARX, K.O **capital**. (Crítica da Economia Política). 5. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, Livro primeiro, v.1, 1980.

MAXIMINIANO, A.C.A. **Teoria Geral da Administração**. 4. Ed. São Paulo. Atlas, 1997.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à administração**. 5. Ed. Ver e ampl. São Paulo: Atlas, 2000.

MEIRELLES, H. L. **Direito Administrativo Brasileiro**. 29.ed. São Paulo: Malheiros, 2009.

MEDICI, A. Propostas para Melhorar a Cobertura, a Eficiência e a Qualidade no Setor Saúde. IN: BACHA, E. L. SCHWARTZMAN, S. (orgs). **Brasil: A Nova Agenda Social**. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, E. V. **Os Grandes Dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde pública**, São Paulo, v.25, n. 5, p. 341-349, 1991. Disponível em:<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf> Acesso em 15 de Mai. 2014.

MEYER Jr., V. Considerações sobre o Planejamento Estratégico na Universidade. In: FINGER, A. P. **Universidade: Organização, Planejamento e Gestão**. Florianópolis: UFSC/CPGA/NUPEAU, 1988.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: Tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: **Razão e Planejamento** (E. Gallo, org.), pp. 117-148, São Paulo: Editora Hucitec/ Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

MINAYO-GOMEZ, C. e THEDIM-COSTA, S. M. da F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública [online]**. 1997, vol.13, suppl.2, pp. S21-S32. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600003>. Acesso em 12 de Out. 2013.

MINTZBERG, H. **The structuring of organizations**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1979.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995. 304 p.

MORAES NETO, B. R. **Marx, Ford, Taylor: as forças produtivas em discussão**. 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, 41(3), jul./set.8-19. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v41n3/v41n3a02.pdf>. Acesso em: 12 de Jun. 2014

MOTTA, F. C. P. **Organização e poder: empresa, estado e escola**. São Paulo: Atlas, 1986.

MOTTA, P. R. Participação e descentralização administrativa: lições de experiências brasileiras. **RAP**, Rio de Janeiro: n.28,v.3, jul/set 1994, p. 174-194. <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/8601/7339>. Acesso em 08 de Out. 2013.

MOTTA, F. C. P.; VASCONCELLOS, I. G. **Teoria geral da administração**. 3ª Ed. rev. São Paulo: Thomson Learning, 2006.

MOTTA, F. C. P; VASCONCELOS, I. F. G. **Teoria Geral da Administração**. 3ª Ed. Revista: Thomson, 2008.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Recomendación sobre los servicios de Medicina del Trabajo en los lugares de empleo (Recomendación no 112 de la OIT adoptada en 24 de junio de 1959). In: **Convenios y recomendaciones** (1919-1966). Ginebra, 1966. p. 1054-8

OLIVEIRA, R. P. **'Tudo é arriscado': a representação do trabalho entre trabalhadores informais da construção civil**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Paulo, Cortez, 1992.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: <[http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.pdf](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf)> Acesso em: 20 Jul.2014.

PONTES, A. P. M *et al* . O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, set. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em 22 Nov. 2014.

POSSAS, C. A. **Saúde e trabalho: a crise da previdência social**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

RIBEIRO, C. V.S.; LEDA, D. B. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. **Estud. pesqui. psicol. [online]**. 2004, vol.4, n.2. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>. Acesso em 24 Set.2013.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo: Atlas, 2012.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em**

**Saúde Coletiva:** planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49.

SANTOS, C. S. dos. **Introdução à Gestão Pública**. São Paulo: Saraiva, 2006.

SANTOS, I. S. **Planos privados de assistência à saúde no mundo do trabalho**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2010. 126 p.

SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. **Políticas públicas: coletânea**. Brasília: ENAP, 2006. 2v.

SAÚDE. Secretaria Municipal de Saúde Dom Macedo Costa. **Plano Municipal de Saúde - 2014/2017**, 2014.

SAVASSI, L. Qualidade em serviços públicos: os desafios da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 17-22, 2012. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/392/460>. Acesso em 10 de Jun. 2014.

SCHRAIBER L.B; MOTA A; NOVAES H. M. D. Tecnologias em Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizadora. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 248-257.

SIMON, H. A. **Comportamento Administrativo:** estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1970.

SUPERINTENDÊNCIA DE ESTUDOS ECONÔMICOS E SOCIAIS DA BAHIA. **Classificação dos municípios baianos:** indicadores selecionados. Salvador: SEI : CAR, 1996. v. 1. Disponível em: <http://www.sei.ba.gov.br/>. Acesso em 22 Out. 2014.

SENNA, S. R. D. **O Desenvolvimento Humano:** Utopia ou Realidade? Dissertação de Mestrado. Fundação Visconde de Cairu, CEPPEV – Centro de Pós-graduação e Pesquisa Visconde de Cairu, 2003.

SILVA FILHO J. F, *et al.* Estudo das relações entre a prevalência de doenças mentais e a organização do trabalho bancário no Município do Rio de Janeiro. In: **Textos para discussão 7 - Fórum de Ciência e Cultura**. Rio de Janeiro: UFRJ; 1993.

SILVA. M. T. Correntes do Pensamento Administrativo. In: CONTADOR, J. C. (Org.), J. C. **Gestão de Operações**. São Paulo: Editora Edgard Blücher, 1997.

SILVA, C. D. O. . 01/2007. Gestão Pública. Disponível em: <<http://www..com.br/noticias>>. Acesso em 15 Out. 2013.

STONER, J. A. F.; FREEMAN, R. E. **Administração**. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

TAYLOR, W. **Princípios de Administração Científica**. São Paulo: Atlas, 1960

TAYLOR, F.W. **Princípios de administração científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

WEBER, M. **Economia e Sociedade**, 2 v. Brasília: UnB, 1999.

WEICK, K. Technology as Equivoque. In: **Making Sense of the Organization**. Oxford: Blackwell, 2001.

YIN, Robert. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZUBOFF, S. Automatizar/informatizar: as duas faces da tecnologia inteligente. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 34, n.6, Pág. 80-91. Nov./Dez. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v34n6/a09v34n6.pdf>. Acesso em 09 de Nov. 2014.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador Responsável: Gilcínila Laís Cardoso Lemos

Endereço Institucional: Rua Rui Barbosa, 710, Centro - Cruz das Almas – Bahia

CEP 44.380-000

Fone: 75 3621-2350

Pesquisadora: Gilcínila Laís Cardoso Lemos

Orientador: José Pereira Mascarenhas Bisneto

E-mail: gilcinila@yahoo.com.br

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “ANÁLISE ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE DOM MACEDO COSTA, COM FOCO PRIVILEGIADO NO ASPECTO DA GESTÃO..” Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo: “O FAZER ANÁLISE ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE DOM MACEDO COSTA, COM FOCO PRIVILEGIADO NO ASPECTO DA GESTÃO..” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Cruz das Almas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura participante: \_\_\_\_\_

Pesquisador: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA APLICADA AOS GESTORES  
DA SECRETARIA DE SAÚDE DE DOM MACEDO COSTA**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**PARTE I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Vínculo empregatício: \_\_\_\_\_ Carga horária: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho na Instituição: \_\_\_\_\_

Renda mensal:

( ) Um salário mínimo ( ) Entre 1 e 2 salários mínimos

( ) Até três salários mínimos ( ) Mais que 3 salários mínimos

**PARTE II – ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. O Planejamento do trabalho se faz presente no processo de gestão? Se sim, quais são as etapas existentes no referido processo?
2. É promovida a avaliação do planejamento realizado? Em caso positivo, em que consiste essa avaliação e quais são seus resultados?
3. Como ocorre o processo de divisão das tarefas na Secretaria de Saúde?
4. Você percebe a motivação dos seus colaboradores na execução do trabalho? Em caso positivo, o que contribui para que essa motivação exista?
5. Como você avalia a atuação do gestor no contexto da saúde municipal de Dom Macedo Costa?
6. Utiliza-se das ferramentas de comunicação no processo de gestão em saúde deste município? Caso afirmativo, como isso ocorre?
7. Como você avalia o ambiente no processo de prestação de serviço em saúde, no que tange aos seguintes fatores?:
  - a) Estrutura física
  - b) Clima organizacional
  - c) Materiais disponibilizados
8. A Secretaria de Saúde busca a utilização de tecnologias no seu cotidiano de trabalho? Como esse processo ocorre? As pessoas estão habilitadas para utilizar as tecnologias (equipamentos e processos)? Os equipamentos são utilizados de forma que permita alcançar seu tempo de vida útil?

9. Como você conceitua saúde do trabalhador?
10. Você percebe interação entre a gestão e o processo de saúde do trabalhador? Como isso ocorre?

**APÊNDICE C: QUESTIONÁRIO APLICADO AOS TRABALHADORES DA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE DOM MACEDO COSTA - BAHIA**

**PARTE I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Vínculo empregatício: \_\_\_\_\_ Carga horária: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho na Instituição: \_\_\_\_\_

Renda mensal:

( ) Um salário mínimo ( ) Entre 1 e 2 salários mínimos

( ) Até três salários mínimos ( ) Mais que 3 salários mínimos

**PARTE II. QUESTIONÁRIO**

<b>Itens</b>	<b>Concordo totalmente %</b>	<b>Concordo %</b>	<b>Indiferente %</b>	<b>Discordo %</b>	<b>Discordo Totalmente %</b>
<b>CATEGORIA 1: TAREFAS</b>					
1. O planejamento é algo presente no processo de gestão da saúde municipal	27,5	70		2,5	
2. O processo de elaboração do planejamento segue regras predefinidas	12,5	72,5	2,5	2,5	
3. A qualidade é um fator preponderante no processo de execução do planejamento	30	57,5	7,5	5,0	
4. Há um momento dedicado à avaliação do planejamento	20	52,5	15,0	7,5	5,0
5. Existem normas para desempenhar cada atividade	22,5	65	12,5		
6. A gestão trabalha com o foco nas tarefas e não no trabalhador	22,5	37,5	12,5	27,5	
7. O que é planejado é bem realizado	12,5	37,5	25	20	5
<b>CATEGORIA 2: PESSOAS</b>	<b>Concordo totalmente %</b>	<b>Concordo %</b>	<b>Indiferente %</b>	<b>Discordo %</b>	<b>Discordo Totalmente %</b>
1. A divisão de tarefas é bem definida no contexto laboral	30	50	15	5	
2. A remuneração dos trabalhadores corresponde ao valor da força de trabalho	5	12,5	17,5	37,5	27,5
3. A relação entre gestão e	17,5	42,5	20	12,5	7,5

trabalhadores é satisfatória					
4. É dedicada atenção ao trabalhador e seu processo de saúde	7,5	52,5	12,5	20	7,5
5. A política de Saúde do Trabalhador é adotada pela secretaria com veemência	12,5	50	17,5	15,5	7,5
6. Os trabalhadores passam por um processo de avaliação de desempenho.	10	32,5	30	20	7,5
7. Existe uma coerência entre os objetivos individuais e os objetivos da organização.	15	42,5	25	12,5	5
8. O gestor deixa explícita a hierarquia existente na dinâmica de trabalho	15	40	17,5	15	7,5
9. A gestão em saúde é participativa	25	52,5	12,5	5	5
10. A comunicação é algo constante no cotidiano de trabalho	20	50	7,5	20	2,5
11. As informações são compartilhadas no ambiente de trabalho	17,5	32,5	22,5	20	7,5
<b>CATEGORIA 3: AMBIENTE</b>	<b>Concordo totalmente %</b>	<b>Concordo %</b>	<b>Indiferente %</b>	<b>Discordo %</b>	<b>Discordo Totalmente %</b>
1. A demanda presente no contexto municipal é atendida pela saúde local	35	47,5	5	12,5	
2. A saúde municipal conhece a demanda local	42,5	40	10	7,5	
3. A unidade de saúde apresenta estrutura adequada para atender a população	57,5	27,5	2,5	7,5	5
4. Os profissionais trabalham em boas condições para que possam atender a população	47,5	30	5	12,5	5
5. A unidade dispõe de todo material necessário ao atendimento das demandas locais	50	27,5	12,5	7,5	2,5
<b>CATEGORIA 4: TECNOLOGIA</b>	<b>Concordo totalmente %</b>	<b>Concordo %</b>	<b>Indiferente %</b>	<b>Discordo %</b>	<b>Discordo Totalmente %</b>
1. A quantidade de tecnologia disponibilizada é suficiente para o desenvolvimento do trabalho	30	42,5	5	17,5	5
2. Os profissionais são capacitados constantemente para operacionalizar a tecnologia disponibilizada	22,5	32,5	20	25	
3. A tecnologia utilizada é atualizada com o decorrer do tempo	27,5	40	20	7,5	5
4. A tecnologia tem aplicabilidade	22,5	52,5	12,5	10	5

no contexto em que está inserida					
----------------------------------	--	--	--	--	--

APÊNDICE D – PROJETO ELABORADO APÓS A REALIZAÇÃO DA PESQUISA  
NO SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL DE DOM MACEDO COSTA



Saúde X Trabalho X Doença: um olhar voltado aos operacionalizadores da política de saúde

## INTRODUÇÃO

A Saúde representa um conceito complexo e indefinido. Este envolve a consideração do sujeito em suas múltiplas faces e vivências no meio social. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem com a proposta de assegurar o mandamento constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado” e assim proporcionar um atendimento igualitário a toda população.

A promoção da saúde consiste em políticas, planos e programas de saúde pública com ações voltadas evitar que as pessoas se exponham a fatores condicionantes e determinantes de doenças. A Constituição Federal define a saúde como direito de cidadania e dever do Estado provê-la a todos os cidadãos, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 19 de setembro de 1990, incluiu entre as atribuições do SUS as ações de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 1990).

O setor saúde caracteriza-se por ser mão-de-obra intensiva. Lida, em sua operacionalização, com um contingente expressivo de trabalhadores, e a incorporação de recursos tecnológicos e equipamentos. As instituições de saúde são organizações profissionais, em que o saber e as habilidades são formalizados pelo processo de formação, e as normas definidas pelas associações profissionais. A prestação de cuidados de saúde é uma atividade de interesse público e atinge a todos em algum momento da vida.

O trabalho em saúde se configura enquanto um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade. O trabalho em saúde se constitui como um processo coletivo, realizado por diversos profissionais que desenvolvem uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional.

Nesse sentido, o processo de trabalho em saúde envolve um emaranhado de questões a serem pontuadas e consideradas no contexto, alguns consideram o objeto do trabalho em saúde enquanto a cura ou a promoção e a proteção da saúde. No entanto, visualiza-se que seu objeto é a produção do cuidado. Para Merhy (1995), esse processo está fundado numa intensa relação interpessoal, dependente de vínculo entre os envolvidos, para a eficácia do ato.

Nesse sentido, o SUS possui um desafio, de prover atenção integral aos trabalhadores, no que tange às ações de promoção, de vigilância, assistência e reabilitação da saúde – incorporando no seu modo de fazer a posição que o trabalho ocupa na vida dos indivíduos e

seu processo de proporcionar a construção de relações com o espaço socioambiental. Diante disso, o trabalho e os processos produtivos podem atuar na determinação do processo saúde/doença dos trabalhadores diretamente envolvidos nos processos de trabalho.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

- Construir um espaço em que o trabalhador sinta-se aceito para expressar suas vivências cotidianas.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Expor o conceito de saúde do trabalhador;
- Compreender as diferentes faces do trabalho e saúde;
- Perceber a concepção do trabalho para os operacionalizadores da política;
- Expor o papel da unidade de saúde na prevenção dos riscos ocupacionais;
- Promover um espaço de promoção e prevenção da saúde, tendo como foco o trabalhador;
- Trabalhar questões referentes ao cotidiano de trabalho;
- Propiciar um momento de socialização das dificuldades e avanços;
- Facilitar o contato e o relacionamento interpessoal;
- Implicar os funcionários em saúde no processo de trabalho;
- Formar redes de apoio na execução do trabalho;

## JUSTIFICATIVA

O processo de trabalho em saúde envolve a construção de espaços que visam produzir bens e serviços para os usuários, como também espaços de valorização do pessoal que compõe o quadro organizacional. No trabalho em saúde é notável a demanda constante e a necessidade de atender à população e isso implica na busca constante pelo aumento da produtividade. Muitas vezes, foca-se o produto final do trabalho, o que traz ao trabalhador um sentimento de impotência e a insatisfação com o seu trabalho, podendo interferir diretamente no seu processo de atuação.

Nesse contexto, o processo de Saúde do Trabalhador foca no cuidado com o profissional, envolvendo algo além da mera ausência de doença. Esse aspecto advém do fato que a Saúde envolve um emaranhado de aspectos que compõe a vida humana e sua ausência pode interferir na sua situação de bem estar e qualidade de vida. Considerando a saúde como algo constitucional, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações de serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Entende-se a saúde como um direito humano fundamental que deve valer de maneira equitativa para todos os cidadãos indistintamente.

Sobre o contexto laboral, Chanlat (1996) suscita um crescente individualismo, desengajamento subjetivo, e desmotivação para o trabalho. Esse fator pode advir da insatisfação do trabalhador e da conseqüente ausência do sentimento de pertença e isso implica na realização do trabalho como obrigação e um meio para conseguir o objetivo final. O trabalho não é considerado como algo essencial e como fator que dignifica o homem, assegurando seu caráter humano. Nesse contexto, no trabalho em saúde, é notável o reduzido espaço para que haja um compartilhar das experiências e isso somado ao trabalho desgastante, a precarização do trabalho e a desvalorização do trabalho, podem ocasionar situações de adoecimento e sofrimento inerente ao processo laboral.

Nesta perspectiva, os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, juntamente às equipes da ESF visam atuar na identificação de as ações e as práticas adequadas para promoção de saúde e qualidade de vida do trabalhador, fazendo com que o mesmo possa expressar seus anseios e dificuldades inerentes ao cotidiano de trabalho. Isso, decorrente da necessidade de um processo de atenção dedicada ao trabalhador e seu processo de trabalho, para que o mesmo possa exercer sua atividade de forma saudável, trazendo prazer e satisfação. Assim, percebe-se a relevância de se estar trabalhando a nova forma de instituição

do SUS e seu processo de trabalho, com vistas a aperfeiçoar a gestão e melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores no seu contexto de trabalho.

**PÚBLICO – ALVO**

Colaboradores da Unidade de Saúde da Família e Secretaria de Saúde

**METODOLOGIA**

Um encontro mensal ou bimestral

**1º encontro**

1º momento: Dinâmica inicial de quebra gelo

2º momento: contato inicial com a equipe para explicar a proposta do trabalho;

3º momento: Expor a temática saúde do trabalhador;

4º momento: Sou trabalhador em saúde, o que é isso?

5º momento: Colher informações acerca das demandas laborais e temas para ser trabalhados em encontro posteriores;

6º momento: Dinâmica em que cada um deverá demonstrar com uma manifestação corporal como foi participar daquele dia.

**Obs: Os outros encontros serão estruturados de acordo com a demanda percebida no contato inicial com os profissionais.**

**O objetivo é que cada encontro conte com uma produção coletiva que expresse a vivência de cada um.**

**Poderá contar com a participação do funcionário que é Técnico em Segurança do Trabalho para estar abordando a temática.**

## **SUGESTÃO DE TEMAS**

Relação Saúde X Trabalho

Comprometimento Organizacional

Trabalho em grupo

Gestão participativa

Subjetividade

Relação Trabalho x Vida pessoal

Necessidades básicas dos indivíduos

Qualidade de vida no trabalho

Alimentação e trabalho

Ergonomia

Estresse no trabalho

Cuidando do cuidador

A rotinização do trabalho

O outro como ser único (distintos públicos e a variação no atendimento)

Relações de poder

O ambiente e sua influência na execução do trabalho

Motivação